



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS
ORAIS NA QUALIDADE DE VIDA EM PORTUGAL E GRÉCIA
2005/2016**

Trabalho submetido por
Fabiana Sofia Castro Gonçalves
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E IMPACTO DAS DOENÇAS
ORAIS NA QUALIDADE DE VIDA EM PORTUGAL E GRÉCIA
2005/2016**

Trabalho submetido por
Fabiana Sofia Castro Gonçalves
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Nuno Eduardo Moura dos Santos da Costa Taveira

setembro de 2018

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado não teria sido finalizada sem o precioso e importante apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, não poderia deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Eduardo Moura dos Santos da Costa Taveira, por toda a paciência, empenho, rapidez e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho. Muito obrigada pela motivação e confiança que em mim foi depositada.

Um agradecimento especial ao Instituto Universitário Egas Moniz, pela formação académica de excelência que foi prestada.

Aos meus pais e irmãos por todo o apoio e suporte económico que me permitiu chegar até aqui. Por todo o esforço e motivação para finalizar este trabalho. Muito obrigada.

Aos restantes familiares, que sempre me perguntavam e incentivavam para a finalização da tese de mestrado.

Ao meu namorado, por toda a paciência, apoio e motivação para que este trabalho tivesse um final feliz.

Aos meus amigos por todo o apoio e motivação prestada.

Por último e não menos importante, aos meus avós, que apesar de não cá estarem fisicamente sempre me guiaram no caminho certo.

Um muito Obrigada!

Resumo

O contributo das doenças orais para a mortalidade e morbilidade dos Portugueses é bastante mal conhecido. Neste contexto, este estudo teve como objetivo principal quantificar a incidência e prevalência das doenças orais em Portugal entre 2005 e 2016 e o seu impacto na morte prematura e incapacidade, usando como medida o DALY, que combina as estimativas dos anos de vida perdidos (YLL) devido a morte prematura e do número de anos vividos com incapacidade (YLD). O segundo objetivo deste trabalho foi analisar o impacto que a crise económica, com início em 2010, teve nas doenças orais em Portugal, utilizando como termo de comparação a Grécia, em que a crise económica teve marcado impacto negativo na saúde oral da população.

As doenças orais estudadas foram as cáries em dentes permanentes, doença periodontal, edentulismo total e parcial e cancro oral, no género masculino e feminino, nas faixas etárias de 15-49 anos e 50-69 anos. Foram utilizados os dados mais recentes de doenças orais existentes nas bases de dados do Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors (GBD) do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) dos Estados Unidos, desde o ano de 2005 até 2016. Estes dados, foram depois organizados e analisados no programa Excel da Microsoft, onde foram realizadas tabelas e gráficos de evolução das respetivas doenças, em função dos anos, género e faixa etária.

Em Portugal, foram registados elevados valores de incidência, prevalência e YLD devido a cáries na dentição permanente, doença periodontal e edentulismo total e parcial em todo o intervalo estudado, em ambos os géneros e faixas etárias, o que é consistente com o lugar cimeiro que estas doenças ocupam em Portugal. As doenças orais a nível nacional encontram-se na sétima posição entre os problemas de saúde que mais causaram incapacidade em 2016.

Em relação aos anos de crise, a evolução foi oposta nos dois países na cárie na dentição permanente, no cancro oral e no edentulismo total e parcial, indicando que a crise económica não afetou significativamente a saúde oral dos Portugueses ao contrário do que aconteceu com os Gregos. O género feminino foi o mais afetado pela cárie na dentição permanente e edentulismo total e parcial, enquanto, o género masculino, foi o mais afetado pela doença periodontal e cancro oral nos dois países em ambas as faixas etárias.

De uma forma geral, estes resultados sugerem a necessidade da implementação de estratégias que facilitem o acesso dos Portugueses aos tratamentos dentários. As questões financeiras e económicas continuam a ser uma das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral, daí a importância de um sistema de saúde oral publicamente financiado, universal e equitativo.

São necessários estudos adicionais sobre a magnitude e impacto das doenças orais nos Portugueses a nível distrital e local porque isso permitirá a adoção mais direcionada de medidas preventivas e corretivas.

Palavras Chave: Epidemiologia, Doença Periodontal, Edentulismo, Cáries, Cancro Oral, Prevalência, Incidência, Portugal, Grécia, YLD, YLL, DALY

Abstract

The contribution of oral diseases to the Portuguese people's mortality and morbidity is very poorly understood. In this context, the main objective of this study was to quantify the incidence and prevalence of oral diseases in Portugal between 2005 and 2016 and their impact on premature death and disability using DALY (Disability Adjusted Life Years), which combines estimates Years of Life Lost (YLL) due to premature mortality and the number of years lived with disability (YLD). The second objective of this study was to analyze the impact of the economic crisis, which began in 2010 on oral diseases in Portugal, using Greece as a comparison, in which the economic crisis had a negative impact on the oral health of the population.

The oral diseases studied were dental caries disease in the permanent dentition, periodontal disease, total and partial Edentulism and oral cancer, in the male and female gender, in the age groups of 15-49 years and 50-69 years. It was used the most recent oral disease data from the United States Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors (GBD) databases from 2005 to 2016. This data was then organized and analyzed in the Microsoft Excel program, where tables and charts of the respective diseases were developed, according to age, gender and age group.

In Portugal, high values of incidence, prevalence and YLD were recorded due to caries disease in the permanent dentition, periodontal disease and edentulism, throughout the study interval, in both sexes and age groups, which is consistent with the place which these diseases occupy in Portugal. On the national level, oral diseases rank seventh, among the health problems that most caused disability in 2016.

Regarding the years of crisis, the evolution was opposite in the two countries in dental caries disease in permanent dentition, oral cancer and edentulism, indicating that the economic crisis did not significantly affect the oral health of the Portuguese, contrary to what happened with the Greeks. The female gender was the most affected by caries in permanent dentition and edentulism and severe tooth loss, while male gender, was the most affected by periodontal disease and oral cancer in both countries and both age groups.

In general, these results suggest the need to implement strategies that facilitate Portuguese access to dental treatments. Financial and economic issues remain one of the main barriers to oral health care access, hence the importance of a publicly funded, universal and equitable oral health system.

Further studies are needed on the magnitude and impact of oral diseases in the Portuguese population at the district and local levels because this will allow a more targeted adoption of preventive and corrective measures.

Keywords: Epidemiology, Periodontal Disease, Edentulism, Caries, Oral Cancer, Prevalence, Incidence, Portugal, Greece, YLD, YLL, DALY

Índice

I.	Introdução.....	6
1.	Enquadramento Geral.....	6
2.	Cáries em Dentes Permanentes	13
3.	Doença Periodontal	14
4.	Edentulismo Total e Parcial	15
5.	Cancro Oral	16
II.	Objetivos.....	17
III.	Material e Métodos.....	18
1.	Cáries em Dentes Permanentes	20
1.1.	Evolução da Incidência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e na Grécia	20
1.2.	Evolução da Prevalência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e na Grécia	25
1.3.	Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e Grécia	30
2.	Doença Periodontal	35
2.1.	Evolução da Incidência de Doença Periodontal em Portugal e Grécia	35
2.2.	Evolução da Prevalência de Doença Periodontal em Portugal e Grécia	40
2.3.	Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal e Grécia	45
3.	Edentulismo total e parcial.....	50
3.1.	Evolução da Incidência de Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia	50
3.2.	Evolução da Prevalência de Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia	55
3.3.	Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia	60
4.	Cancro Oral	65
4.1.	Evolução da Incidência de Cancro Oral em Portugal e Grécia	65
4.2.	Evolução da Prevalência de Cancro Oral em Portugal e Grécia	70
4.3.	Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia.....	75
4.4.	Evolução do Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia.....	80
4.5.	Evolução dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia.....	85
V.	Discussão dos Resultados.....	90
1.	Limitações.....	94
VI.	Conclusões	94
VII.	Bibliografia	95

I. Introdução

1. Enquadramento Geral

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde oral como uma “condição livre de dor crónica oro-facial, cancro oral e orofaríngeo, infeções orais, doença periodontal, cárie dentária e outras doenças ou desordens que afetam a cavidade oral e limitam a capacidade de um indivíduo em morder, mastigar, sorrir, falar e de bem-estar psicossocial” (WHO, 2018).

A saúde oral é então considerada parte integrante da saúde em geral e, quando comprometida, poderá dar origem a um vasto número de doenças agudas e crónicas, de natureza não transmissível (FDI, 2017).

As doenças orais afetam quase quatro biliões de pessoas em todo o mundo, sendo a cárie dentária a doença mais prevalente em todo o mundo. Com a população cada vez mais envelhecida, é urgente fortalecer e reorientar as políticas e sistemas de saúde, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (FDI, 2017). Os ODS não falam ainda sobre saúde oral, o que poderá estar relacionado com a dificuldade em medir os parâmetros de saúde/doença oral e, os seus progressos a nível global e regional. Neste sentido, o trabalho da Global Burden of Disease (GBD) é fundamental a nível global e trabalhos como este são importantes a nível nacional.

A distribuição e gravidade das doenças orais variam nas diferentes partes do mundo e até mesmo, dentro de um mesmo país ou região. Segundo os dados do Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) dos Estados Unidos, em Portugal, as doenças orais encontram-se entre os problemas de saúde que mais causam incapacidade, ocupando a sétima posição com um aumento percentual de 9,5 desde o ano de 2005 ao ano de 2016 (IHME, 2018). Contudo, estas podem ser reduzidas ou evitadas através da implementação de medidas simples e eficazes, tanto a nível individual como populacional (FDI, 2015).

O conhecimento da frequência, da distribuição, dos determinantes e do impacto das doenças orais em populações humanas, ou seja, da epidemiologia das doenças orais, é importante para a prática clínica e, para a adoção de medidas de controlo e preventivas a nível global e local (de Araújo Nobre & Maló, 2017).

Embora a maior parte das doenças orais sejam preveníveis, grande parte das pessoas são afetadas durante a sua vida. As doenças orais têm um impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos, na participação social e na produtividade económica, bem como nos sistemas de saúde, sendo por isso um problema de saúde pública significativo (Glick et al., 2012). Apesar de não existirem dados concretos sobre os custos do tratamento das doenças orais no mundo, a OMS estima que o tratamento das doenças orais será o quarto mais caro do mundo, aconselhando-se uma abordagem preventiva a estas doenças e não uma abordagem meramente terapêutica (FDI, 2015).

Reconhecendo a importância das doenças orais e craniofaciais na carga global de morbidade e, a sua associação com doenças sistémicas, custo de tratamentos e, a possibilidade de aplicar medidas afetivas de prevenção e controlo, a 60ª Assembleia Mundial da OMS recomendou os membros de estado dos diversos países, a aumentar as dotações orçamentárias destinadas ao controlo e prevenção das condições e doenças orais (WHO, 2007).

As doenças orais estão predominantemente relacionadas com o género, baixo nível educacional, baixo acesso a cuidados de saúde oral de natureza privada, causados pelo baixo nível de rendimento e escassa oferta a cuidados de saúde oral financiados publicamente (Bombert et al., 2018). Desta forma, grande parte da população recorre aos serviços de cuidados de saúde oral apenas em situações de emergência, não tendo em consideração as indicações preventivas (Cruz, 2014).

A melhoria da saúde oral é um dos principais objetivos da OMS (OMS, 2018) e da World Dental Federation (FDI) (FDI, 2012). Porém, para manter uma boa saúde oral é necessário o cumprimento de bons hábitos de higiene oral, que são desconhecidos por grande parte da população.

Atualmente, Portugal tem uma população residente de quase 10,3 milhões de habitantes a nível continental e regiões autónomas. Desde 2010 que a população Portuguesa tem vindo a diminuir. Este decréscimo populacional revela, por um lado, que o número de óbitos é superior ao número de nascimentos e, por outro, que tem havido mais emigração do que imigração. Em relação à idade média constata-se que Portugal tem uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a residir no país: 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto apenas 14% têm menos de 15 (Ministério da Saúde, 2018). Neste contexto, as doenças próprias da população idosa ganham maior expressão, como

o aumento das doenças crónicas e degenerativas em detrimento das doenças infecto-contagiosas (Agostinho, Campos, & Da Silveira, 2015).

Para facilitar o acesso dos Portugueses a cuidados de saúde oral, criou-se em 2005, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) de modo a promover um acesso progressivo a cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, dando especial atenção aos grupos mais vulneráveis, de forma universal, com equidade, e procurando sensibilizar a população para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e autocuidado (DGS, 2005). O PNPSO visa aproveitar a capacidade instalada nos setores público e privado em benefício dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que passaram a dispor de cuidados de prevenção primária e secundária quer nos Agrupamentos de Centros de Saúde, com consultas de higiene oral e de medicina dentária, quer em consultórios privados, através de cheques-dentista (Ministério da Saúde, 2018).

Neste momento, beneficiam do cheque-dentista, crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, grávidas em vigilância pré-natal no SNS, pessoas idosas beneficiários do complemento solidário e os utentes infetados com VIH/SIDA beneficiários do SNS, bem como a intervenção precoce no cancro oral (SNS, 2018).

Em 2016, iniciou-se, em estreita colaboração com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e a Direção-Geral de Saúde (DGS), um projeto piloto, que levou à implementação de consultas de medicina dentária em 13 unidades de saúde pública, que receberam 16.760 utentes e realizaram 25.640 consultas, dando origem a 28.900 tratamentos básicos e 20.270 procedimentos complementares (OMD, 2017).

Em jeito de balanço dos dez anos do PNPSO, o Ministério da Saúde, anunciou que, desde 2008 até ao dia 16 de agosto de 2018, foram emitidos 5,2 milhões cheques-dentista, o que representou um investimento de 132,6 milhões de euros (SNS, 2018). Além destes, foram ainda emitidos 20638 vales no âmbito do Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral, um investimento de 3,3 milhões de euros.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) constituiu um instrumento essencial em termos de política de saúde, melhorando a qualidade e eficácia da prestação dos cuidados de saúde oral em Portugal (Ministério da Saúde, 2016). Porém, apesar de existirem recursos humanos qualificados e disponíveis ao nível da Medicina Dentária, este programa não abrange grande parte da população Portuguesa, o que pode

comprometer o progresso na saúde oral dos portugueses a médio e longo prazo (Lourenço & Barros, 2016).

A crise económico-financeira que afetou Portugal a partir de 2009 provocou um aumento da taxa de desemprego, com maiores reflexos nas mulheres, que atingiu o seu máximo em 2013 (16,2%), ano em que começou a diminuir, até aos 8,9% em 2017 (Saúde, 2018).

O forte impacto da crise económica em Portugal, levou à aplicação de várias políticas de racionalização de despesas no setor da saúde, no âmbito do Programa de Ajustamento Económico de 2011-2014 acordado pelo país. No setor da saúde, as medidas consistiram, entre outras, na redução dos salários dos profissionais de saúde, em cortes na despesa pública com medicamentos e na revisão dos preços praticados com os prestadores privados (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).

O aumento contínuo das despesas em saúde desde 1995 em Portugal, sofreu uma inversão a partir de 2010, altura em que a recessão económica e as medidas de consolidação orçamental reduziram a despesa em quase um ponto percentual, de 9,8 % para 9 % do PIB em 2015, contra uma média da UE de 9,9 % (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). Em 2015, Portugal gastou 1989€ per capita em cuidados de saúde, cerca de 30 % abaixo da média da União Europeia (UE), de 2797€.

Na Grécia, a saúde das populações deteriorou-se durante a crise económica, enquanto as desigualdades de saúde foram atenuadas em favor dos estratos sociais mais baixos (Chantzaras & Yfantopoulos, 2017).

Tal como em Portugal, na Grécia o Sistema Nacional de Saúde providencia um plano de saúde gratuito, porém, a saúde oral é quase inteiramente praticada no setor privado, em que os pacientes pagam inteiramente o custo dos tratamentos realizados (Kravitz et al., 2015). Os cuidados de saúde oral na Grécia são providenciados por duas estruturas. A primeira consiste num sistema público, nomeadamente os Serviços do Sistema Nacional de Saúde Helénica (ESY). O ESY presta cuidados de saúde oral através de serviços ambulatoriais em hospitais públicos e unidades da rede nacional de cuidados de saúde primários (PEDY), incluindo centros de saúde rurais e unidades urbanas de cuidados de saúde primários. A segunda estrutura envolve o setor privado, onde os provedores são remunerados diretamente pelos utentes. pelos cuidados de saúde oral que lhes prestam (Economou et al., 2017).

Como se pode tratar e prevenir melhor as doenças orais em Portugal ou na Grécia ou em qualquer outro país? A primeira coisa a fazer é conhecer os números, as estimativas de incidência e prevalência das diferentes doenças orais a nível nacional e regional e o seu impacto na morbilidade das pessoas. Estes dados epidemiológicos são indispensáveis para identificar grupos alvo e, definir estratégias nacionais e locais de intervenção que visem a manutenção da saúde oral das populações. Contudo, estes números são ainda mal conhecidos em Portugal e na maior parte dos países, porque existem dificuldades na colheita de dados, associadas à natureza maioritariamente privada da medicina dentária.

O projeto Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors (GBD) do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) dos Estados Unidos, foi criado com o objetivo de obter dados quantitativos sobre as doenças transmissíveis e não transmissíveis, incluindo doenças orais, e seus fatores de risco em todos os países do mundo (GBD, 2018a). Mais de 1000 pesquisadores de 100 países diferentes, participaram na atualização mais recente do GBD. Todos os métodos usados para gerar os resultados do GBD estão documentados em artigos científicos, apêndices da internet e em outras publicações relevantes (GBD, 2018c).

Em 2017, foi assinado um memorando de entendimento para que a DGS colabore-se com o GBD na análise das estatísticas de saúde em Portugal (GBD, 2017b). Em virtude disto, as bases de dados do GBD, que são abertas ao público, são uma fonte primária e fiável para as estatísticas da saúde oral em Portugal. A curiosidade natural sobre as estatísticas da saúde oral em Portugal e, a possibilidade de pela primeira vez se ter acesso a dados epidemiológicos e sobre a saúde oral em Portugal, constituíram a motivação para a realização do presente estudo.

Determinantes de Saúde Oral

A prevenção da doença oral permite alcançar uma melhor saúde oral e obter um impacto significativo nos problemas associados às doenças em geral, que se agravam com a deterioração da saúde oral. Para uma devida prevenção dos problemas orais é necessário conhecer quais os principais determinantes que influenciam a saúde oral.

A saúde em geral pode ser afetada por determinantes sociais, económicos, políticos e culturais que conduzem a determinados comportamentos individuais, que no caso da

saúde oral, estão relacionados com comportamentos de higiene oral e de educação alimentar (FDI, 2015a).

O estatuto socioeconómico apresenta uma correlação negativa com o risco de desenvolvimento de cárie dentária e outras doenças orais, visto que, quanto mais alto o escalão social, menor a incidência e prevalência de doenças orais (Manton, 2018). Em particular, o desemprego dá origem ao aumento do risco de desenvolvimento de problemas orais e, em geral, caracteriza-se por uma atitude menos positiva face aos cuidados com a alimentação e à saúde oral, sobretudo, devido aos custos económicos envolvidos.

Uma dieta pobre e desequilibrada está, de certa forma, associada a desigualdades socioeconómicas, que se traduzem em hábitos alimentares muito diferentes entre as pessoas. Por exemplo, indivíduos provenientes de classes sociais altas tendem a consumir uma menor quantidade de açúcar (FDI, 2015a). O consumo, frequência e quantidade de exposição ao açúcar está diretamente relacionado com o aparecimento de cáries dentárias, devido à metabolização dos mesmos por parte das bactérias presentes na boca (Azevedo et al., 2014).

Relativamente aos hábitos de higiene oral, uma lavagem eficiente, através da escovagem diária dos dentes de pelo menos duas vezes ao dia, com um dentífrico com flúor e o uso do fio dentário, são eficazes na prevenção da cárie dentária e outras patologias orais (FDI, 2015a). Contudo, os resultados obtidos num estudo efetuado pela Ordem dos Médicos Dentistas, nomeadamente o Barómetro de Saúde Oral publicado em 2017, indicam que em Portugal, apesar de cerca de 97,8% dos Portugueses escovarem os dentes duas ou mais vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada, apenas 30,1% usam fio dentário e 54,3% usam elixir (OMD, 2017).

Outros fatores de risco para o desenvolvimento de doenças do foro oral, são a idade mais avançada e o caso do uso de tabaco e de álcool. O tabaco é considerado um fator de risco altamente significativo no desenvolvimento de doenças orais. É um dos principais fatores de risco no desenvolvimento de cancro oral, especialmente em conjunto com um consumo elevado de álcool, com um risco aumentado em 38 vezes, quando comparado com os abstinentes (Patel, 2012). O tabaco é também responsável pelo desenvolvimento de halitose e pigmentação dos lábios e dos dentes e, retarda o processo de cicatrização e a resposta imunitária a infeções da cavidade oral. Durante a gravidez, o tabaco pode levar a malformações congénitas, como é o caso da fenda palatina (FDI, 2015a).

Tal como o tabaco, o consumo de álcool em quantidades elevadas leva a uma deterioração da saúde oral, que se traduz no aparecimento de cáries dentárias, gengivites, alterações dos tecidos moles, erosão dos dentes e aumento do risco de doença periodontal (FDI, 2015).

Relativamente à idade, o envelhecimento origina em geral problemas dentários, que implicam a sua restauração, o que vai aumentar a probabilidade de doenças periodontais. As doenças concomitantes dos idosos, como diabetes, obesidade, doenças coronárias, entre outras, influenciam diretamente a saúde oral e podem condicionar negativamente a adoção de medidas de higiene oral (Patel, 2012).

As mulheres são em geral mais afetadas por doenças orais do que os homens, devido a fatores genéticos, hormonais e culturais e, a variações comportamentais e dietéticas ainda não inteiramente conhecidos (Martinez-Mier & Zandona, 2013). Adicionalmente, as mulheres têm uma esperança média de vida mais longa do que os homens, pelo que os problemas orais podem manifestar-se mais frequentemente, por isso uma boa saúde oral durante toda a vida torna-se mais importante (FDI, 2015a).

O estado de saúde oral das mães é um fator determinante para a saúde oral das crianças. Por exemplo, cáries ativas nas mães são um preditor para o aparecimento de cáries nos filhos (Manton, 2018). Neste sentido, as grávidas deverão receber informações sobre as mudanças que podem ocorrer na cavidade oral durante a gravidez e, a importância da saúde oral para a sua saúde e para a saúde do filho. Por exemplo, os hábitos dietéticos, as alterações hormonais, bem como aumento de náuseas e vômitos durante a gravidez, podem afetar os tecidos orais, induzir alterações microbiológicas na flora oral e causar imunossupressão na mãe (Manton, 2018). Do mesmo modo, o consumo de álcool ou de tabaco pela mãe podem ser responsáveis por defeitos no desenvolvimento dentário da criança.

Em resumo, o estado da saúde oral é condicionado por determinantes sociais, comportamentais, económicos e estilos de vida. Enquanto existirem baixos níveis educacionais, baixos rendimentos e iniquidade no acesso a cuidados de saúde, o risco de desenvolvimento de doenças orais manter-se-á, principalmente nos grupos populacionais mais desfavorecidos (Manton, 2018; Pereira et al., 2016).

2. Cáries em Dentes Permanentes

A cárie dentária é uma doença crônica, pós-eruptiva e multifatorial e é, quase sempre, caracterizada por uma progressiva e centrípeta destruição dos tecidos mineralizados dos dentes. No estado inicial da doença, e mesmo quando algum esmalte ou dentina tenha sido destruído, a cárie dentária pode ser travada. No entanto, a ausência de tratamento levará, invariavelmente, a um aumento do tamanho da lesão progredindo em direção à polpa do dente, tendo como resultado necrose pulpar ou pulpites acompanhadas de sintomatologia dolorosa e destruição dos tecidos duros do dente (Gonçalves, 2014).

Como mencionado anteriormente, o risco de desenvolvimento de doenças orais, nomeadamente cárie dentária e doenças periodontais, é fortemente relacionado com o estilo de vida. Os hábitos promotores de boa saúde oral incluem o baixo consumo de açúcar, uma escovagem eficaz e regular dos dentes pelo menos duas vezes por dia, o uso diário de fio dentário e uma visita regular ao dentista para prevenir e detetar doenças orais num estágio inicial (Veiga, Pereira, Ferreira, & Correia, 2015).

A cárie dentária é uma doença que progride lentamente na maioria das pessoas, causada por subprodutos ácidos provenientes da fermentação bacteriana dos hidratos de carbono consumidos. Resulta num desequilíbrio ecológico entre os minerais dos dentes e os biofilmes orais. O biofilme é caracterizado pela atividade microbiana, levando a flutuações no pH da placa bacteriana. Isto é resultado da produção de ácido proveniente da fermentação bacteriana e capacidade tampão da saliva em redor à estrutura dentária. A superfície dentária encontra-se em equilíbrio dinâmico relativamente ao ambiente circundante. Quando o pH cai abaixo de um valor crítico a desmineralização do esmalte, da dentina ou do cemento ocorre, enquanto a remineralização sucede após uma elevação do pH. O processo de desmineralização e remineralização acontece frequentemente durante o dia. Com o tempo, este processo leva a lesões de cárie ou ao reparo e reversão de uma lesão (Sbaraini et al., 2016).

O que determina a resposta cariogénica dos biofilmes orais é a exposição aos açúcares e isso, além de ser modulado pelo tipo de substrato cariogénico, é também potenciado pela frequência e quantidade de exposição a esses açúcares (Azevedo et al., 2014).

A cárie dentária é uma doença com alta prevalência em todo o mundo e atinge a grande maioria das pessoas, independentemente da etnia, género, idade ou condição social, sendo considerada pela OMS como um grave problema de Saúde Pública que aumenta progressivamente com a idade (Kassebaum et al., 2015). Estima-se que 36% da população mundial tem lesões de cárie nos dentes permanentes e que o custo direto do tratamento das doenças orais alcance aproximadamente 5% da despesa global nos gastos em saúde (Listl et al., 2015).

Em Portugal, num estudo efetuado a nível nacional em 2017, constatou-se que 47% das crianças com 12 anos têm cáries dentárias, enquanto nos jovens com 18 anos esse número sobe para 67,6% (Calado, Ferreira, Nogueira, & Melo, 2017).

3. Doença Periodontal

A periodontite crónica é uma doença inflamatória de etiologia polimicrobiana caracterizada pela destruição progressiva das estruturas de sustentação dentária (Machado et al., 2018).

Os sinais e sintomas da doença periodontal passam pela destruição dos tecidos de suporte dentário, que se manifesta pela perda de inserção clínica e perda óssea radiográfica. A chave para o diagnóstico da periodontite, passa pela deteção de inflamação dos tecidos periodontais, clinicamente manifestada por hemorragia à sondagem. Outra característica biológica da doença periodontal é profundação do epitélio juncional, que se converte numa bolsa periodontal, clinicamente avaliada através da profundidade de sondagem aumentada (Papapanou & Susin, 2017).

Um indivíduo tem periodontite, se tiver pelo menos uma bolsa periodontal com três milímetros ou mais de perda de inserção e, quatro milímetros ou mais de profundidade de bolsa (NIDCR, 2013).

A doença periodontal moderada é classificada como tendo pelo menos dois dentes com perda de inserção interproximal de quatro milímetros ou mais, ou de, pelo menos dois dentes com cinco milímetros ou mais de profundidade de bolsa em locais interproximais. A doença periodontal severa é classificada como tendo pelo menos dois dentes com perda de inserção interproximal de seis milímetros ou mais e, pelo menos um dente com cinco milímetros ou mais de profundidade de bolsa em locais interproximais (NIDCR, 2013).

Alguns estudos epidemiológicos Europeus demonstram alta prevalência de periodontite entre as populações do Reino Unido, Alemanha e Itália, que variam entre os 31% e 76 % (Holde et al., 2017), no entanto, os dados de prevalência, incidência e morbidade da doença periodontal em Portugal e na Grécia não se encontram documentados nestes estudos, talvez pela falta de dados e desinteresse dos investigadores nesta área.

De acordo com o último inquérito Nacional de Saúde Oral Português publicado em 2015, a prevalência de periodontite foi de 10,8% em adultos e 15,3% em idosos (DGS, 2015).

A doença periodontal tem um impacto significativo na qualidade de vida oral, especialmente quando existe o agravamento e extensão da doença que provocam consequências mais destrutivas (Buset et al., 2016). Existem importantes fatores e indicadores de risco que levam ao aparecimento e progressão da doença periodontal, tais como o álcool e tabaco (Wang et al., 2016), excesso de peso e obesidade e, doenças sistémicas como a diabetes (Keller et al., 2015; Suvan et al., 2015).

4. Edentulismo Total e Parcial

O edentulismo é uma condição que varia amplamente entre países e regiões em função de uma complexa rede de determinantes que inclui modelos de oferta de serviços e formação de recursos humanos, bem como aspetos culturais e condições de vida e saúde de uma determinada população (Kassebaum et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a nível global, cerca de 30% dos indivíduos com idades compreendidas entre 65 e 74 anos, não têm qualquer dente natural na cavidade oral (OMS, 2016). A OMS reconhece a perda dentária como um problema de saúde pública que deve ser considerado na formulação das políticas de saúde.

O edentulismo total diminui a função mastigatória e dificulta o consumo de alguns alimentos com nutrientes importantes (Hawerth, 2017). Além disto, influencia na fala devido às mudanças ocorridas na morfologia e musculatura da cavidade oral, uma vez que os dentes participam na produção dos sons e afetam negativamente a aparência do indivíduo, o que gera uma interferência direta na sua qualidade de vida (Rosa, 2015).

Contrariamente ao edentulismo total que se refere à ausência de todos os dentes nas duas arcadas dentárias, o edentulismo parcial caracteriza-se pela falta de um ou mais dentes nas arcadas. Geralmente esta perda de peças dentárias ocorre devido a cáries, problemas periodontais, traumas, injúrias, impactações, dentes supranumerários, neoplasias e lesões

císticas (Jeyapalan & Krishnan, 2015). Alguns estudos reportam que a cárie dentária e a doença periodontal são os principais agentes causadores de perda de dentes e, correlacionam positivamente a idade com o edentulismo (Batista et al., 2012; Montandon et al., 2012). A prevalência de edentulismo parcial é mais comum no arco mandibular do que no arco maxilar (Jeyapalan & Krishnan, 2015). Tal como o edentulismo total, o edentulismo parcial influencia negativamente o estilo de vida de um indivíduo. Clinicamente, o edentulismo parcial pode levar à inclinação dos dentes adjacentes, supra-erupção dos dentes opostos, fala alterada, mudanças faciais e distúrbios tempero-mandibulares.

Segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral publicado em 2017, 68% dos Portugueses têm falta de dentes naturais à exceção dos dentes do siso, sendo que 12,9% tem falta de mais de 8 dentes e 6,2% tem falta de todos os dentes naturais (OMD, 2017).

5. Cancro Oral

O cancro oral é um problema relevante de saúde pública de especial atenção para os médicos dentistas que têm um papel fundamental no diagnóstico precoce desta doença. Esta neoplasia encontra-se entre os dez principais tipos de cancro em todo o mundo, e apesar do progresso na pesquisa e terapêutica, a sobrevida não melhorou significativamente nos últimos anos, representando ainda um desafio contínuo para a ciência biomédica (Rivera, 2015).

De entre os tipos de cancro mais frequente em todo o mundo, o cancro da cabeça e pescoço ocupa a sexta posição, representando cerca de 3% de todas as neoplasias. Destes, 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe e 20% nos restantes sítios anatómicos, incluindo as glândulas salivares (Aquino et al., 2015). O carcinoma espinocelular ou epidermoide é o tipo histológico mais comum nas diversas localizações da cavidade oral.

O cancro oral é definido, pela Classificação Internacional de Doenças, como o “conjunto de tumores malignos que afeta qualquer parte da cavidade oral, desde os lábios até à garganta” (OMD, 2018). A sua localização mais frequente é o pavimento da boca, o bordo lateral da língua e o palato mole. Mais de 90% destes cancros são designados por carcinomas das células escamosas, uma vez que a sua origem histológica é o epitélio das células escamosas. Os restantes 10% correspondem a formas mais raras de tumores e incluem os linfomas, sarcomas, melanomas, etc. O cancro oral está associado a índices

de mortalidade elevados, que se devem em grande parte ao diagnóstico tardio (OMD, 2018; Rivera, 2015)

Nos Estados Unidos da América, o cancro oral é duas ou três vezes mais prevalente no género masculino do que no género feminino nas diversas etnias (NIH, 2018). Em geral, é mais frequente nos homens acima dos 45 anos de idade, aumentando consideravelmente até aos 65 anos (Gil, Custódio, & Calado, 2016; Montero, & Patel, 2015).

O desenvolvimento do cancro oral apresenta etiologia multifatorial, entre os quais estão incluídos fatores endógenos (genéticos) e fatores exógenos (ambientais e comportamentais). O tabaco e o álcool são em 90% os principais fatores de risco no desenvolvimento de cancro oral, sendo que os dois têm um efeito sinérgico no aparecimento e desenvolvimento da doença (Koontongkaew, 2013).

Em Portugal, foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo, onde foram selecionados todos os pacientes do Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade oral e com confirmação histológica, diagnosticados entre 1 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2009, obtendo-se um total de 1041 casos de cancro oral em ambos os géneros (Tavares et al., 2016). O género masculino foi o mais afetado comparativamente ao feminino, numa proporção de 3:1. Verificou-se também um aumento dos casos diagnosticados a partir dos 40 anos e um declínio progressivo a partir dos 70 anos. A região mais afetada foi a língua, seguindo-se o pavimento da boca. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma das células escamosas.

II. Objetivos

O contributo das doenças orais para a mortalidade e morbilidade dos Portugueses é bastante mal conhecido. Neste contexto, este estudo teve como objetivo principal quantificar por 100 mil habitantes, a incidência e prevalência das doenças orais em Portugal entre 2005 e 2016 e o seu impacto na morte prematura e incapacidade, usando como medida o DALY, que combina as estimativas dos anos de vida perdidos (YLL) devido a morte prematura e do número de anos vividos com incapacidade (YLD). O segundo objetivo deste trabalho foi analisar o impacto que a crise económica, com início em 2010, teve nas doenças orais em Portugal, utilizando como termo de comparação a Grécia, um país com número populacional semelhante a Portugal, em que a crise económica teve marcado impacto

negativo na saúde oral da população e que atravessou momentos de crise nos mesmos anos que o nosso país (2010, 2011 e 2012).

Os objetivos específicos foram os seguintes:

- Registrar a incidência e prevalência de cáries em dentes permanentes, doença periodontal, edentulismo total e parcial e cancro oral por 100 mil habitantes, em Portugal e Grécia nos anos de 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016.
- Registrar o número de anos de vida perdidos (YLL) devido a morte prematura por doenças orais e o número de anos vividos com incapacidade (YLD) por 100 mil habitantes devido a doenças orais nos anos de 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016, em Portugal e Grécia.
- Registrar a carga global das doenças orais por 100 mil habitantes, em Portugal e Grécia, nos anos de 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 usando como medida os anos de vida ajustados à incapacidade (DALY).

III. Material e Métodos

Para a realização deste trabalho foram utilizados os dados mais recentes de doenças orais referentes a Portugal e Grécia, existentes nas bases de dados do Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors (GBD) do Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) dos Estados Unidos, nos anos de 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016. As doenças orais tidas em conta foram: Cáries em dentes permanentes, doença periodontal, edentulismo total e parcial e o cancro oral. Estas doenças foram analisadas em função do género (género feminino, género masculino) e faixa etária (15-49 anos e 50-69 anos).

O GBD é um projeto global que congrega cientistas de todo o mundo e tem por objetivo quantificar a incidência e prevalência de todas as doenças e lesões que afetam ao longo dos anos, os homens e mulheres de todos os grupos etários em todo o mundo, bem como as suas taxas de mortalidade e morbidade e os seus fatores de risco (GBD, 2018). O GBD abrange 195 países e territórios, com avaliações subnacionais para 12 países, calculadas para cada ano desde 1990. Abrange 333 doenças e lesões, 2982 sequelas dessas doenças e lesões e 84 fatores de risco ou combinações de fatores de risco.

Foram retirados dados de prevalência, incidência, YLL, YLD e DALY por 100 mil habitantes das diversas doenças orais mencionadas anteriormente em função dos anos, género e faixas etárias.

O YLL, abreviatura de “Years of Life Lost, traduzido em Português para “Anos de Vida Perdidos”, mede os anos de vida perdidos devido a morte prematura causada por uma determinada doença. É calculado pela subtração da idade na altura da morte à esperança média de vida mais longa de uma pessoa dessa idade num determinado país. Por exemplo, se a esperança média de vida de um determinado país for de 75 anos e, um indivíduo falecer com cancro aos 65 anos, significa que foram 10 anos de vida perdidos devido ao cancro (GBD, 2018).

O YLD é uma abreviatura de “Years Lived With Disability”, em Português, “Anos Vividos com Incapacidade”, que também pode ser descrita como anos vividos em condições de saúde inferiores ao ideal. É calculado pela multiplicação da prevalência da doença em causa por um fator que reflete a incapacidade gerada por essa doença. Este fator é previamente determinado por meio de pesquisas efetuadas a nível populacional (GBD, 2018b).

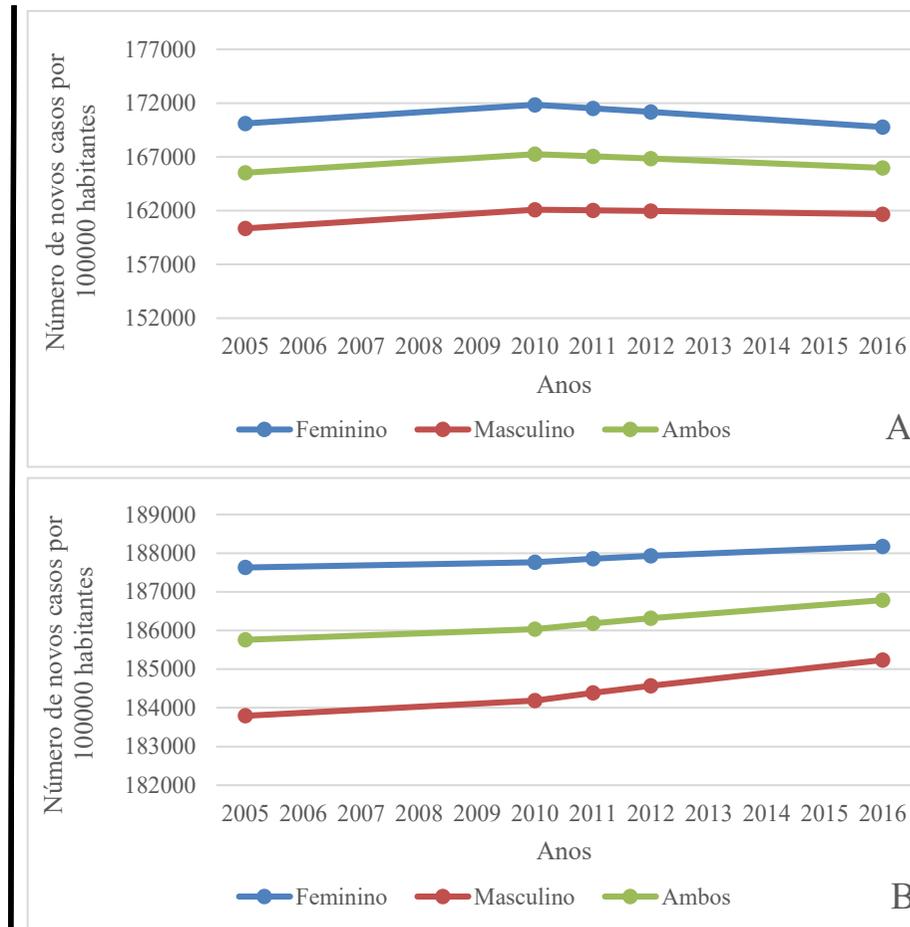
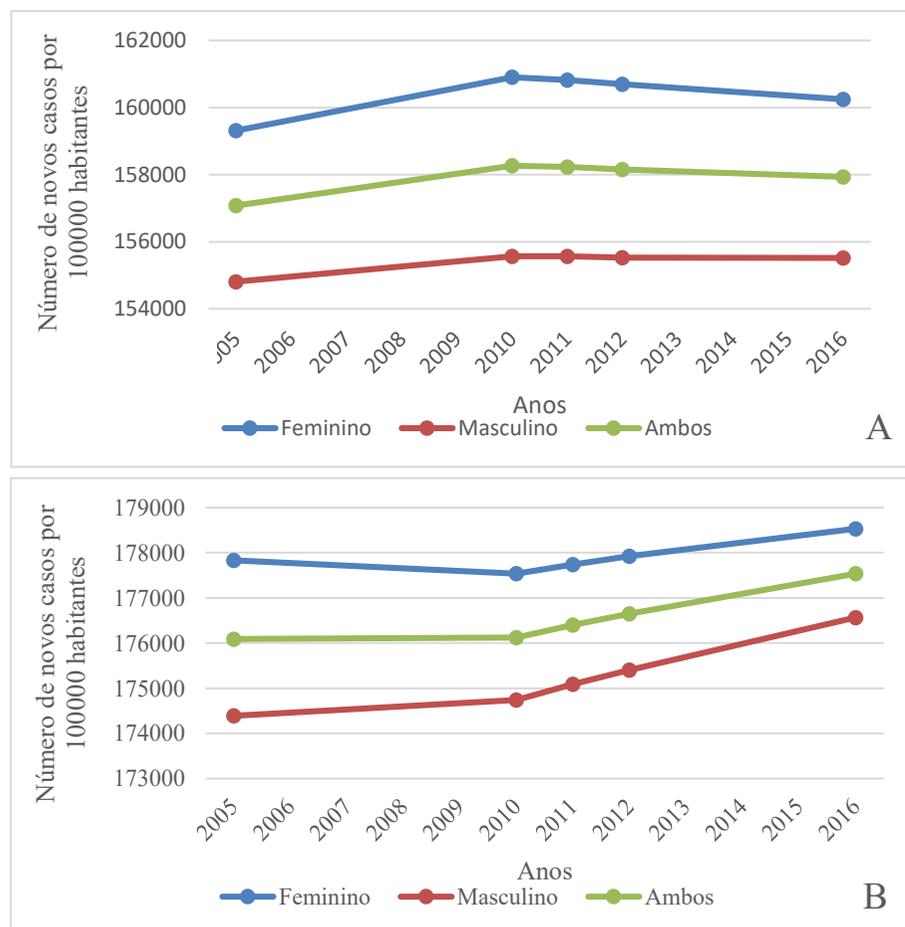
O DALY é uma abreviatura para “Disability-Adjusted Life Year”, traduzido em Português, para “Anos Vividos Ajustados à Incapacidade”. É uma medida universal que permite aos investigadores e legisladores comparar as condições de saúde de diferentes populações, ao longo de um determinado período de tempo. O DALY é calculado pela soma dos anos de vida perdidos (YLL) com os anos vividos com incapacidade (YLD). Um DALY é equivalente a um ano perdido de vida saudável. Os DALYs permitem estimar o número total de anos perdidos devido a causas específicas e fatores de risco a nível nacional, regional e global (GBD, 2018).

Os dados recolhidos das doenças estudadas em ambos os países foram organizados em tabelas, em função das faixas etárias, no programa Excel da Microsoft, onde também, foram realizados os gráficos de evolução das respetivas doenças ao longo dos anos.

IV. Resultados

1. Cáries em Dentes Permanentes

1.1. Evolução da Incidência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e na Grécia



Em ambas as faixas etárias a evolução da incidência de cáries em dentes permanentes em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género feminino do que no masculino em todo o intervalo estudado.

Considerando ambas as faixas etárias e ambos os géneros, foi possível observar que em Portugal, no ano de 2016, houve mais 1 307,22 novos casos de cáries em dentes permanentes que 2005 (Tabela 1-2).

No ano de 2005, na faixa dos 15-49 anos, verificou-se o número mais baixo de novos casos por 100 000 habitantes em ambos os géneros. Números que foram aumentando até ao ano de 2010 no género feminino, onde foram observados os valores mais altos de incidência de cáries de dentes permanentes em Portugal nesta faixa etária. No género feminino, a partir do ano de 2010, os valores de incidência foram diminuindo ao longo dos anos de crise (2010, 2011 e 2012). Em 2011 e 2012 observou-se, respetivamente, menos 84,31 e 204,48 novos casos de cáries em dentes permanentes que em 2010. No que respeita ao género masculino e, apesar dos valores de incidência serem inferiores aos do género feminino, verificou-se que a incidência de cáries em dentes permanentes aumentou desde o ano de 2005 até 2011, onde se registaram mais 4,23 novos casos por 100 mil habitantes que em 2010, e mais 38,61 novos casos que 2012 (Tabela 1 e Figura 1A).

Na faixa dos 50-69 anos, a incidência de cáries em dentes permanentes em Portugal registou, no ano de 2005 e no género masculino, o valor mais baixo de novos casos, menos 1 340,26 que 2016. Tal como na faixa dos 15-49 anos, também foi no género feminino e no ano de 2010, que se registou o valor mais alto de novos casos por 100 mil habitantes de cáries em dentes permanentes na faixa dos 50-69 anos. Observou-se em 2010, mais 670,64 novos casos que 2012 e mais 2 071,97 novos casos que 2016. Em 2016 observou-se o menor valor de incidência de cárie em dentes permanentes no género feminino nesta faixa etária (Tabela 2 e Figura 2A).

Tal como em Portugal, na Grécia, a evolução da incidência de cáries em dentes permanentes nas duas faixas etárias, foi superior no género feminino em todos os anos estudados.

Em 2005 no género masculino, na faixa dos 15-49 anos, registou-se o menor valor de incidência de cáries em dentes permanentes na Grécia. Desde 2005 que se observou um aumento de novos casos, registando o valor mais alto em 2016, com mais 2 177,36 novos

casos em relação a 2005 e mais 1 164,92 novos casos por 100 mil habitantes que em 2012. No género feminino, em 2010 observou-se menos 294,51 novos casos de cáries em dentes permanentes em relação a 2005. Desde 2010 até 2016, que se verificou um aumento dos valores de incidência no género feminino. Registaram-se em 2016, mais 700,97 novos casos em relação a 2005 e mais 605,6 novos casos em relação a 2012 (Tabela 1 e Figura 1B).

Na faixa etária dos 50-69 anos, em ambos os géneros observou-se um aumento da incidência de cáries em dentes permanentes na Grécia ao longo dos anos, sendo que, os valores mais altos de incidência foram registados no ano de 2016 em ambos os géneros. Em 2016, no género feminino foram observados mais 544,8 novos casos por 100 mil habitantes que em 2005 e mais 320,83 novos casos que 2011. No género masculino em 2016, observou-se mais 1 442,01 novos casos que 2005, mais 320,83 novos casos que em 2011 e mais 246,8 novos casos de cáries em dentes permanentes que em 2012 (Tabela 2 e Figura 2B).

A evolução da incidência de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes foi oposta nos anos de crise nos dois países. Em Portugal, observou-se uma diminuição dos valores de incidência em ambos os géneros e faixas etárias no anos de 2010, 2011, 2012 até 2016, enquanto que, na Grécia, os valores de novos casos por 100 mil habitantes foi aumentando desde 2010, 2011, 2012 até 2016 em ambos os géneros e faixas etárias. O género feminino foi o mais afetado em ambos os Países, nas duas faixas etárias (Tabela 1-2, Figuras 1-2).

Tabela 1- Incidência de Cáries em Dentes Permanentes por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016, na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	154809,98	169404,43	141642,62	174389,69	184319,70	163226,82
	2010	155562,95	168866,47	142197,11	174741,97	184111,53	163447,94
	2011	155567,18	169252,21	141345,76	175087,69	183051,91	165334,16
	2012	155528,57	169199,65	141342,97	175402,13	183277,25	165781,38
	2016	155520,16	169167,14	141981,96	176567,05	186462,42	165327,23
Feminino	2005	159315,25	172854,63	146305,96	177831,70	187080,54	167025,21
	2010	160903,97	173845,99	147287,77	177537,19	186306,31	166425,91
	2011	160819,66	171393,07	148137,73	177739,36	186577,17	167097,80
	2012	160699,49	171329,64	148016,26	177927,07	186806,25	167381,83
	2016	160248,98	174054,02	146452,55	178532,67	187266,05	167255,54
Ambos	2005	157078,41	170440,53	144341,25	176090,49	185341,02	165338,85
	2010	158266,06	170550,02	144851,70	176123,11	184733,16	165040,74
	2011	158230,38	169220,63	145277,48	176398,20	184546,60	166956,57
	2012	158155,14	169231,14	145152,11	176650,18	184766,65	167290,42
	2016	157938,28	171208,18	144759,12	177536,98	186364,41	166430,16

Tabela 2 - Incidência de Cáries em Dentes Permanentes por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos							
		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	160348,42	181952,02	140405,47	183793,38	195077,30	168992,99
	2010	162091,19	181382,27	141072,22	184183,54	195588,88	169930,23
	2011	162038,13	185459,93	142321,91	184389,21	195200,33	171629,24
	2012	161968,41	185434,31	142352,36	184573,45	195311,41	171985,57
	2016	161688,68	182123,33	141323,17	185235,39	195373,32	170355,64
Feminino	2005	170100,85	188447,93	151305,10	187628,73	196109,08	175098,21
	2010	171851,60	189445,92	152115,08	187761,95	196369,60	175026,76
	2011	171525,84	188569,01	154934,18	187852,70	195713,36	176233,81
	2012	171180,96	188330,03	154503,97	187927,35	195753,00	176249,08
	2016	169779,63	187467,38	150024,13	188173,53	196395,97	174818,25
Ambos	2005	165522,49	183292,14	147214,93	185759,14	194391,96	172661,44
	2010	167255,42	184277,19	147804,04	186031,24	194543,07	174176,06
	2011	167057,41	185371,84	151149,44	186183,11	194206,01	173335,69
	2012	166844,07	185249,90	151031,87	186317,60	194299,67	173443,07
	2016	165969,84	183358,18	147109,37	186784,32	194919,82	173191,18

1.2. Evolução da Prevalência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e na Grécia

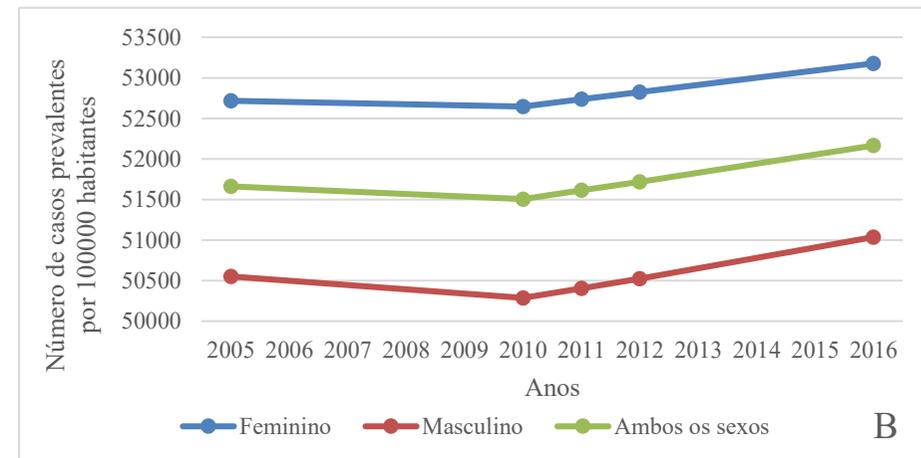
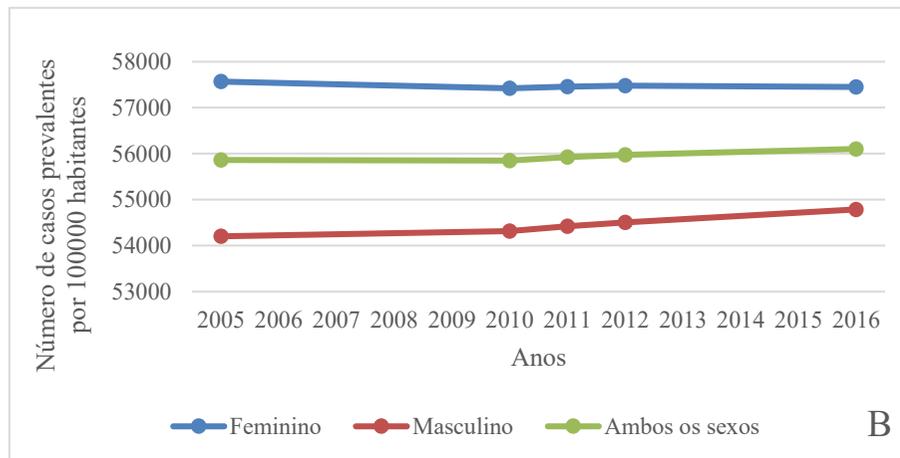
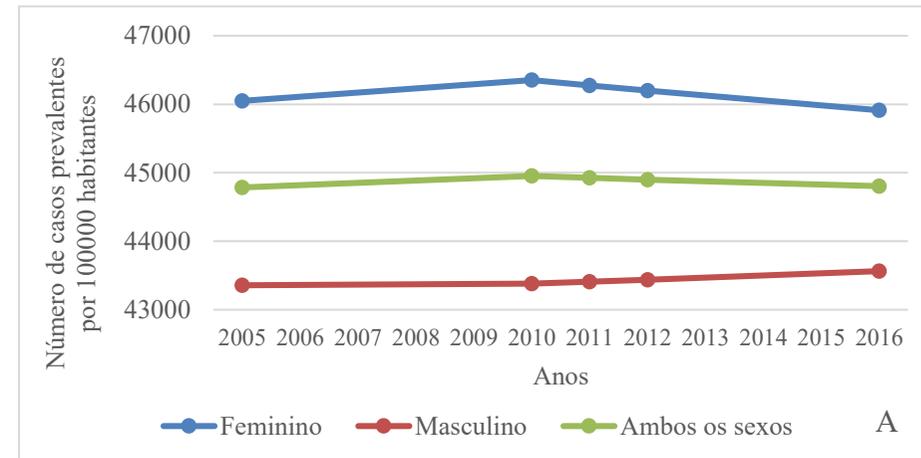
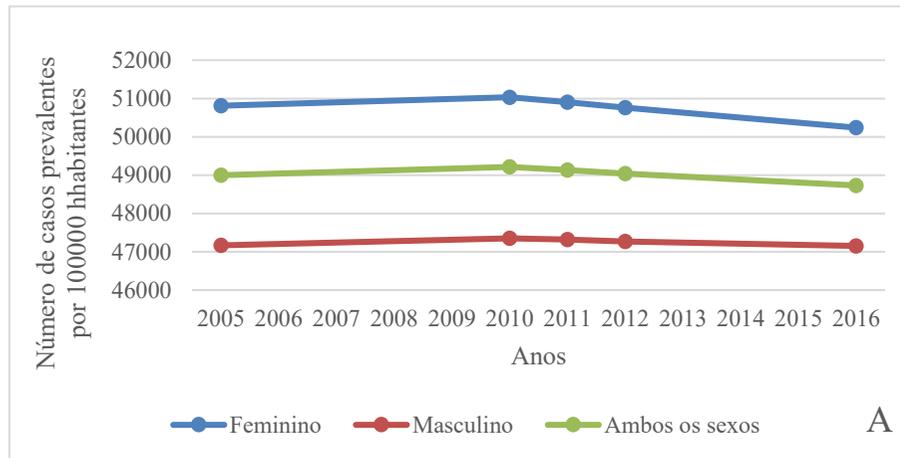


Figura 3- Evolução da Prevalência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 4- Evolução da Prevalência de Cáries em Dentes Permanentes em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50-69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da prevalência de cáries em dentes permanentes em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género feminino.

Em Portugal, na faixa dos 15-49 anos, o número mais alto de casos prevalentes observado foi em 2010. No género masculino registaram-se em 2010 mais 185,03 casos prevalentes em relação ao ano de 2005. Desde 2011 que se observou uma diminuição da prevalência, como se pôde constatar nos anos 2012 e 2016. Em 2012 e 2016 foram observados respetivamente menos 80,53 e 198,49 casos prevalentes por 100 mil habitantes que em 2010. No género feminino, tal como no género masculino, o menor valor de prevalência de cáries em dentes permanentes observado foi em 2016. Foram registados menos 574,04 casos prevalentes em 2016 quando comparado com 2005 e menos 794,4 casos em relação a 2010. Em 2010 observou-se o maior valor de prevalência de cáries em dentes permanentes nesta faixa etária (Tabela 3 e Figura 3A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, a evolução de cáries em dentes permanentes difere da outra faixa etária estudada. Desde 2005 que no género masculino se observou um aumento de casos prevalentes ao longo dos anos, registando em 2016 o maior valor de prevalência de cáries em dentes permanentes neste género. Em 2016, foram observados mais 126,6 casos prevalentes em relação a 2012, mais 154,55 casos que 2011 e mais 183,14 casos prevalentes de cáries em dentes permanentes que em 2010. Por outro lado, no género feminino, em 2010 foi observado o maior número de casos prevalentes de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes nesta faixa etária, mais 440,73 casos prevalentes em relação a 2016 (Tabela 4 e Figura 4A).

Na Grécia, tal como em Portugal, foi no género feminino que foram registados os maiores números de casos prevalentes de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes em ambas as faixas etárias.

No género masculino, na faixa dos 15-49 anos, a prevalência de cáries em dentes permanentes na Grécia aumentou desde o ano de 2005 até 2016. Foram registados em 2016, mais 585,32 casos prevalentes que em 2005, mais 366,89 casos prevalentes que 2011 e mais 279,49 casos que 2012. No género feminino, em 2005, registou-se o número mais alto de prevalência de cáries em dentes permanentes na Grécia nesta faixa etária. De 2005 para 2010 observou-se uma diminuição dos casos prevalentes, nomeadamente de menos 145,27 casos prevalentes por 100 mil habitantes. Estes números foram aumentando ao longo dos anos de crise até 2012. Em 2012, registaram-se mais 55,9 casos

prevalentes por 100 mil habitantes em relação a 2010 e mais 17,04 casos prevalentes que em 2011 (Tabela 3 e Figura 3B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia, o número mais baixo de prevalência de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes foi registado em 2010 em ambos os géneros, enquanto o número mais alto de casos prevalentes foi registado em 2016, também em ambos os géneros. No género masculino, foram registados em 2010, menos 264,42 casos prevalentes em relação a 2005. Foram ainda registados neste género em 2016, mais 749,83 casos prevalentes em relação a 2010, mais 631,14 casos prevalentes que em 2011 e mais 513,75 casos prevalentes que em 2012. No género feminino foram observados em 2010, menos 69,43 casos prevalentes que em 2005 e menos 90,14 casos prevalentes que em 2011. Em 2016, foram registados mais 356,44 casos prevalentes de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes em relação a 2012 (Tabela 4 e Figura 4B).

A evolução da prevalência de cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes foi oposta nos anos de crise nos dois países. Enquanto em Portugal, o número de casos prevalentes diminuiu ao longo dos anos de crise (2010, 2011 e 2012), na Grécia observou-se um aumento de casos prevalentes nestes mesmos anos. O género feminino foi o género mais afetado, registando os maiores números de casos prevalentes de cáries em dentes permanente em ambos os países e faixas etárias (Tabela 3-4 e Figuras 3-4).

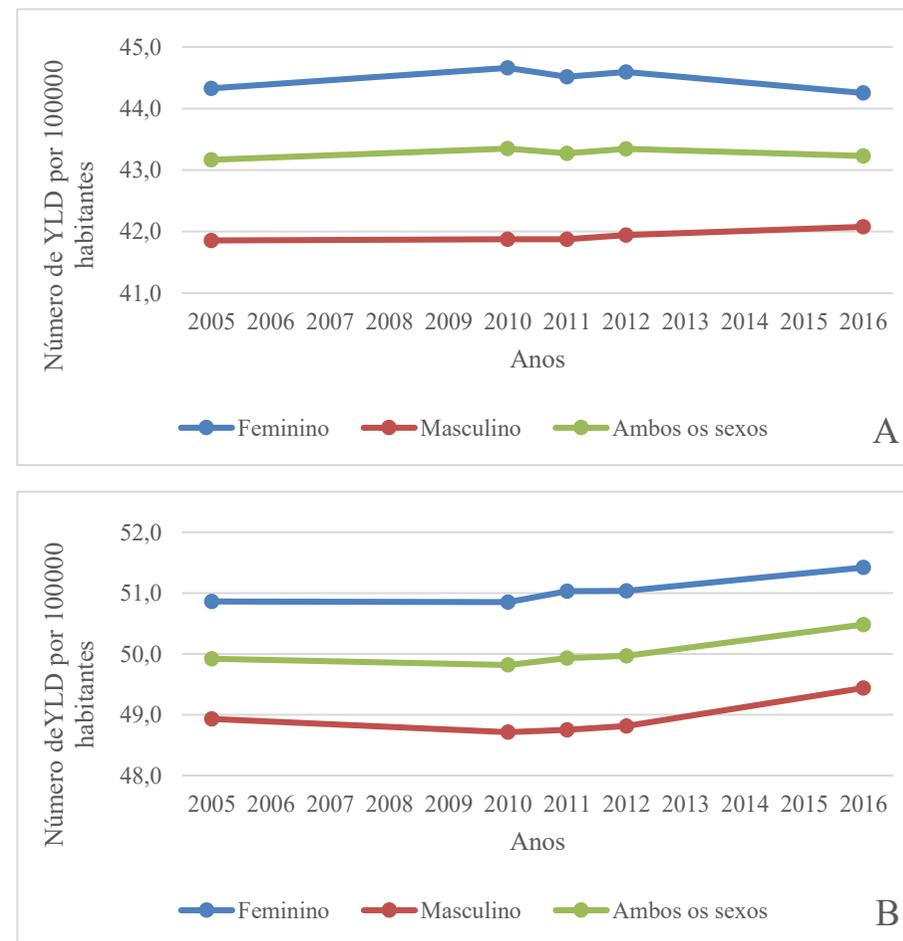
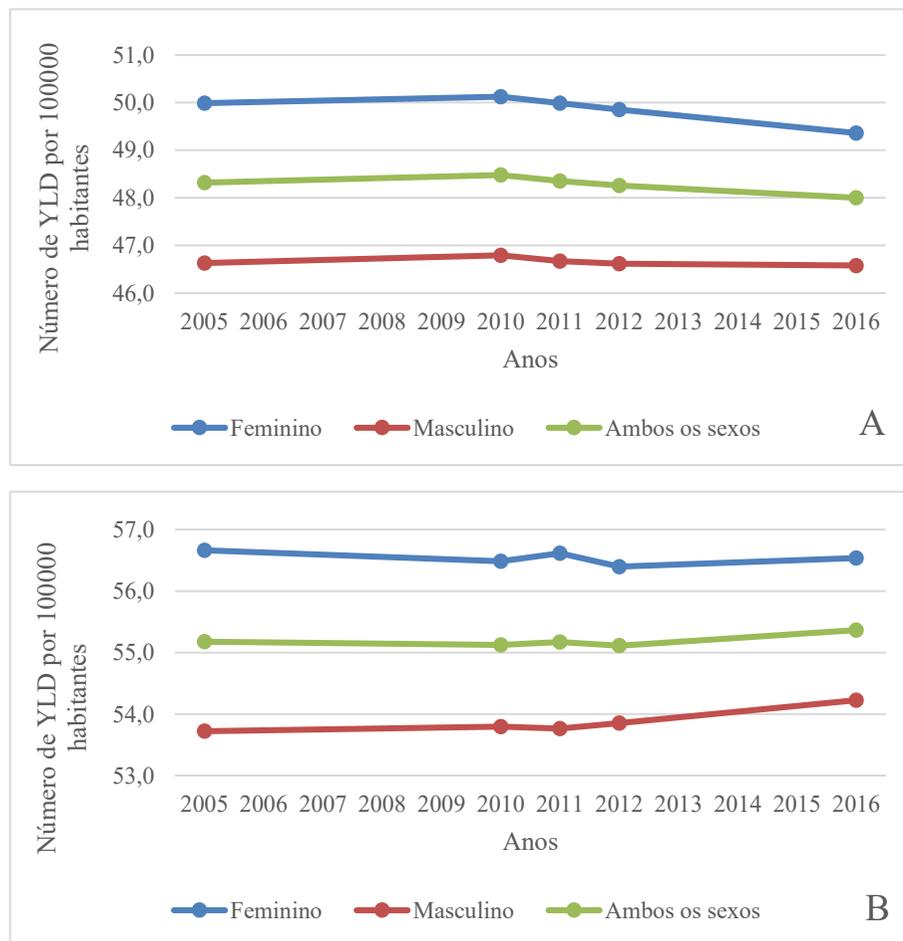
Tabela 3- Número de casos prevalentes de Cáries em Dentes Permanentes por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	47166,76	50561,73	43667,04	54202,77	57210,93	50926,14
	2010	47351,79	50876,25	43911,24	54315,85	57340,90	51250,00
	2011	47316,00	50313,18	43773,44	54421,20	57253,69	51544,21
	2012	47271,26	50269,74	43720,34	54508,60	57328,54	51662,42
	2016	47153,30	50687,99	43652,23	54788,09	57789,79	51766,63
Feminino	2005	50813,43	54314,88	47257,79	57566,71	60554,28	54498,36
	2010	51033,79	54441,11	47246,36	57421,44	60445,42	54325,99
	2011	50904,37	53810,48	47590,58	57460,30	60217,83	54348,70
	2012	50762,91	53691,60	47438,65	57477,34	60205,33	54373,09
	2016	50239,39	53637,96	46594,82	57452,24	60416,61	54310,95
Ambos	2005	49002,88	52197,80	45598,10	55865,00	58776,19	52927,20
	2010	49215,26	52478,05	45713,12	55850,35	58774,70	52915,22
	2011	49135,43	51959,34	45877,85	55923,18	58414,67	53149,63
	2012	49044,85	51905,69	45772,88	55976,02	58471,84	53229,72
	2016	48731,40	52021,92	45170,88	56102,70	58939,83	53035,72

Tabela 4- Número de casos prevalentes de Cáries em Dentes Permanentes por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	43357,13	48009,63	38928,18	50550,92	54445,83	46811,89
	2010	43380,17	47590,44	38652,18	50286,50	54208,38	46345,68
	2011	43408,76	47381,16	39047,85	50405,19	54267,79	46656,96
	2012	43436,50	47407,81	39075,59	50522,58	54369,22	46790,39
	2016	43563,31	47773,46	39126,37	51036,33	54866,13	47203,24
Feminino	2005	46049,91	50373,82	41681,74	52715,47	56618,08	49038,75
	2010	46353,07	50747,67	42036,36	52646,04	56279,26	48952,83
	2011	46274,66	50414,10	42353,05	52736,20	56446,39	49231,99
	2012	46200,45	50337,35	42270,58	52822,06	56551,35	49326,39
	2016	45912,34	50288,81	41586,30	53178,50	56963,55	49464,10
Ambos	2005	44785,76	49033,63	40600,63	51660,33	55468,18	48002,20
	2010	44953,13	48938,07	40555,84	51504,84	55117,31	47988,83
	2011	44924,91	48275,85	41092,93	51612,53	55391,67	48431,38
	2012	44899,30	48252,75	41072,90	51718,40	55482,97	48520,50
	2016	44806,25	48916,82	40681,52	52165,64	55874,70	48434,17

1.3. Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e Grécia



O número de anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes em Portugal foi superior no género feminino em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, em Portugal, o YLD devido a cáries em dentes permanentes registou em 2010 o valor mais alto e em 2016 o valor mais baixo em ambos os géneros. Em 2010 no género masculino, foi observado que os homens Portugueses viveram mais 0,16 anos com incapacidade que em 2005 e mais 0,21 anos com incapacidade que 2016. No género feminino em 2016 observou-se menos 0,49 anos vividos com incapacidade quando comparado com 2012, menos 0,36 anos vividos com incapacidade em relação a 2011 e menos 0,76 anos vividos com incapacidade que em 2010. No género masculino, em 2016, foram registados menos 0,05 anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes em relação a 2005, menos 0,21 anos vividos com incapacidade relativamente a 2010 e menos 0,03 anos vividos com incapacidade que 2012 (Tabela 5 e Figura 5A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, observou-se em 2010 e no género feminino, o valor mais alto de YLD devido a cáries em dentes permanentes nesta faixa etária, mais 0,41 anos vividos com incapacidade por 100 mil habitantes que em 2016. Foram registados, no género feminino em 2011, menos 0,15 anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes que 2010 e menos 0,09 anos vividos com incapacidade que 2012. No género masculino, o valor mais alto registado foi em 2016, onde os homens portugueses viveram mais 0,22 anos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes em relação a 2005, mais 0,2 anos vividos com incapacidade que 2011 e mais 0,14 anos vividos com incapacidade por 100 mil habitantes que em 2012 (Tabela 6 e Figura 6A).

Tal como em Portugal, as mulheres Gregas foram as que viveram mais anos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, foi possível observar que em 2005, no género feminino, o número de anos vividos com incapacidade por 100 mil habitantes foi o mais alto nesta faixa etária. Em 2012, registou-se o valor de YLD mais baixo no género feminino, menos 0,14 anos vividos com incapacidade que 2016, e menos 0,21 anos vividos com incapacidade em relação a 2011. No género masculino, o valor mais alto registado foi em 2016, onde foram observados que os homens Gregos viveram mais 0,43

anos com incapacidade que 2010, mais 0,46 anos com incapacidade que 2011 e mais 0,37 anos com incapacidade por 100 mil habitantes que em 2012 (Tabela 5 e Figura 5B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia, o número de anos vividos com incapacidade atingiu o seu pico no ano de 2016 em ambos os géneros. No género feminino registou-se em 2016 o valor mais alto de YLD devido a cáries em dentes permanentes nesta faixa etária. Foram observados em 2016, mais 0,57 anos vividos com incapacidade que 2010 e mais 0,39 anos vividos com incapacidade que 2011 e 2012. No género masculino em 2016, registaram-se mais 0,73 anos vividos com incapacidade que 2010, mais 0,69 anos vividos com incapacidade que 2011 e mais 0,62 anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes que 2012 (Tabela 6 e Figura 6B).

Foram observadas variações na evolução do número de anos vividos devido a cáries em dentes permanentes por 100 mil habitantes em ambos os países. Em Portugal na faixa dos 15-49 anos verificou-se uma diminuição de YLD na altura dos anos de crise (2010, 2011 e 2012) até 2016, enquanto na Grécia, os valores de YLD aumentaram de 2010 para 2011, diminuíram em 2012, voltando a aumentar até 2016. Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, houve um aumento de YLD de 2005 a 2010, registando depois uma diminuição dos anos vividos com incapacidade em 2011, um aumento em 2012 e finalmente uma diminuição até ao ano de 2016. Na Grécia, na faixa dos 50-69 anos, o aumento de anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes foi constante ao longo dos anos entre 2010 e 2016. O género feminino foi o mais afetado, registando o maior número de anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes em ambos os países e faixas etárias (Tabela 5-6, Figuras 5-6).

Tabela 5- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	46,63	89,70	20,09	53,72	102,16	23,31
	2010	46,79	89,89	20,25	53,80	103,08	23,36
	2011	46,67	87,17	21,30	53,77	103,04	24,96
	2012	46,61	87,59	21,59	53,86	103,96	24,81
	2016	46,58	89,30	20,06	54,23	104,58	23,52
Feminino	2005	49,99	96,07	21,54	56,66	107,45	24,64
	2010	50,12	95,74	22,11	56,49	106,48	24,49
	2011	49,99	95,25	23,01	56,61	109,26	25,84
	2012	49,85	97,05	23,07	56,40	108,41	26,41
	2016	49,36	94,55	21,61	56,54	108,68	24,35
Ambos	2005	48,32	92,49	20,97	55,17	104,77	24,01
	2010	48,48	92,49	21,31	55,13	104,12	23,82
	2011	48,36	91,27	22,17	55,17	106,11	25,40
	2012	48,26	92,39	22,34	55,11	106,16	25,60
	2016	48,00	92,03	20,91	55,37	106,59	23,85

Tabela 6 - Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cáries em Dentes Permanentes em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	41,86	80,25	18,76	48,93	93,45	22,01
	2010	41,87	79,01	18,35	48,71	91,40	21,80
	2011	41,88	83,51	19,61	48,75	98,14	22,96
	2012	41,94	81,87	19,62	48,82	98,69	23,05
	2016	42,08	80,90	18,62	49,44	93,25	22,04
Feminino	2005	44,33	82,85	19,73	50,86	95,02	22,93
	2010	44,66	83,59	20,18	50,85	94,74	22,75
	2011	44,51	88,03	20,49	51,03	102,95	23,69
	2012	44,60	88,63	19,97	51,03	101,00	23,32
	2016	44,25	84,41	19,78	51,42	95,50	22,69
Ambos	2005	43,17	81,34	19,38	49,92	94,30	22,66
	2010	43,35	81,40	19,25	49,82	92,83	22,41
	2011	43,27	86,16	20,07	49,93	100,63	23,34
	2012	43,35	85,45	19,80	49,97	99,89	23,19
	2016	43,23	82,63	19,11	50,48	95,00	22,34

2. Doença Periodontal

2.1. Evolução da Incidência de Doença Periodontal em Portugal e Grécia

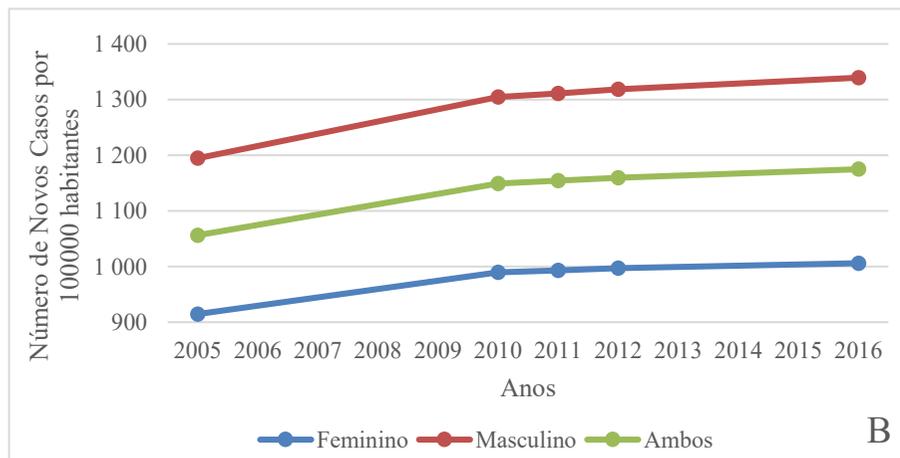
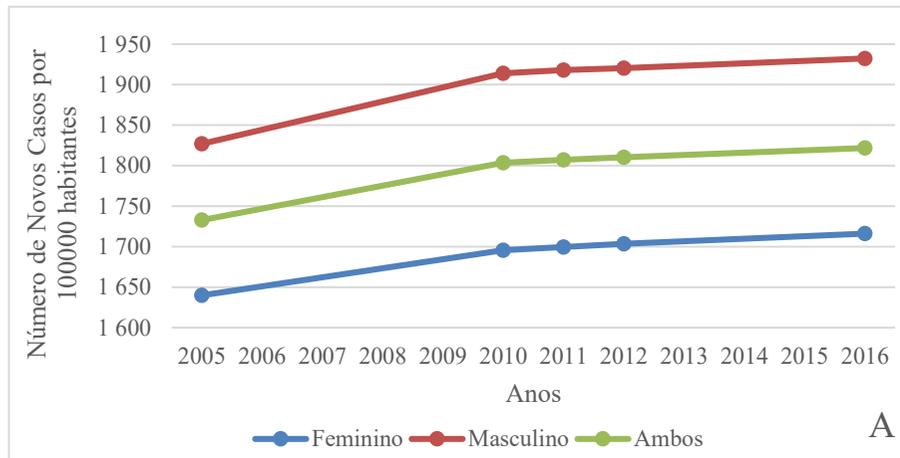


Figura 7 - Evolução da Incidência de Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

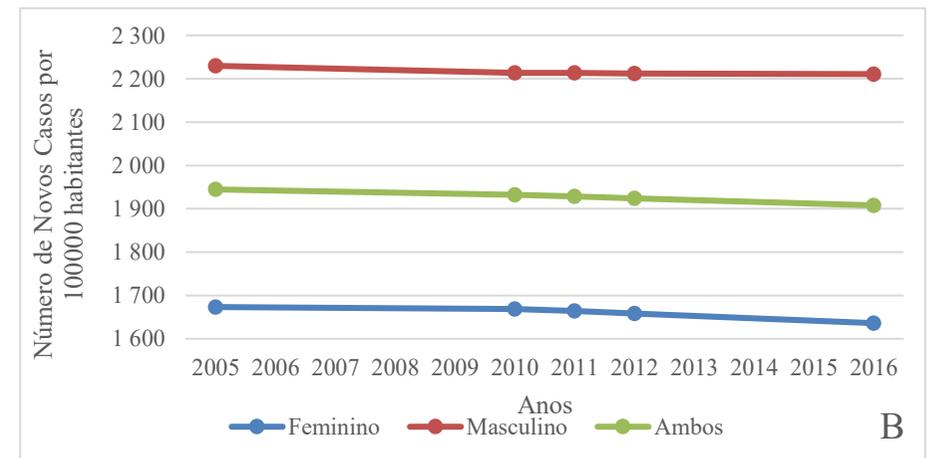
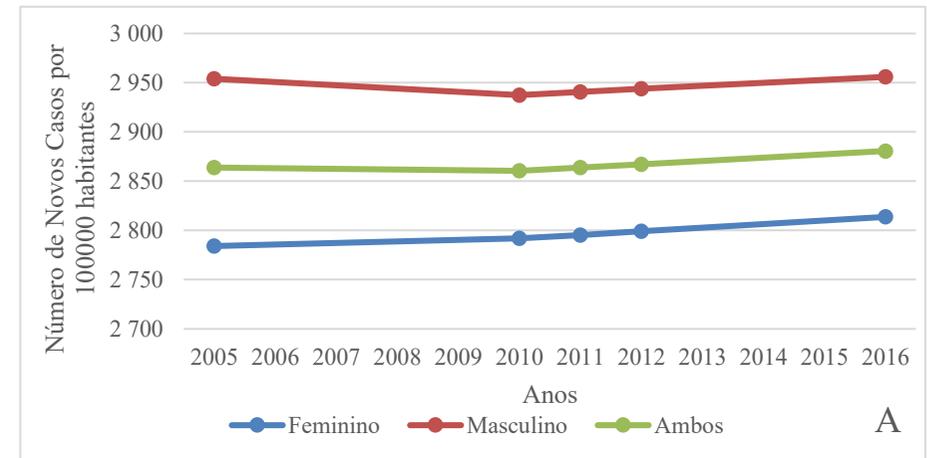


Figura 8 - Evolução da Incidência de Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da incidência de doença periodontal em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género masculino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, foi observado um aumento do número de novos casos de doença periodontal em Portugal desde o ano de 2005 até 2016, onde foi registado o maior número de incidência de doença periodontal em ambos os géneros nesta faixa etária. Em 2016, foram registados no género masculino mais 105,34 novos casos por 100 mil habitantes em relação ao ano de 2005, mais 18,16 novos casos que 2010, mais 14,15 novos casos que 2011 e mais 11,84 novos casos de doença periodontal que em 2012. No género feminino, em 2016 observou-se um aumento de 76,18 novos casos em relação a 2005 (Tabela 7 e Figura 7A).

Na faixa dos 50-69 anos, registou-se em 2016 e no género masculino, o valor mais alto de novos casos de doença periodontal em Portugal. Foram observados no género masculino em 2016, mais 1,86 novos casos por 100 mil habitantes que 2005, mais 18,49 novos casos que 2010, mais 15,26 novos casos que 2011 e mais 12,16 novos casos que em 2012. No género feminino, o número de incidência de doença periodontal mais alto registado também foi no ano de 2016, onde foi possível observar mais 29,62 novos casos em relação a 2005, mais 21,71 novos casos em relação a 2010, mais 18,39 novos casos que 2011 e um aumento de 14,68 novos casos de doença periodontal que 2012 (Tabela 8 e Figura 8A).

Tal como em Portugal, na Grécia, o género masculino foi o mais afetado, registando os valores mais altos de incidência nas duas faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, o número de novos casos de doença periodontal por 100 mil habitantes na Grécia aumentou ao longo dos anos estudados, registando em 2016 o valor mais alto em ambos os géneros. A incidência de doença periodontal na Grécia, no género masculino e na faixa dos 15-49 anos, registou em 2016 mais 144,82 novos casos que 2005, mais 34,81 novos casos que 2010, mais 28,12 novos casos em relação a 2011 e mais 21,02 novos casos que em 2012. No género feminino, em 2005, observou-se o valor mais baixo de novos casos de doença periodontal nesta faixa etária. Registaram-se em 2005 menos 16,51 novos casos que 2010, menos 12,66 novos casos que 2011, menos 8,78 novos casos que 2012 e menos 91,41 novos casos de doença periodontal que em 2016 (Tabela 7 e Figura 7B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia, a incidência de doença periodontal por 100 mil habitantes registou no género masculino e em 2005 o número de novos casos mais alto e, em 2016 o número de novos casos mais baixo. Em 2016, foram registados menos 1,01 novos casos que 2012, menos 2,45 novos casos que 2011 e menos 2,97 novos casos de doença periodontal que em 2010. No género feminino e tal como no género oposto, registou-se o valor mais alto de incidência de doença periodontal no ano de 2005 e o valor mais baixo no ano de 2016. Em 2016 foram registados menos 22,18 novos casos de doença periodontal em relação a 2012, menos 28,06 novos casos que 2011 e menos 32,86 novos casos que em 2010 (Tabela 8 e Figura 8B).

Em ambos os países, na faixa dos 15-49 anos, o ano de 2016 foi o mais afetado, registando um maior número de novos casos de doença periodontal por 100 mil habitantes. Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, a incidência de doença periodontal foi também superior no ano de 2016 em ambos os géneros, enquanto que, contrariamente na Grécia, em 2016, foi observado o menor valor de incidência em ambos os géneros. O género masculino foi o mais afetado em ambos os países e faixas etárias (Tabelas 7-8, Figuras 7-8).

Tabela 7- Incidência de Doença Periodontal por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos							
		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	1826,92	2759,92	1029,91	1194,58	1615,83	880,86
	2010	1914,10	2865,18	1150,06	1304,59	1777,16	944,31
	2011	1918,11	2874,72	1124,72	1311,28	1806,44	935,20
	2012	1920,42	2873,86	1123,48	1318,38	1819,39	941,20
	2016	1932,26	2888,07	1130,63	1339,40	1848,56	953,28
Feminino	2005	1639,89	2531,29	885,23	914,54	1231,80	668,87
	2010	1695,74	2594,11	966,26	989,44	1324,83	720,52
	2011	1699,59	2666,82	976,77	993,29	1354,00	724,85
	2012	1703,34	2680,00	980,65	997,17	1362,49	726,88
	2016	1716,07	2665,48	948,51	1005,95	1390,00	722,30
Ambos	2005	1732,75	2601,49	940,31	1056,20	1424,37	782,29
	2010	1803,59	2677,75	1049,00	1148,87	1551,35	829,18
	2011	1807,31	2768,51	1060,24	1154,12	1573,21	823,76
	2012	1810,15	2778,83	1061,55	1159,61	1583,54	828,45
	2016	1821,71	2764,05	1052,03	1174,86	1640,40	841,65

Tabela 8- Incidência de Doença Periodontal por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	2954,11	4022,73	1593,26	2229,84	3195,36	1324,28
	2010	2937,48	4033,00	1502,70	2213,72	3147,66	1319,31
	2011	2940,71	3956,40	1591,90	2213,20	3151,83	1413,47
	2012	2943,81	3959,49	1599,97	2211,76	3151,67	1415,77
	2016	2955,97	4064,15	1583,90	2210,75	3211,62	1304,14
Feminino	2005	2784,12	3868,37	1391,93	1673,19	2388,14	985,95
	2010	2792,03	3882,73	1462,03	1668,89	2406,73	953,07
	2011	2795,35	3948,14	1444,78	1664,09	2322,30	1054,91
	2012	2799,06	3945,29	1449,09	1658,21	2313,59	1054,66
	2016	2813,74	3901,58	1414,60	1636,03	2347,28	946,70
Ambos	2005	2863,92	3922,47	1480,27	1944,54	2754,96	1144,84
	2010	2860,52	3919,48	1494,15	1932,40	2777,90	1134,70
	2011	2863,81	3935,41	1514,07	1928,79	2712,93	1240,57
	2012	2867,20	3937,76	1520,12	1923,90	2705,60	1240,21
	2016	2880,71	3937,05	1495,08	1907,77	2738,48	1115,34

2.2. Evolução da Prevalência de Doença Periodontal em Portugal e Grécia

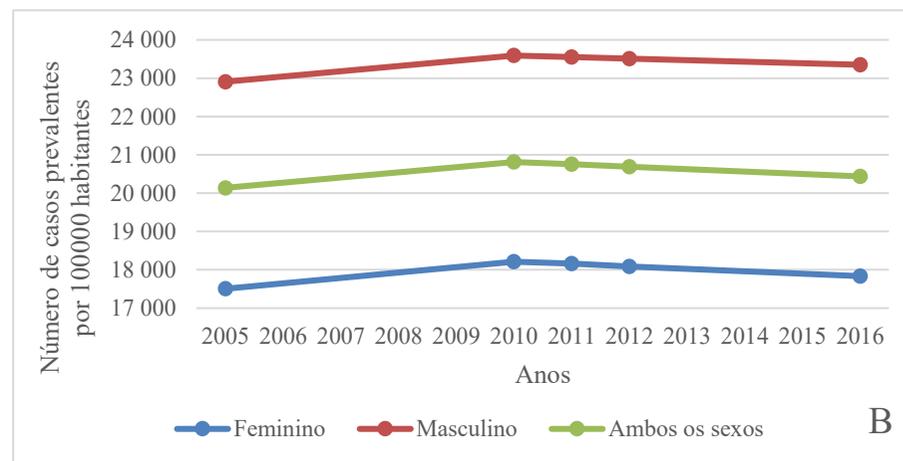
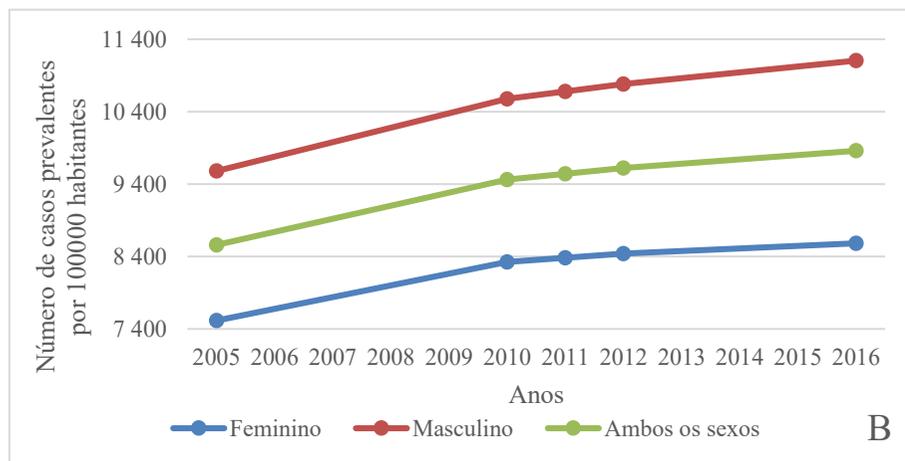
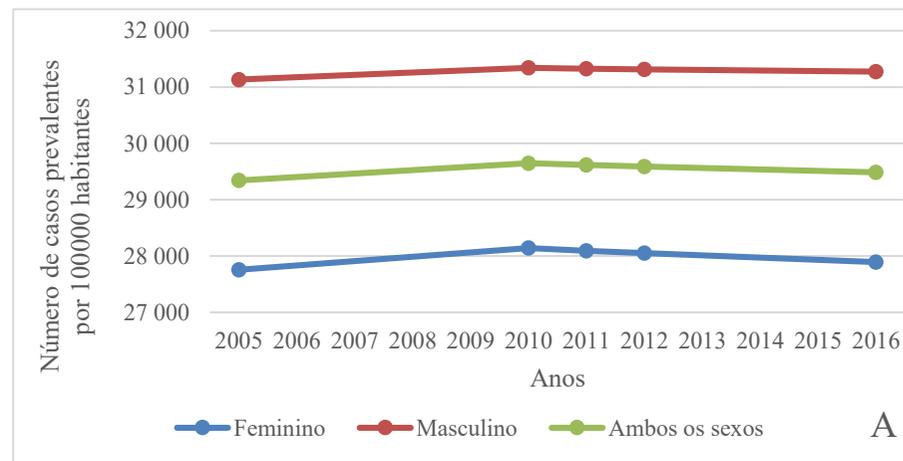
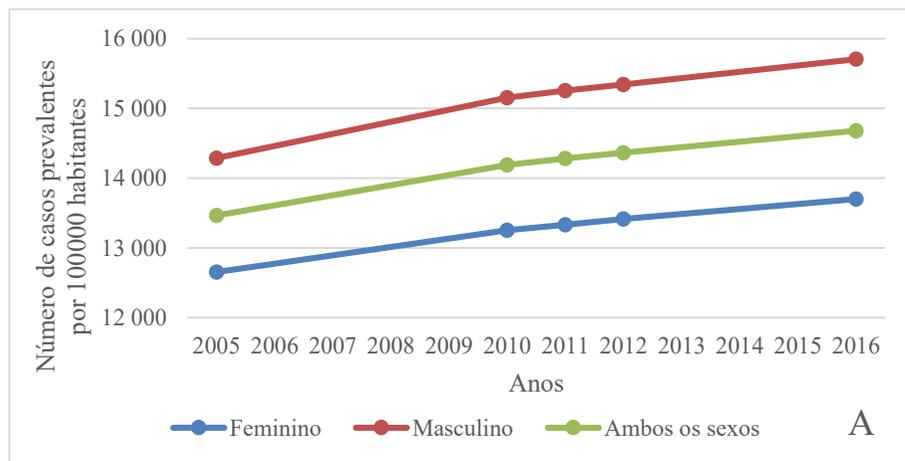


Figura 9 - Evolução da Prevalência de Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 10 - Evolução da Prevalência de Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da prevalência de doença periodontal em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género masculino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos foi observado em Portugal, um aumento da prevalência de doença periodontal desde o ano de 2005 até 2016, ano em que foi registado o maior número de casos prevalentes em ambos os géneros nesta faixa etária. Em 2016, foram observados no género masculino mais 1417,97 casos prevalentes em relação ao ano de 2005, mais 552,37 casos que 2010, mais 449,5 casos que 2011 e mais 362,68 casos prevalentes de doença periodontal que em 2012. No género feminino, tal como no masculino, o maior número de prevalência de doença periodontal observado nesta faixa etária foi em 2016. Foram registados no género feminino em 2016 mais 362,68 casos prevalentes em relação ao ano de 2012, mais 449,5 casos que 2011, mais 552,37 casos prevalentes que 2010 e mais 1046,61 casos prevalentes de doença periodontal que em 2005 (Tabela 9 e Figura 9A).

Na faixa dos 50-69 anos em Portugal, o maior número de casos prevalentes de doença periodontal observado foi em 2010 e o menor em 2005, em ambos os géneros. No género masculino, foram observados em 2016 mais 137,81 casos prevalentes em relação ao ano de 2005, menos 70,3 casos que 2010, menos 53,56 casos que 2011 e menos 39,74 casos prevalentes de doença periodontal em relação a 2012. No género feminino, registaram-se em 2016 mais 139,34 casos prevalentes de doença periodontal que 2005, porém, menos 246,2 casos que 2010, menos 199,26 casos que 2011 e menos 156,71 casos prevalentes de doença periodontal que em 2012 (Tabela 10 Figura 10A).

Tal como em Portugal, na Grécia, foi no género masculino onde se registou mais casos prevalentes devido a doença periodontal em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, registou-se em 2016 o número mais elevado de casos prevalentes em ambos os géneros nesta faixa etária. Em 2016 observou-se no género masculino mais 1524,58 casos prevalentes de doença periodontal que 2005, mais 528,41 casos que 2010, mais 427,55 casos que em 2011 e mais 323,99 casos prevalentes que 2012. No género feminino verificou-se na Grécia, mais 1066,11 casos prevalentes de doença periodontal por 100 mil habitantes no ano de 2016 quando comparado com o ano de 2005. Foi observado ainda que nos anos de 2010, 2011 e 2012, foram registados respetivamente mais 256,5, 198,54 e 141,34 casos prevalentes de doença periodontal por 100 mil habitantes que em 2016 (Tabela 9 e Figura 9B).

Na faixa dos 50-69 anos, foi registado em 2010, o maior número de prevalência de doença periodontal na Grécia em ambos os géneros. No ano de 2010, foram observados no género masculino, mais 682,05 casos prevalentes de doença periodontal que 2005. Já em 2016, o número desceu para 438,77 casos prevalentes quando comparado com 2005. Ainda no género masculino e relativamente aos anos 2010, 2011 e 2012, foram observados respetivamente, menos 243,28, 209,13 e 160,55 casos prevalentes de doença periodontal que em 2016. No género feminino, em 2010, foram observados mais 706,27 casos prevalentes de doença periodontal que 2005. Em 2016, foram registados no género feminino, menos 258,93 casos prevalentes de doença periodontal que 2012, menos 327,55 casos que 2011 e menos 379,65 casos prevalentes que em 2010 (Tabela 10 e Figura 10B).

Em ambos os países e faixas etárias o género masculino foi o mais afetado. No ano de 2010, foi registado na faixa dos 50-69 anos, o valor mais alto de doença periodontal, sendo Portugal o país com o valor mais alto registado. Na faixa dos 15-49 anos o maior número observado entre os dois países também foi no género masculino e em Portugal, mas em 2016 (Tabelas 9-10, Figuras 9-10).

Tabela 9- Número de casos prevalentes de Doença Periodontal por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	14288,07	21155,43	7858,55	9579,58	12219,31	7444,49
	2010	15153,67	21992,40	8691,86	10575,75	13473,08	8183,60
	2011	15256,54	22222,94	9430,15	10676,61	13543,70	8349,21
	2012	15343,36	22365,51	9490,82	10780,17	13680,20	8421,49
	2016	15706,04	23246,49	9528,99	11104,16	14131,39	8502,73
Feminino	2005	12654,16	19341,32	6816,82	7515,59	9529,92	5774,20
	2010	13253,87	20550,53	7269,79	8325,20	10544,35	6427,99
	2011	13334,22	20601,68	7900,41	8383,16	10610,35	6367,81
	2012	13415,10	20734,66	7954,75	8440,36	10690,05	6408,82
	2016	13700,77	21096,97	7502,93	8581,70	10899,65	6581,58
Ambos	2005	13465,39	20042,25	7287,74	8559,70	10887,80	6683,25
	2010	14192,17	21208,04	7957,61	9463,74	11976,98	7334,54
	2011	14281,86	21326,11	8715,21	9543,14	12093,42	7451,72
	2012	14363,90	21462,50	8779,39	9623,63	12199,98	7508,48
	2016	14680,63	22055,52	8406,22	9859,46	12540,68	7565,05

Tabela 10- Número de casos prevalentes de Doença Periodontal por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	31132,33	38603,63	22725,39	22907,87	28137,30	18025,38
	2010	31340,44	38466,44	22882,87	23589,92	28778,98	18408,53
	2011	31323,70	38517,17	23116,77	23555,77	28790,96	18933,79
	2012	31309,88	38528,48	23092,07	23507,19	28743,80	18904,73
	2016	31270,14	39130,93	22850,86	23346,64	28711,83	18102,85
Feminino	2005	27755,18	35321,82	19653,72	17504,55	21938,12	13596,22
	2010	28140,81	35853,38	19890,92	18210,82	22424,23	14195,17
	2011	28093,78	35684,90	19747,41	18158,72	22705,77	14474,11
	2012	28051,23	35615,16	19728,90	18090,10	22632,86	14392,68
	2016	27894,52	35219,21	20080,24	17831,17	22227,33	13856,84
Ambos	2005	29340,61	36600,79	21345,38	20138,47	24836,85	15875,78
	2010	29647,52	36977,84	21283,33	20812,45	25375,47	16308,26
	2011	29614,98	36819,77	21464,51	20760,38	25810,84	16607,35
	2012	29585,27	36785,88	21443,98	20690,11	25739,90	16523,95
	2016	29484,00	36966,19	21413,52	20439,01	25230,21	15971,22

2.3. Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal e Grécia

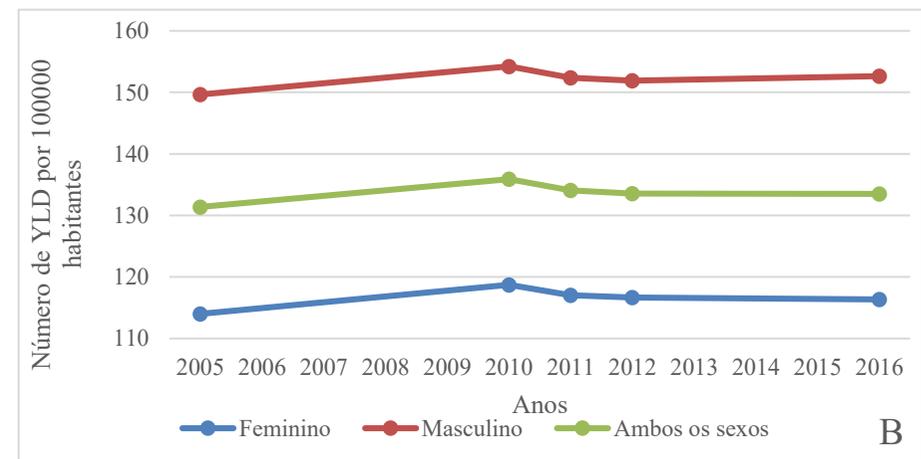
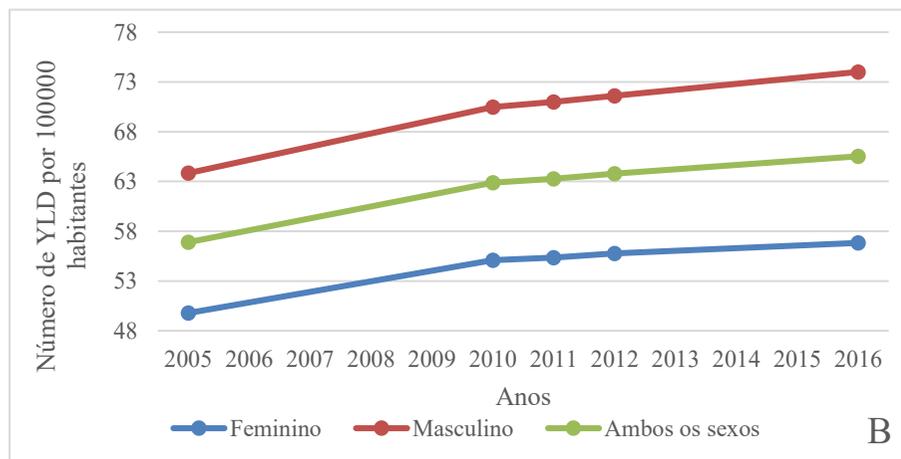
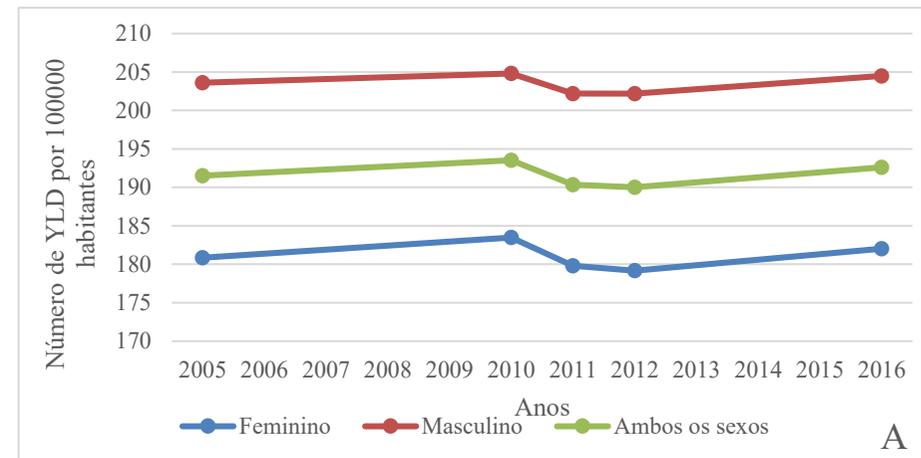
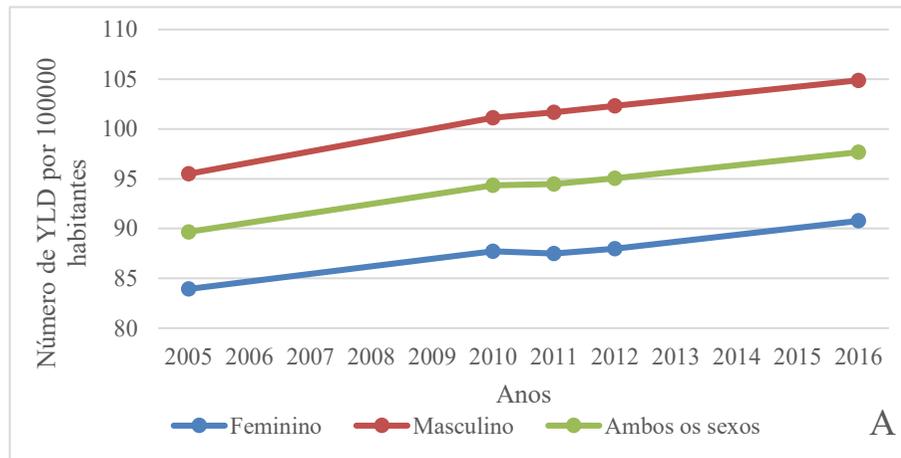


Figura 11 - Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 anos 49 anos entre 2005 e 2016

Figura 12 - Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 anos 69 anos entre 2005 e 2016

O número de anos vividos com incapacidade devido a doença Periodontal por 100 mil habitantes em Portugal foi superior no género masculino em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, em Portugal, o YLD devido a doença Periodontal registou em 2016 o valor mais alto e, em 2005 o valor mais baixo em ambos os géneros. Em 2016, no género masculino, observou-se que os homens Portugueses viveram mais 9,41 anos com incapacidade que 2005, mais 3,78 anos que 2010, mais 3,23 anos que 2011 e mais 2,56 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2010. No género feminino, registaram-se em 2016 mais 6,84 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2005, mais 3,05 anos vividos que 2010, mais 3,28 anos que 2011 e mais 2,79 anos vividos com incapacidade que 2012 (Tabela 11 e Figura 11A).

Na faixa dos 50-69 anos, o YLD atingiu o seu pico em 2010 em ambos os géneros e registou neste mesmo ano, no género masculino, o número mais alto de anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal em Portugal. Registaram-se em 2010, mais 1,21 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que em 2005 e mais 2,61 anos que 2011. No ano de 2012 foram observados no género masculino menos 2,60 anos vividos com incapacidade que 2010 e menos 2,27 YLD que 2016. No género feminino, tal como no masculino, em 2010, observou-se o número mais alto de YLD. Em 2010 registaram-se mais 2,62 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2005 e mais 3,67 YLD que 2011. No ano de 2016, foram observados no género feminino mais 2,87 anos vividos com incapacidade que 2012 e menos 1,44 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2010 (Tabela 12 e Figura 12A).

Na Grécia, tal como em Portugal, foi no género masculino onde se registou o maior número de anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal por 100 mil habitantes.

Na faixa dos 15-49 anos, o número de anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal na Grécia, atingiu o seu pico no ano de 2016 em ambos os géneros. No género masculino em 2016, foi constatado que os homens Gregos viveram mais 2,39 anos com incapacidade que em 2012, mais 3,01 anos vividos com incapacidade em relação ao ano de 2011, mais 3,52 anos em relação a 2010 e mais 10,16 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2005. No género feminino, tal como no masculino, foi observado que em 2016, o número de anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal foi superior aos dos anos de crise (2010, 2011 e 2012). Foram registados no género feminino, em 2016, mais 1,07, 1,49, 1,73 e 7,05 anos vividos com incapacidade

devido a doença periodontal em relação a 2012, 2011, 2010 e 2005 respetivamente (Tabela 11 e Figura 11B).

Na faixa dos 50-69 anos, no género masculino, na Grécia, registou-se em 2010 o número de YLD devido a doença periodontal mais alto e em 2005 o número de YLD mais baixo, em ambos os géneros. No género masculino, foram observados em 2010, mais 4,58 anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal que 2005 e mais 1,58 YLD em relação a 2016. Em 2016, os homens Gregos viveram mais 0,76 anos com incapacidade devido a doença periodontal que 2012 e mais 0,3 anos com incapacidade que 2011. No género feminino foi registado que em 2010 as mulheres Gregas viveram mais 4,73 anos com incapacidade devido a doença Periodontal que 2005. No ano de 2016, as mulheres viveram menos 0,32 anos com incapacidade em relação a 2012, menos 0,71 anos em relação a 2011 e menos 2,39 anos com incapacidade devido a doença periodontal em relação a 2010 (Tabela 12 e Figura 12B).

Em ambos os países e faixas etárias, o género masculino foi o mais afetado. Em 2010, em ambos os países, foi observado na faixa dos 50-69 anos, o valor mais alto de número de anos vividos com incapacidade devido a doença periodontal por 100 mil habitantes, sendo Portugal o país com o YLD mais alto registado. Na faixa dos 15-49 anos o maior número de YLD observado entre os dois países também foi no género masculino e em Portugal, mas no ano de 2016. (Tabela 11-12 e Figuras 11-12).

Tabela 11- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	95,49	222,58	32,90	63,84	136,74	24,27
	2010	101,12	235,62	35,61	70,48	149,48	26,70
	2011	101,67	205,86	36,66	70,99	143,09	27,86
	2012	102,34	209,20	37,04	71,61	145,24	28,31
	2016	104,90	239,70	37,81	74,00	161,25	28,47
Feminino	2005	83,93	194,87	28,05	49,78	108,46	19,18
	2010	87,72	198,32	29,68	55,10	119,36	20,96
	2011	87,49	173,77	31,36	55,34	110,97	21,94
	2012	87,98	177,59	31,28	55,76	111,67	21,81
	2016	90,77	204,64	31,28	56,83	119,63	21,37
Ambos	2005	89,67	204,68	30,69	56,89	122,25	21,92
	2010	94,34	215,40	32,61	62,88	134,58	23,94
	2011	94,48	188,56	34,43	63,26	126,96	24,94
	2012	95,04	191,86	34,75	63,78	128,41	25,08
	2016	97,68	221,48	34,60	65,53	140,69	25,03

Tabela 12- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Doença Periodontal em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	203,59	434,54	77,02	149,65	322,34	57,64
	2010	204,80	430,06	78,16	154,23	329,50	59,96
	2011	202,19	389,62	79,90	152,35	292,31	60,13
	2012	202,20	389,96	79,80	151,89	291,56	60,48
	2016	204,47	431,84	76,66	152,65	334,64	58,90
Feminino	2005	180,85	389,75	66,72	114,00	242,28	43,53
	2010	183,47	387,97	68,63	118,73	257,67	45,23
	2011	179,80	346,85	69,81	117,05	226,95	45,85
	2012	179,16	345,40	70,38	116,66	227,15	45,04
	2016	182,03	387,48	67,36	116,34	249,89	44,44
Ambos	2005	191,52	406,21	71,67	131,38	285,60	50,61
	2010	193,51	407,99	72,20	135,90	295,94	52,43
	2011	190,34	361,05	74,37	134,07	262,02	52,73
	2012	190,01	361,53	74,50	133,57	260,06	52,45
	2016	192,60	403,57	72,18	133,51	292,31	51,08

3. Edentulismo total e parcial

3.1. Evolução da Incidência de Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia

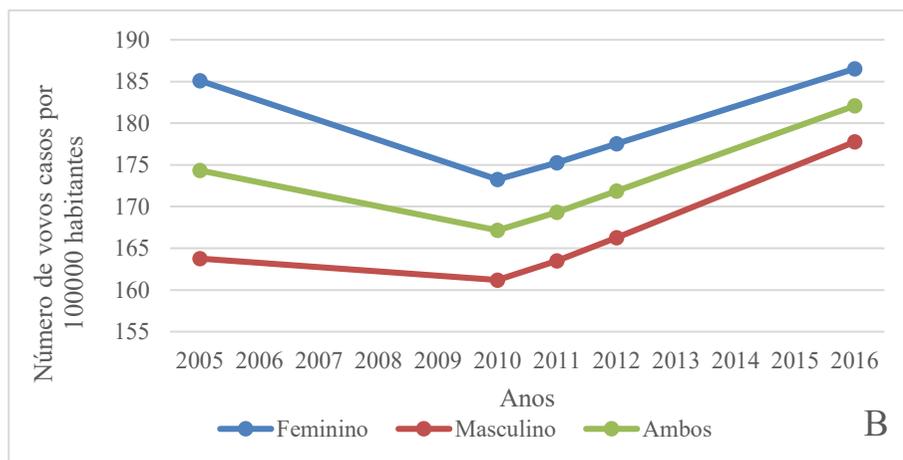
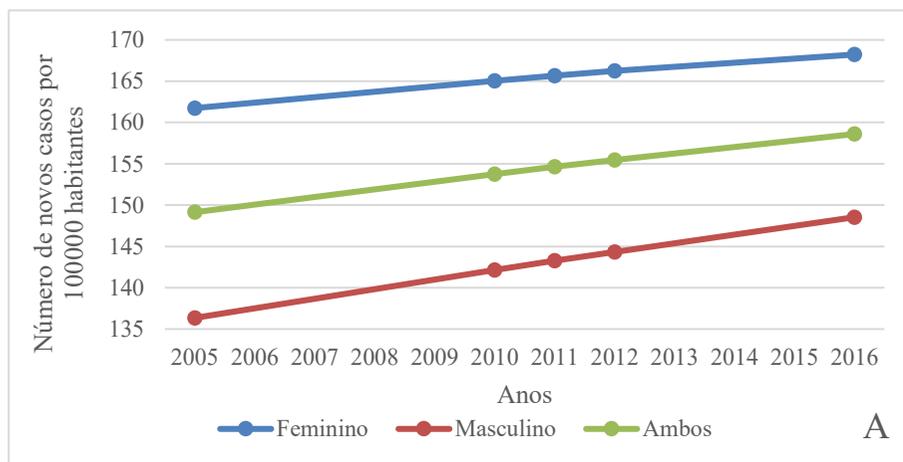


Figura 13 - Evolução da Incidência de Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

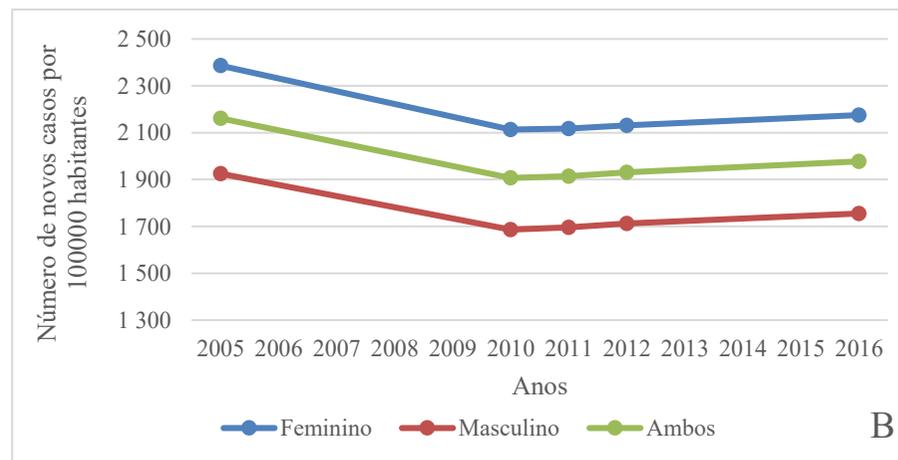
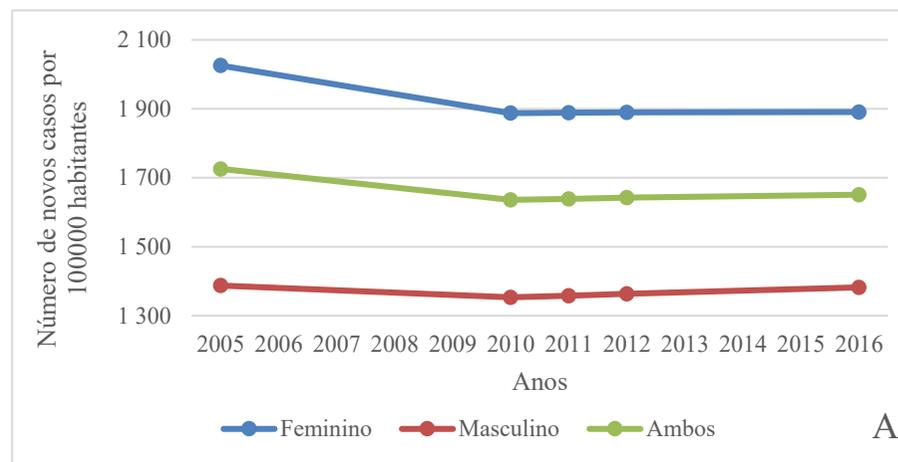


Figura 14 - Evolução da Incidência de Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da incidência de edentulismo total e parcial em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género feminino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, a incidência de edentulismo total e parcial em Portugal atingiu o seu pico no ano de 2016 e registou o valor mais baixo em 2005, em ambos os géneros. Em 2016 e no género masculino, registaram-se mais 12,18 novos casos que 2005, mais 6,37 novos casos que 2010, mais 5,25 novos casos que 2011 e mais 4,19 novos casos de edentulismo que 2012. No género feminino, registou-se em 2016, o número mais alto de novos casos de edentulismo total e parcial nesta faixa etária. Em 2016, foram observados mais 1,96 novos casos de edentulismo que 2012, mais 2,55 novos casos que 2011, mais 3,17 novos casos que 2010 e mais 6,47 novos casos de edentulismo total e parcial que 2005 (Tabela 13 e Figura 13A).

Na faixa dos 50-69 anos, a incidência de edentulismo total e parcial em Portugal atingiu o seu pico em 2005 e registou o valor mais baixo no ano de 2010 em ambos os géneros. Em 2010, no género masculino, foram observados menos 34,02 novos casos e, no género feminino, menos 138,07 novos casos, que 2005. Relativamente a 2016, foram observados no género masculino, mais 18,2 novos casos de edentulismo que 2012, mais 23,92 novos casos que 2011, mais 28,61 novos casos que 2010 e menos 5,41 novos casos de edentulismo total e parcial que 2005. No género feminino, em 2016, foram observados mais 1,02 novos casos de edentulismo total e parcial que 2012, mais 2,33 novos casos que 2011, mais 3,4 novos casos que 2010 e menos 134,67 novos casos que 2005 (Tabela 14 e Figura 14A).

Tal como em Portugal, na Grécia, foi no género feminino onde se observou um maior número de incidência de edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos na Grécia, a incidência de edentulismo total e parcial atingiu o seu pico em 2016 e registou o valor mais baixo no ano de 2005, em ambos géneros. No género masculino, foram registados em 2016, mais 11,47 novos casos de edentulismo que 2012, mais 14,26 novos casos que 2011, mais 16,56 novos casos que 2010 e mais 13,98 novos casos que 2005. No género feminino, foram observados em 2016, mais 8,98 novos casos de edentulismo total e parcial que 2012, mais 11,26 novos casos que 2011, mais 13,27 novos casos que 2010 e mais 1,42 novos casos que 2005 (Tabela 13 e Figura 13B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia, a incidência de edentulismo total e parcial atingiu o seu pico no ano de 2005 e, registou o valor mais baixo no ano de 2010 em ambos os géneros. No género masculino foram registados em 2010 menos 238,76 novos casos que 2005 e, em 2016, foram observados mais 42,63 novos casos que 2012, mais 59,33 novos casos que 2011, mais 69,37 novos casos que 2010 e menos 169,39 novos casos de edentulismo total e parcial que 2005. No género feminino, observaram-se em 2010, menos 272,66 novos casos de edentulismo em relação ao ano de 2005 e, no ano 2016, foram observados mais 43,39 novos casos que 2012, mais 57,68 novos casos que 2011, mais 61,75 novos casos que 2010 e menos 210,91 novos casos de edentulismo total e parcial que 2005 (Tabela 14 e Figura 14B).

Em ambos os países e faixas etárias, foi no género feminino onde se registou uma maior incidência de edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes. No ano de 2010, foi onde se registaram os valores mais baixos de novos casos na Grécia, em ambas as faixas etárias e, em Portugal na faixa dos 50-69 anos, também em ambos os géneros. Em 2016, foi observado o número mais alto de novos casos de edentulismo total e parcial na faixa dos 15-49 anos, em ambos os países, enquanto que, na faixa dos 50-69 anos, o valor mais alto registado em ambos países e géneros foi em 2005 (Tabela 13-14 e Figuras 13-14).

Tabela 13- Incidência de Edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	136,35	168,82	108,27	163,78	202,34	130,24
	2010	142,16	174,86	112,02	161,20	202,37	127,83
	2011	143,28	174,97	110,60	163,50	205,21	125,81
	2012	144,34	176,58	111,34	166,29	208,64	127,88
	2016	148,53	185,79	115,67	177,76	221,88	136,65
Feminino	2005	161,75	198,48	129,64	185,11	229,39	148,63
	2010	165,05	203,74	131,57	173,26	214,80	138,61
	2011	165,67	202,66	128,82	175,27	218,93	138,76
	2012	166,26	203,80	129,19	177,55	221,89	140,50
	2016	168,22	211,00	132,67	186,53	233,78	146,67
Ambos	2005	149,14	182,77	119,21	174,32	214,99	138,92
	2010	153,75	189,88	122,49	167,16	207,79	133,51
	2011	154,63	189,69	120,75	169,32	212,75	134,37
	2012	155,48	191,31	121,30	171,86	216,07	136,37
	2016	158,60	198,15	124,54	182,09	225,68	142,33

Tabela 14- Incidência de Edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	1387,32	1703,53	1090,48	1925,10	2365,75	1509,77
	2010	1353,30	1667,59	1061,43	1686,34	2050,68	1350,67
	2011	1357,99	1655,94	1092,11	1696,38	2097,06	1390,70
	2012	1363,71	1665,94	1097,09	1713,08	2127,07	1404,79
	2016	1381,91	1707,72	1081,36	1755,71	2196,38	1357,77
Feminino	2005	2025,52	2486,59	1596,05	2386,29	2903,50	1880,35
	2010	1887,45	2346,92	1472,31	2113,63	2576,47	1684,94
	2011	1888,52	2346,85	1513,46	2117,70	2595,94	1738,56
	2012	1889,83	2355,58	1514,06	2131,99	2621,10	1749,08
	2016	1890,85	2370,70	1476,23	2175,38	2691,91	1703,62
Ambos	2005	1725,91	2109,30	1367,93	2161,47	2627,08	1715,57
	2010	1635,92	2036,78	1276,06	1906,97	2318,27	1533,67
	2011	1638,66	2023,25	1312,70	1914,60	2330,43	1572,19
	2012	1642,16	2035,01	1315,19	1930,93	2359,29	1584,20
	2016	1651,20	2043,17	1289,50	1976,95	2443,54	1546,67

3.2. Evolução da Prevalência de Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia

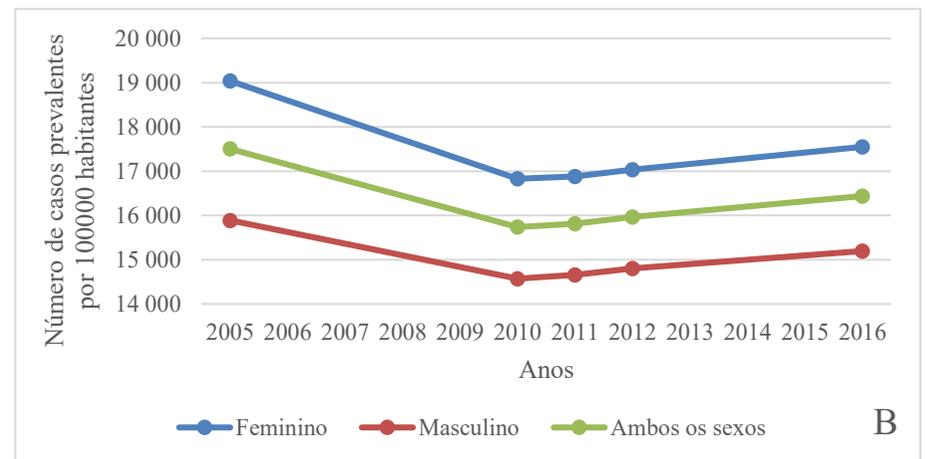
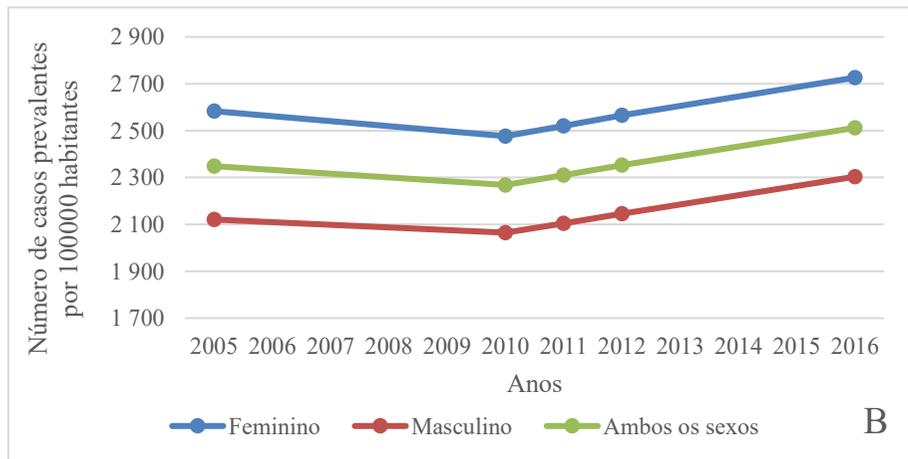
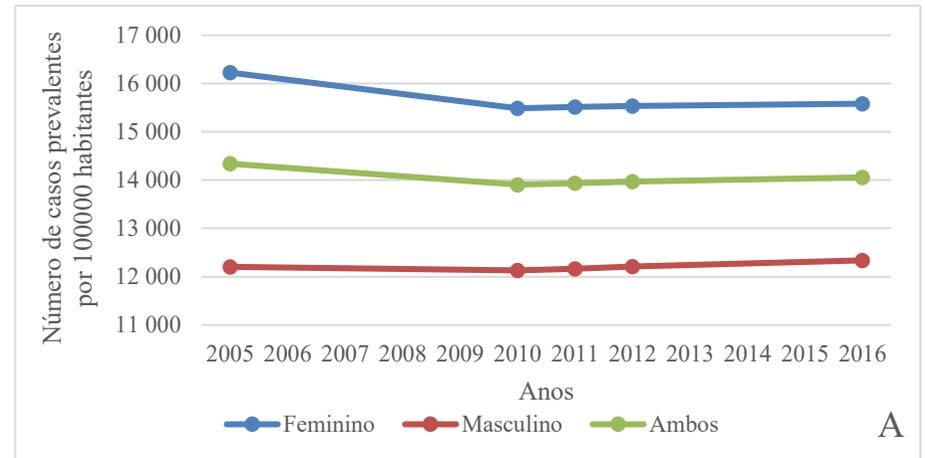
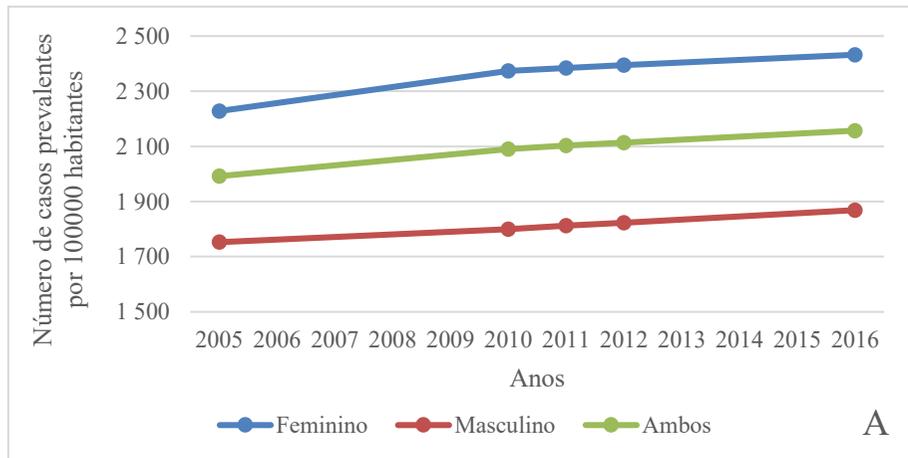


Figura 15 - Evolução da Prevalência de Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 16 - Evolução da Prevalência de Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da prevalência de edentulismo total e parcial em Portugal, foi superior no género feminino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, a prevalência de edentulismo total e parcial em Portugal atingiu o seu pico em 2016 e, registou o valor mais baixo no ano de 2005, em ambos os géneros. Em 2016 e no género masculino, registaram-se mais 45,5 casos prevalentes de edentulismo total e parcial que 2012, mais 56,2 casos prevalentes que 2011, mais 68,71 casos prevalentes que 2010 e mais 116,31 casos prevalentes que 2005. No género feminino, a prevalência de edentulismo total e parcial atingiu o seu pico no ano de 2016 e, registou o valor mais baixo em 2005. Em 2016, foram observados mais 37,43 casos prevalentes que 2012, mais 47,74 casos prevalentes que 2011, mais 58,84 casos prevalentes que 2010 e mais 204,5 casos prevalentes que 2005 (Tabela 15 e Figura 15A).

Na faixa dos 50-69 anos, no género feminino, a prevalência de edentulismo total e parcial em Portugal atingiu o seu pico em 2005 e, registou o valor mais baixo em 2010, onde foram observados neste mesmo ano, menos 739,81 casos prevalentes que 2005. Em 2016, no género feminino, foram registados mais 50,18 casos prevalentes de edentulismo total e parcial que 2012, mais 70,15 casos prevalentes que 2011, mais 95,2 casos prevalentes que 2010 e menos 644,61 casos prevalentes que 2005. No género masculino, o número mais alto de casos prevalentes de edentulismo total e parcial observado foi em 2016 e, o menor valor registado em 2010. Em 2016, foram observados no género masculino, mais 127,95 casos prevalentes que 2012, mais 170,7 casos prevalentes que 2011, mais 207,9 casos prevalentes que 2010 e mais 130,9 casos prevalentes de edentulismo total e parcial que 2005 (Tabela 16 e Figura 16A).

Tal como em Portugal, na Grécia, foi no género feminino que se registou o maior número de casos prevalentes de edentulismo total e parcial, em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, a prevalência de edentulismo total e parcial na Grécia atingiu o seu pico em 2016 e, registou o valor mais baixo no ano de 2010, em ambos os géneros. No género masculino, verificou-se em 2016, mais 157,98 casos prevalentes que 2012, mais 199,51 casos prevalentes que 2011, mais 238,77 casos prevalentes que 2010 e mais 183,05 casos prevalentes que 2005. No género feminino, em 2016, foram registados mais 160,91 casos prevalentes de edentulismo que 2012, mais 205,6 casos prevalentes que 2011, mais 249,54 casos prevalentes que 2010 e mais 142,89 casos prevalentes de edentulismo total e parcial que 2005 (Tabela 15 e Figura 15B).

Na faixa dos 50-69 anos, a prevalência de edentulismo total e parcial na Grécia registou o número de casos prevalentes mais baixo em 2010 e o mais alto em 2005, em ambos os géneros. No género masculino, foram registados em 2010 menos 1317,35 casos prevalentes que 2005. Em 2016, no género masculino, foram observados mais 391,06 casos prevalentes que 2012, mais 537,25 casos prevalentes que 2011, mais 622,69 casos prevalentes que 2010 e menos 694,66 casos prevalentes que 2005. No género feminino, em 2010, foram registados menos 2210,42 casos prevalentes de edentulismo total e parcial na Grécia que 2005. Em 2016, no género feminino, foram observados mais 516,11 casos prevalentes que 2012, mais 669,42 casos prevalentes que 2011, mais 722,4 casos prevalentes que 2010 e menos 1488,02 casos prevalentes de edentulismo total e parcial que 2005 (Tabela 16 e Figura 16B).

Em ambos os países e faixas etárias, foi no género feminino que se verificou o número mais alto de prevalência de edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes. No ano de 2010, observou-se menos casos prevalentes relativamente aos outros anos estudados, nas duas faixas etárias na Grécia e, na faixa dos 50-69 anos em Portugal, em ambos os géneros. Em 2016, registou-se a prevalência mais alta de edentulismo total e parcial na faixa dos 15-49 anos, em ambos os países e faixas etárias e, também no género masculino em Portugal, na faixa dos 50-69 anos (Tabela 15-16, Figuras 15-16).

Tabela 15- Número de casos prevalentes de Edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	1752,57	2059,37	1450,29	2120,35	2492,01	1771,34
	2010	1800,17	2105,88	1484,59	2064,63	2401,88	1705,93
	2011	1812,68	2118,87	1523,77	2103,89	2462,40	1776,10
	2012	1823,38	2131,76	1534,10	2145,42	2511,30	1811,84
	2016	1868,88	2198,53	1553,66	2303,40	2706,65	1911,06
Feminino	2005	2227,86	2649,39	1857,11	2583,37	3067,61	2142,65
	2010	2373,52	2816,39	1976,87	2476,72	2939,18	2062,08
	2011	2384,62	2787,88	1993,80	2520,66	2945,64	2118,49
	2012	2394,93	2799,54	2004,15	2565,35	2999,83	2150,86
	2016	2432,36	2872,92	2024,89	2726,26	3205,39	2246,77
Ambos	2005	1991,88	2351,75	1666,25	2349,14	2768,62	1954,80
	2010	2090,35	2455,60	1734,98	2268,24	2656,67	1894,73
	2011	2102,68	2434,94	1760,36	2309,87	2669,06	1950,05
	2012	2113,70	2447,75	1771,12	2352,99	2719,57	1984,68
	2016	2157,02	2537,82	1801,12	2512,06	2954,07	2076,83

Tabela 16- Número de casos prevalentes de Edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de casos prevalentes 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	12206,93	14178,89	10456,38	15889,89	18625,34	13542,89
	2010	12129,93	14237,90	10164,78	14572,54	17102,45	12322,98
	2011	12167,13	14298,36	10341,12	14657,98	16864,78	12513,32
	2012	12209,88	14344,98	10375,79	14804,17	17046,16	12638,56
	2016	12337,83	14429,93	10319,65	15195,23	17737,35	12859,73
Feminino	2005	16226,72	18797,63	13879,01	19040,13	22165,80	16255,48
	2010	15486,91	18078,17	12943,98	16829,71	19760,20	14336,42
	2011	15511,96	18376,13	13055,93	16882,69	19929,50	14484,43
	2012	15531,93	18401,95	13074,19	17036,00	20100,03	14611,33
	2016	15582,11	18126,75	13128,60	17552,11	20359,94	14843,05
Ambos	2005	14339,59	16578,46	12296,38	17504,50	20382,58	15017,67
	2010	13906,10	16237,96	11677,93	15738,02	18380,37	13356,33
	2011	13936,65	16278,10	11795,34	15810,26	18316,73	13524,13
	2012	13968,04	16310,27	11821,76	15964,80	18480,87	13651,12
	2016	14054,47	16374,84	11808,94	16437,73	19097,46	13830,21

3.3. Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo Total e Parcial em Portugal e Grécia

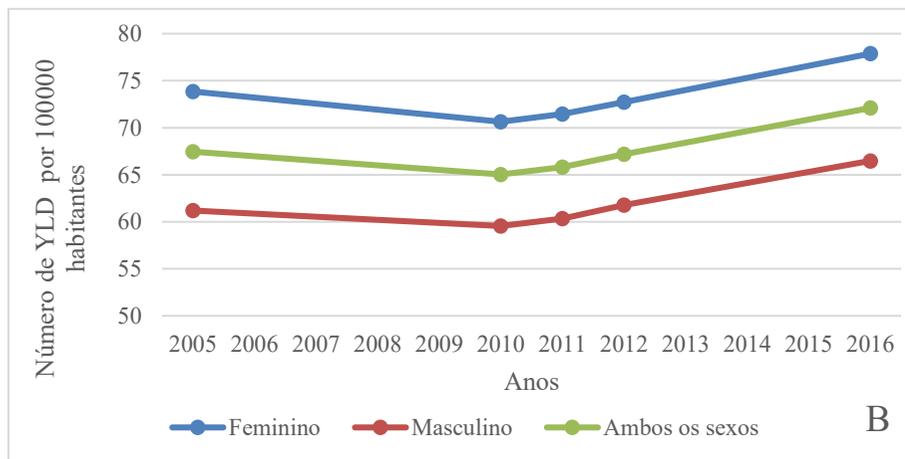
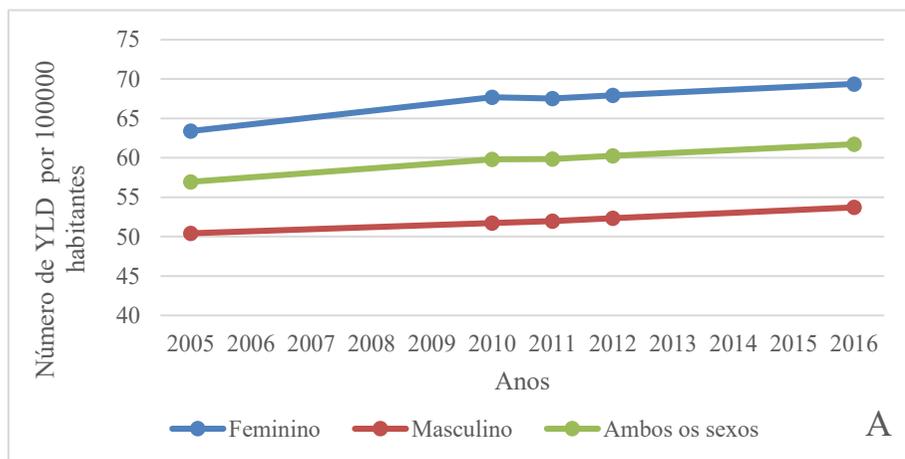


Figura 17 - Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

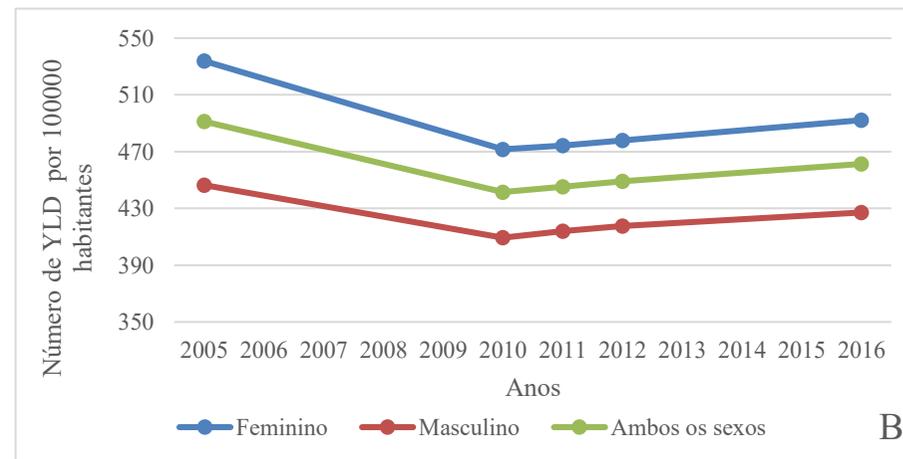
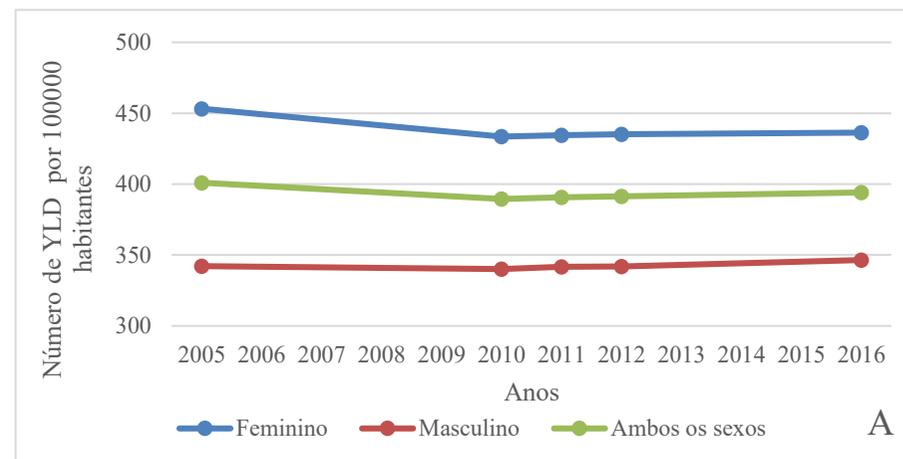


Figura 18- Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo total e parcial em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

O número de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes em Portugal foi superior no género feminino, em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, em Portugal, o YLD devido a edentulismo total e parcial registou em 2016, o valor mais alto e, em 2005 o valor mais baixo, em ambos os géneros. Em 2016, no género feminino, observou-se que as mulheres Portuguesas viveram mais 5,98 anos com incapacidade em relação a 2005, mais 1,7 anos em relação a 2010, mais 1,85 em relação a 2011 e mais 1,43 anos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial em relação a 2012. No género masculino em Portugal, registaram-se em 2016 mais 3,29 anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial que 2012, mais 1,99 anos que 2011, mais 1,73 anos que 2010 e mais 1,39 anos vividos com incapacidade que 2005 (Tabela 17 Figura 17A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, observou-se que no género masculino, o número de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial atingiu o seu pico em 2016 e registou o valor mais baixo em 2010. Em 2016, foi observado que os homens Portugueses viveram mais 4,4 anos com incapacidade em relação a 2005, mais 6,38 anos em relação a 2010, mais 4,75 anos em relação a 2011 e mais 4,44 anos vividos com incapacidade em relação a 2012. No género feminino, foi em 2005 onde se observou o número mais alto de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial e, 2010, o ano que registou o número mais baixo no intervalo estudado. Em 2010, foram registados menos 19,68 anos vividos com incapacidade que 2005. Em 2016, no género feminino, foram observados menos 16,83 anos vividos com incapacidade em relação a 2005, mais 2,85 anos vividos com incapacidade que 2010, mais 1,92 anos que 2011 e mais 1,19 anos vividos com incapacidade em relação a 2012 (Tabela 18 e Figura 18A).

Na Grécia, tal como em Portugal, foi no género feminino onde se observou o número mais alto de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial por 100 mil habitantes.

Na faixa dos 15-49 anos, o número de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial na Grécia atingiu o seu pico no ano de 2016 e, o número mais baixo em 2010, em ambos os géneros. No ano de 2016, foi constatado que os homens Gregos viveram mais 4,72 anos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial que 2012, mais 6,15 anos vividos com incapacidade em relação ao ano de 2011, mais 6,93 anos em relação a 2010 e mais 5,27 anos vividos com incapacidade devido a edentulismo

total e parcial que 2005. No género feminino, foram observados em 2016, mais 4,02 anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial que 2005, mais 7,24 anos vividos com incapacidade que 2010, mais 6,43 anos que 2011 e mais 5,14 anos vividos com incapacidade que 2012 (Tabela 17 e Figura 17B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia e no género masculino, registou-se em 2005, o número de YLD mais alto e, em 2010 o número mais baixo de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial. No género masculino, foram observados em 2010, menos 37,09 anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial que 2005. Em 2016, os homens Gregos viveram mais 9,43 anos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial que 2012, mais 13,17 anos com incapacidade que 2011, mais 17,76 anos que 2010 e menos 19,33 anos vividos com incapacidade que 2005. No género feminino, foi observado que em 2010, as mulheres Gregas viveram menos 62,23 anos com incapacidade devido edentulismo total e parcial que 2005. No ano de 2016, as mulheres viveram mais 14,36 anos com incapacidade em relação a 2012, mais 18,08 anos com incapacidade em relação a 2011, mais 20,62 anos vividos com incapacidade que 2010 e menos 41,61 anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial em relação a 2005 (Tabela 18 e Figura 18B).

Em ambos os países na faixa etária dos 50-69 anos e, na Grécia na faixa dos 15-49 anos, foi no ano de 2010, onde se observou o menor número de anos vividos com incapacidade devido a edentulismo total e parcial. Na faixa dos 15-49 anos em ambos géneros e países e, no género masculino em Portugal na faixa dos 50-69 anos, 2016 foi o ano mais afetado (Tabela 17-18 e Figuras 17-18).

Tabela 17- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo total e parcial em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	50,42	73,70	31,90	61,21	90,63	38,73
	2010	51,72	75,14	32,38	59,55	87,14	37,86
	2011	51,98	73,79	33,50	60,33	83,18	41,12
	2012	52,32	71,95	36,19	61,76	86,56	42,49
	2016	53,71	80,18	33,34	66,48	97,19	41,70
Feminino	2005	63,40	93,59	40,02	73,86	109,04	47,28
	2010	67,68	100,32	43,02	70,64	104,01	44,87
	2011	67,53	93,32	48,49	71,45	97,66	50,58
	2012	67,95	93,67	48,13	72,74	99,57	50,62
	2016	69,38	101,69	43,32	77,88	114,00	49,35
Ambos	2005	56,96	82,66	36,25	67,46	99,80	42,61
	2010	59,80	88,05	37,60	65,03	95,59	41,49
	2011	59,87	81,88	41,16	65,83	89,91	46,37
	2012	60,26	82,50	42,26	67,19	92,26	47,05
	2016	61,73	91,32	38,61	72,10	104,93	45,77

Tabela 18- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Edentulismo total e parcial em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	342,06	497,42	216,92	446,45	646,93	283,49
	2010	340,08	498,04	217,41	409,36	599,74	265,16
	2011	341,71	514,73	224,85	413,95	609,62	268,92
	2012	342,02	518,01	224,71	417,69	621,19	272,03
	2016	346,46	502,80	222,47	427,12	626,38	278,38
Feminino	2005	453,19	653,03	290,82	533,91	773,97	342,84
	2010	433,51	640,17	280,43	471,68	685,98	308,03
	2011	434,44	643,14	276,26	474,22	709,18	307,08
	2012	435,17	640,66	285,69	477,94	716,20	310,63
	2016	436,36	638,84	277,74	492,30	714,42	318,73
Ambos	2005	401,02	582,04	257,38	491,27	712,95	318,73
	2010	389,51	572,39	251,89	441,54	645,01	287,94
	2011	390,77	579,36	251,75	445,17	662,23	290,93
	2012	391,32	584,13	255,69	449,02	670,33	293,71
	2016	394,03	575,76	250,18	461,48	672,25	299,49

4. Cancro Oral

4.1. Evolução da Incidência de Cancro Oral em Portugal e Grécia

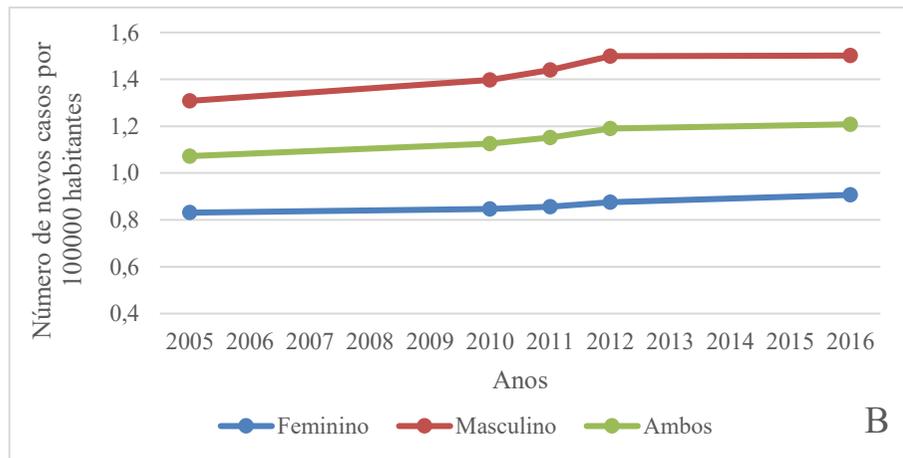
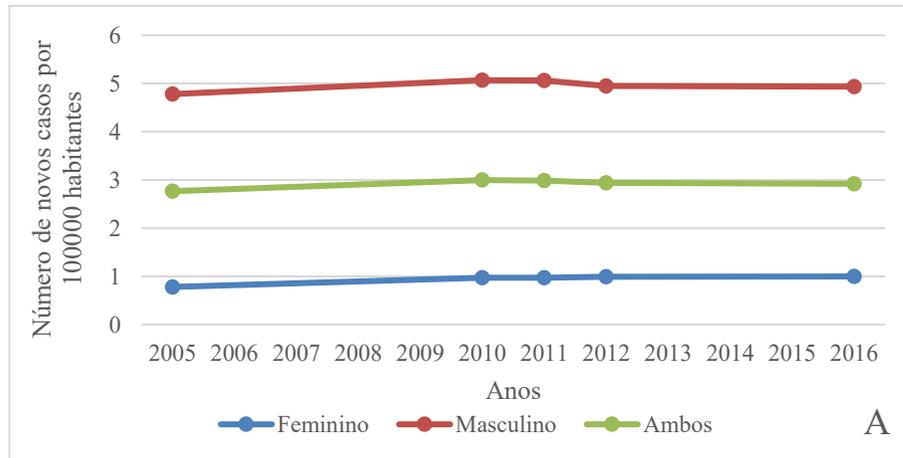


Figura 19 - Evolução da Incidência de Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

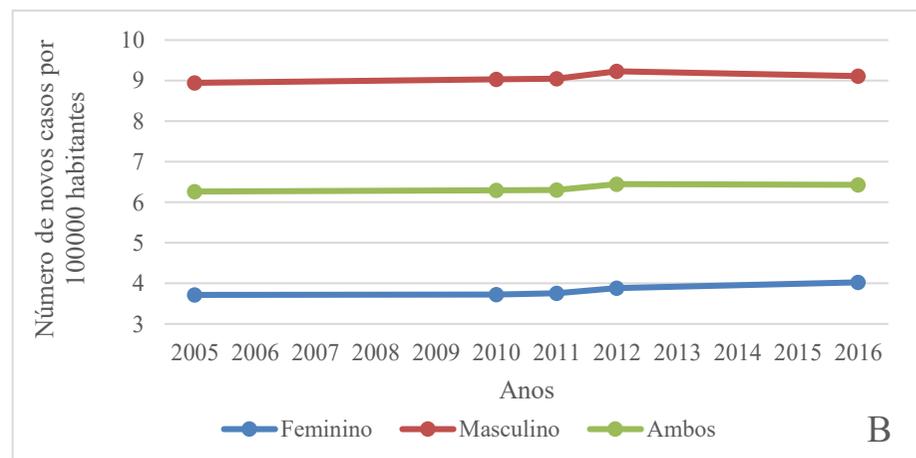
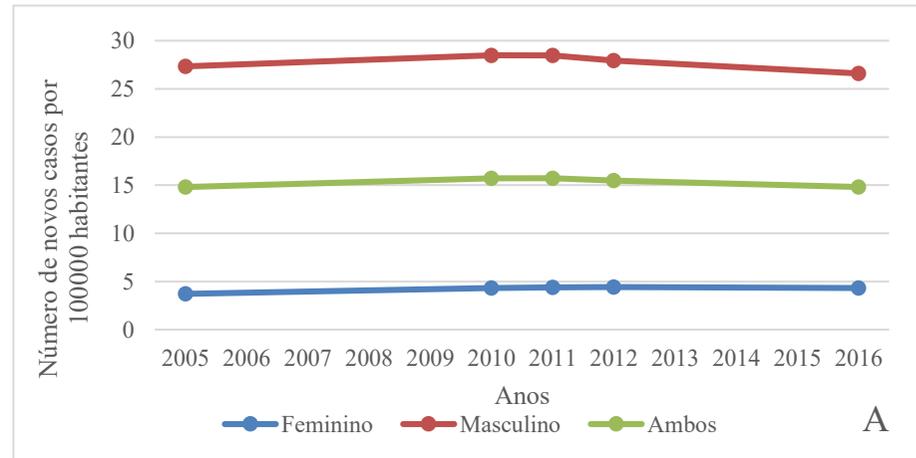


Figura 20 - Evolução da Incidência de Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da incidência de cancro oral em Portugal por 100 mil habitantes foi superior no género masculino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, a incidência de cancro oral em Portugal registou o número mais baixo em 2005, em ambos os géneros. No género masculino, o número de novos casos de cancro oral atingiu o seu pico em 2010, onde foram observados mais 0,29 novos casos que 2005. Relativamente a 2016, foram observados menos 0,01 novos casos que 2012, menos 0,12 novos casos que 2011, menos 0,13 novos casos que 2010 e mais 0,16 novos casos de cancro oral que 2005. No género feminino, o número de novos casos mais alto registado foi em 2016, onde foram observados mais 0,01 novos casos que 2012, mais 0,02 novos casos que 2011 e 2010 e mais 0,22 novos casos que 2005 (Tabela 19 e Figura 19A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, o número de novos casos de cancro oral atingiu o seu pico no género masculino em 2010 e, no género feminino em 2012. No género masculino, o número de incidência mais baixo registado foi em 2016, onde foram observados menos 1,32 novos casos de cancro oral que 2012, menos 1,86 novos casos que 2011, menos 1,88 novos casos que 2010 e menos 0,73 novos casos que 2005. No género feminino, o número de incidência mais baixo registado foi em 2005, onde foram observados menos 0,71 novos casos que 2012. No ano de 2016, no género feminino, foram observados menos 0,1 novos casos de cancro oral que 2012, menos 0,05 novos casos que 2011, menos 0,01 novos casos que 2010 e mais 0,61 novos casos de cancro oral que 2005 (Tabela 20 e Figura 20A).

Tal como em Portugal, na Grécia, foi no género masculino que se observou o maior número de incidência de cancro oral, em ambas as faixas etárias estudadas.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, o número de novos casos de cancro oral atingiu o seu pico nos anos de 2012 e 2016 no género masculino e, em 2016 no género feminino. Registou-se o valor mais baixo em 2005 em ambos os géneros. Foram observados em 2016 e 2012, no género masculino, menos 0,06 novos casos de cancro oral que 2011, menos 0,1 novos casos que 2010 e menos 0,19 novos casos que 2005. No género feminino, foram observados em 2016, menos 0,04 novos casos de cancro oral que 2012, menos 0,05 novos casos que 2011, menos 0,06 novos casos que 2010 e menos 0,08 novos casos que 2005 (Tabela 19 e Figura 19B).

Na faixa dos 50-69 anos, o número mais baixo de incidência de cancro oral na Grécia foi registado em 2005 no género masculino e, em 2005 e 2010 no género feminino. No género

masculino, o número de novos casos de cancro oral atingiu o seu pico em 2012, onde foram observados mais 0,28 novos casos que 2005. Em 2016, no género masculino, foram registados menos 0,12 novos casos de cancro oral que 2012, mais 0,06 novos casos que 2011, mais 0,08 novos casos que 2010 e mais 0,16 novos casos que 2005. No género feminino, o número de incidência de cancro oral mais alto registado foi em 2016, onde foram observados mais 0,15 novos casos que 2012, mais 0,28 novos casos que 2011 e mais 0,31 novos casos que em 2010 e 2005 (Tabela 20 e Figura 20A).

Em ambos os países, foi no género masculino, onde se observou o maior número de novos casos de cancro oral por 100 mil habitantes. Na faixa dos 15-49 anos, o ano de 2005 foi o menos afetado com o aparecimento de novos casos de cancro oral, em ambos os países e faixas etárias. O mesmo foi observado na faixa dos 50-69 anos na Grécia, em ambos os géneros e, no género feminino na faixa dos 50-69 anos, em Portugal. Foram observados valores mais altos de incidência em Portugal do que na Grécia, no intervalo e faixas etárias estudadas (Tabela 19-20 e Figuras 19-20).

Tabela 19- Incidência de Cancro Oral por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	4,78	5,93	3,87	1,31	1,71	1,00
	2010	5,07	6,35	4,03	1,40	1,85	1,07
	2011	5,06	6,57	3,94	1,44	1,92	1,15
	2012	4,95	6,33	3,90	1,50	1,99	1,21
	2016	4,94	6,30	3,84	1,50	1,98	1,14
Feminino	2005	0,78	0,93	0,64	0,83	1,00	0,68
	2010	0,97	1,17	0,80	0,85	1,02	0,70
	2011	0,97	1,16	0,81	0,86	0,99	0,72
	2012	0,99	1,15	0,85	0,87	1,02	0,73
	2016	1,00	1,21	0,81	0,91	1,10	0,74
Ambos	2005	2,77	3,36	2,29	1,07	1,30	0,90
	2010	3,00	3,64	2,47	1,12	1,35	0,95
	2011	2,99	3,76	2,44	1,15	1,39	0,97
	2012	2,94	3,64	2,41	1,19	1,43	1,01
	2016	2,92	3,61	2,38	1,21	1,46	1,01

Tabela 20- Incidência de Cancro Oral por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor de novos casos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	27,33	31,98	23,49	8,95	11,03	7,40
	2010	28,48	33,32	23,96	9,03	11,02	7,41
	2011	28,46	33,26	24,24	9,05	10,90	7,50
	2012	27,92	32,65	23,76	9,23	11,26	7,66
	2016	26,60	32,60	21,63	9,11	11,29	7,40
Feminino	2005	3,71	4,37	3,15	3,72	4,36	3,15
	2010	4,33	5,05	3,69	3,72	4,36	3,13
	2011	4,37	5,09	3,78	3,75	4,38	3,13
	2012	4,42	5,10	3,75	3,88	4,49	3,23
	2016	4,32	5,07	3,68	4,03	4,74	3,38
Ambos	2005	14,80	16,86	12,99	6,26	7,37	5,46
	2010	15,70	17,95	13,59	6,29	7,32	5,47
	2011	15,72	17,82	13,82	6,31	7,28	5,49
	2012	15,48	17,63	13,67	6,45	7,44	5,64
	2016	14,81	17,63	12,57	6,43	7,49	5,51

4.2. Evolução da Prevalência de Cancro Oral em Portugal e Grécia

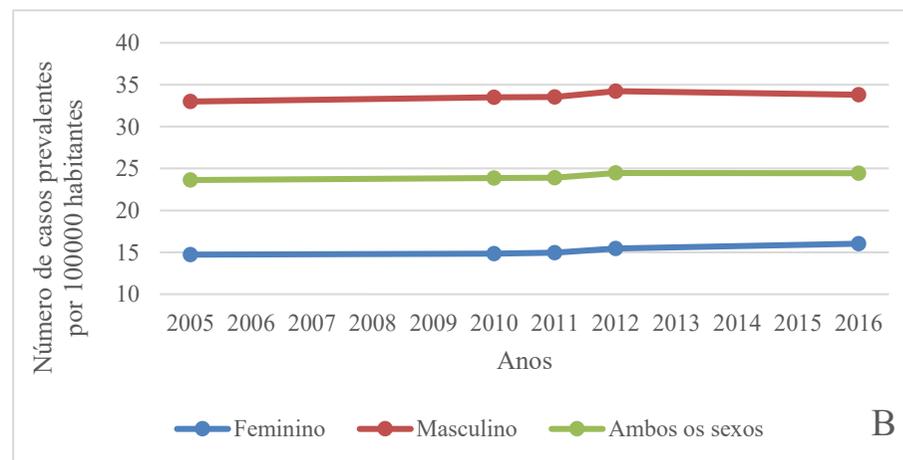
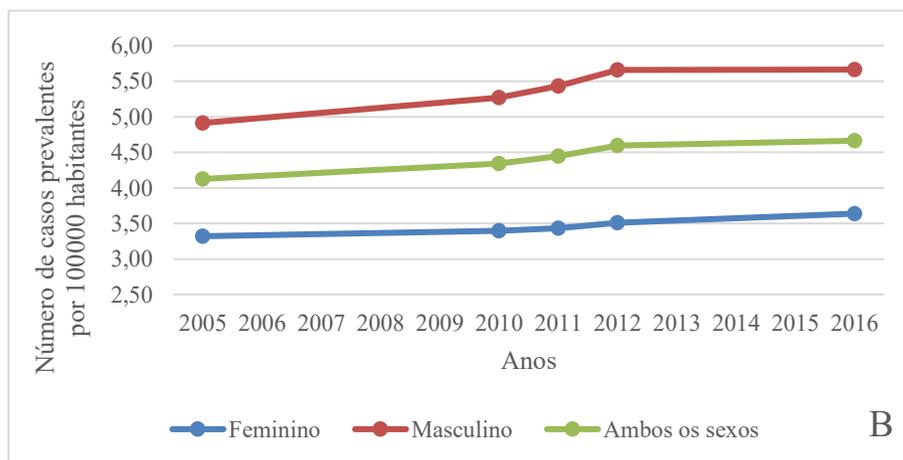
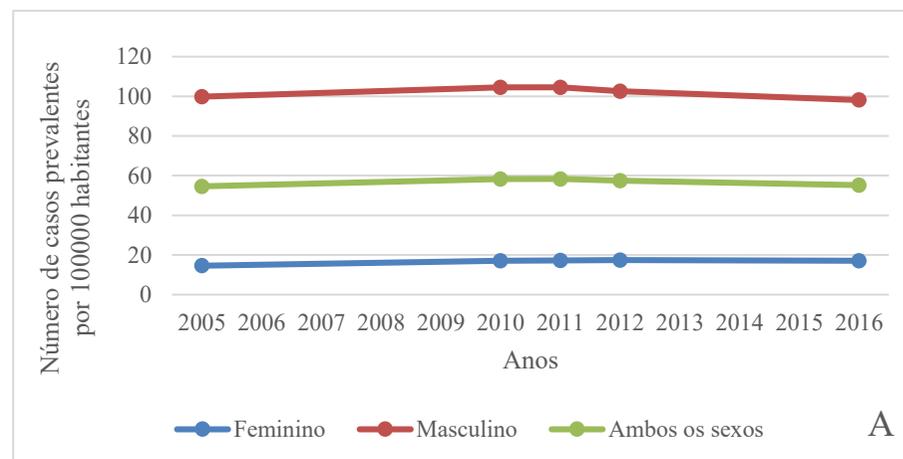
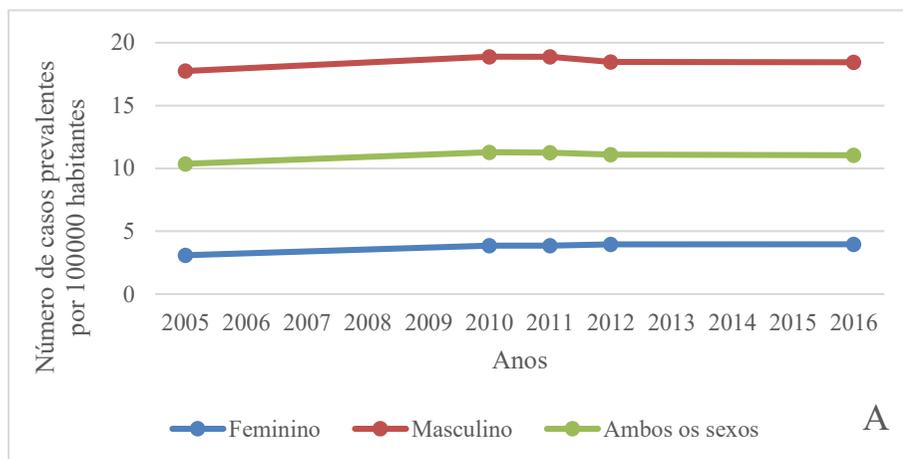


Figura 21 - Evolução da Prevalência de Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 22 - Evolução da Prevalência de Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

Nas duas faixas etárias, a evolução da prevalência de cancro oral em Portugal foi superior no género masculino em todo o intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, a prevalência de cancro oral em Portugal atingiu o seu pico no ano de 2010 no género masculino e, em 2016 no género feminino. Registou-se em 2005, o número de casos prevalentes de cancro oral mais baixo, em ambos os géneros. No género masculino, observou-se em 2010, mais 1,15 casos prevalentes de cancro oral por que 2005. Em 2016, no género masculino, registaram-se menos 0,02 casos prevalentes de cancro oral que 2012, menos 0,43 casos prevalentes que 2011, menos 0,44 casos prevalentes que 2010 e mais 0,71 casos prevalentes em relação a 2005. No género feminino, observou-se em 2016, mais 0,02 casos prevalentes de cancro oral que 2012, mais 0,1 casos prevalentes que 2011 e 2010 e mais 0,87 casos prevalentes que 2005 (Tabela 21 e Figura 21A).

Na faixa dos 50-69 anos, o número de casos prevalentes de cancro oral em Portugal atingiu o seu pico no género masculino em 2011 e, no género feminino em 2012. No género masculino, o número mais baixo de casos prevalentes de cancro oral observado foi em 2016, onde foram registados menos 4,49 casos prevalentes que 2012, menos 6,43 casos prevalentes que 2011, menos 6,41 casos prevalentes que 2010 e menos 1,74 casos prevalentes que 2005. No género feminino, a menor prevalência observada foi em 2005, onde se registou menos 2,85 casos prevalentes de cancro oral em relação a 2012. Em 2016, foram observados menos 0,37 casos prevalentes que 2012, menos 0,18 casos prevalentes que 2011, mais 0,01 casos prevalentes que 2010 e mais 2,48 casos prevalentes de cancro oral por 100 mil habitantes em relação a 2005 (Tabela 22 e Figura 22A).

Na Grécia e, tal como em Portugal, foi no género masculino onde se registou o maior número de casos prevalentes de cancro oral por 100 mil habitantes.

Na faixa dos 15-49 anos, a prevalência de cancro oral na Grécia atingiu o seu pico nos anos de 2012 e 2016, no género masculino e, em 2016 no género feminino. Registou-se o número de casos prevalentes mais baixo em 2005, em ambos os géneros. No género masculino em 2012 e 2016, observaram-se mais 0,23 casos prevalentes de cancro oral que 2011, mais 0,39 casos prevalentes que 2010 e mais 0,75 casos prevalentes que 2005. No género feminino em 2016, foram observados mais 0,13 casos prevalentes de cancro oral que 2012, mais 0,21 casos prevalentes que 2011, mais 0,25 casos prevalentes que 2010 e mais 0,32 casos prevalentes que em 2005 (Tabela 21 e Figura 21B).

Na faixa dos 50-69 anos, a prevalência de cancro oral na Grécia registou o número mais baixo de casos prevalentes em 2005, em ambos os géneros. No género masculino, o número de casos prevalentes atingiu o seu pico em 2012, onde foram observados mais 1,24 casos prevalentes em relação a 2005. Em 2016, foram observados menos 0,43 casos prevalentes de cancro oral que 2012, mais 0,25 casos prevalentes que 2011, mais 0,31 casos prevalentes que 2010 e mais 0,81 casos prevalentes de cancro oral que 2005. No género feminino, o valor mais alto de prevalência de cancro oral registado foi em 2016, onde foram observados mais 0,58 casos prevalentes em relação a 2012, mais 1,09 casos prevalentes que 2011, mais 1,2 casos prevalentes que 2010 e mais 1,31 casos prevalentes de cancro oral em relação a 2005 (Tabela 22 e Figura 22B).

Em ambos os países, foi no género masculino onde se observou um maior número de casos prevalentes de cancro oral por 100 mil habitantes. Em 2005, foram registados os números mais baixos de casos prevalentes de cancro oral na faixa dos 15-49 anos em ambos os países. Nas duas faixas etárias a prevalência de cancro oral foi superior em Portugal em relação à Grécia no período estudado (Tabela 21-22 e Figuras 21-22).

Tabela 21- Número de casos prevalentes de Cancro Oral por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	17,74	22,26	14,27	4,91	6,48	3,72
	2010	18,89	23,85	14,80	5,27	7,06	4,04
	2011	18,88	24,59	14,52	5,43	7,27	4,33
	2012	18,47	23,73	14,35	5,66	7,56	4,55
	2016	18,45	23,83	14,28	5,66	7,55	4,25
Feminino	2005	3,09	3,73	2,51	3,32	4,05	2,70
	2010	3,86	4,64	3,17	3,39	4,10	2,78
	2011	3,86	4,58	3,22	3,43	3,98	2,90
	2012	3,94	4,67	3,36	3,51	4,06	2,92
	2016	3,96	4,83	3,21	3,64	4,41	2,95
Ambos	2005	10,37	12,71	8,59	4,13	5,03	3,45
	2010	11,28	13,80	9,24	4,34	5,26	3,65
	2011	11,26	14,17	9,13	4,45	5,37	3,72
	2012	11,09	13,72	9,04	4,60	5,52	3,86
	2016	11,04	13,75	8,96	4,66	5,65	3,89

Tabela 22- Número de casos prevalentes de Cancro Oral por 100 mil habitantes em Portugal e Grécia, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Valor casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Valor casos prevalentes por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	99,84	117,01	85,00	32,99	41,24	26,99
	2010	104,51	123,06	86,63	33,49	41,25	27,35
	2011	104,53	124,18	87,65	33,55	40,85	27,85
	2012	102,59	121,94	87,33	34,23	42,05	28,47
	2016	98,10	122,04	78,62	33,80	42,59	27,13
Feminino	2005	14,57	17,22	12,34	14,72	17,32	12,53
	2010	17,04	19,96	14,48	14,83	17,43	12,41
	2011	17,23	20,16	14,80	14,94	17,60	12,31
	2012	17,42	20,23	14,76	15,45	17,91	12,77
	2016	17,05	20,12	14,48	16,03	19,07	13,39
Ambos	2005	54,60	62,39	47,49	23,63	28,10	20,44
	2010	58,23	67,15	49,88	23,85	27,94	20,60
	2011	58,34	66,99	50,79	23,91	27,84	20,81
	2012	57,51	66,33	50,51	24,47	28,29	21,26
	2016	55,22	66,29	46,39	24,43	28,66	20,81

4.3. Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia

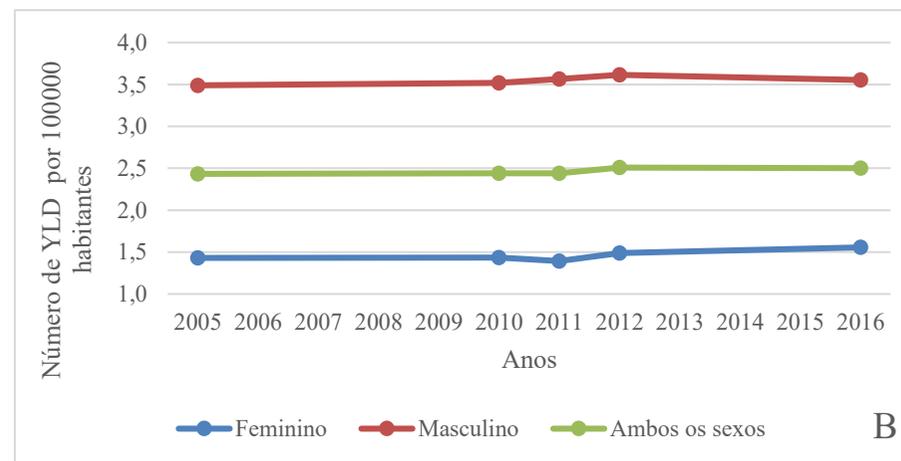
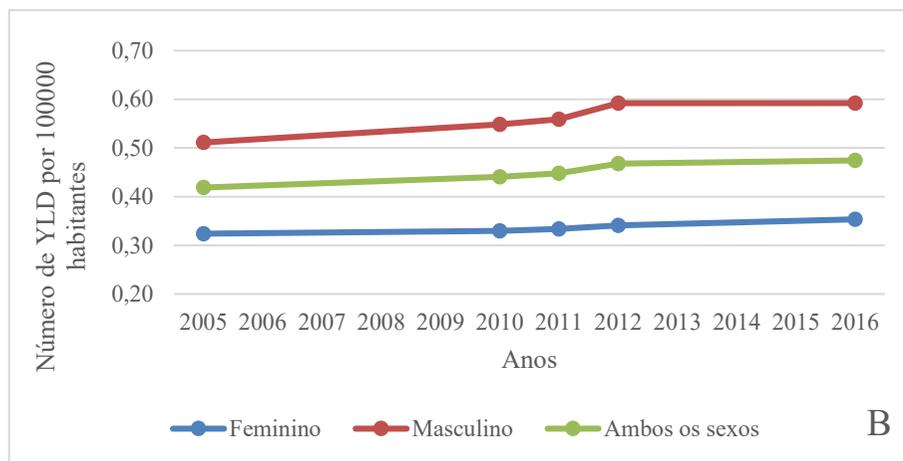
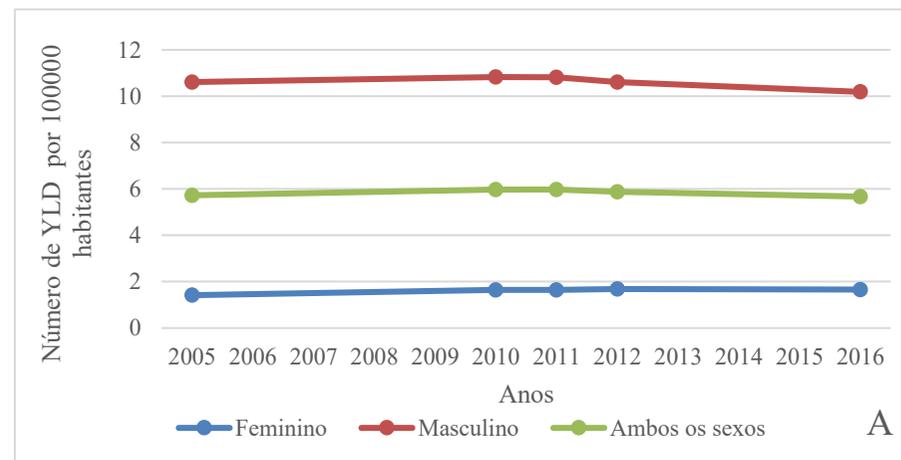
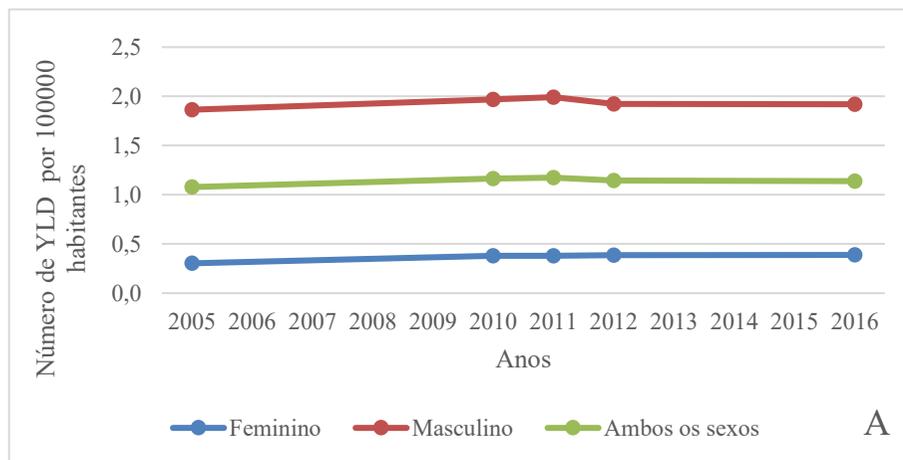


Figura 23 - Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 24 - Evolução do Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

O número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral em Portugal foi superior no género masculino em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, em Portugal, o YLD devido a cancro oral registou em 2005, o valor mais baixo em ambos os géneros. No género feminino, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral atingiu o seu pico nos anos de 2012 e 2016, onde se observou que as mulheres Portuguesas viveram mais 0,09 anos com incapacidade que 2005 e mais 0,01 anos com incapacidade em relação aos anos de 2010 e 2011. No género masculino, o número mais alto registado de YLD foi em 2011, onde se observaram mais 0,13 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral em relação a 2005. Nos anos de 2016 e 2012, foram observados menos 0,07 anos vividos com incapacidade que 2011, menos 0,05 anos que 2010 e mais 0,06 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral que em 2005 (Tabela 23 e Figura 23A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral registou o valor mais baixo no género feminino, no ano de 2005 e, no género masculino em 2016. No género masculino, observou-se que 2010, foi o ano onde se registou o maior número de YLD devido a cancro oral. Em 2016, no género masculino, foram observados menos 0,42 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral que 2012, menos 0,63 anos vividos com incapacidade que 2011, menos 0,64 anos que 2010 e menos 0,41 anos vividos com incapacidade que 2005. No género feminino, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2012, onde foram observados mais 0,26 anos vividos com incapacidade que 2005. Em 2016, no género feminino, foram registados menos 0,03 anos vividos com incapacidade em relação a 2012 e mais 0,23 anos vividos com incapacidade que 2005. Nos anos de 2010 e 2011, no género feminino, observou-se igual número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral, em relação ao ano de 2016 (Tabela 24 e Figura 24B).

Na Grécia e, tal como em Portugal, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral foi superior no género masculino.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, registou-se em 2005, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral mais baixo, em ambos os géneros. No género masculino, o YLD devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2012 e 2016, onde foram observados mais 0,03 anos vividos com incapacidade que 2011, mais 0,04 anos vividos com incapacidade que 2010 e mais 0,08 anos vividos com incapacidade devido a cancro

oral que 2005. No género feminino, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral mais alto registado foi em 2016, onde foram observados mais 0,01 anos vividos com incapacidade que 2012, mais 0,02 anos vividos com incapacidade que 2011 e 2010 e mais 0,03 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral que 2005 (Tabela 23 e Figura 23B).

Na Grécia, na faixa dos 50-69 anos, o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2012 no género masculino e, em 2016 no género feminino. No género masculino, o número de YLD mais baixo registado foi em 2005, onde foi possível observar menos 0,12 anos vividos com incapacidade que 2012. Em relação a 2016, no género masculino, registou-se menos 0,06 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral que 2012, menos 0,01 anos vividos com incapacidade que 2011, mais 0,03 anos vividos com incapacidade que 2010 e mais 0,06 anos vividos com incapacidade em relação a 2005. No género feminino, observou-se em 2011, o menor número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral e, em 2016, registaram-se mais 0,07 anos vividos com incapacidade em relação a 2012, mais 0,17 anos vividos com incapacidade que 2011 e mais 0,13 anos vividos com incapacidade devido a cancro oral em relação aos anos de 2010 e 2005 (Tabela 24 e Figura 24B).

Em ambos os países, foi no género masculino onde se registou o maior número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral por 100 mil habitantes. Em 2005, registou-se o número de anos vividos com incapacidade devido a cancro oral mais baixo, na faixa dos 15-49 anos, em ambos os géneros e países (Tabela 23-24 e Figuras 23-24).

Tabela 23- Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	1,86	2,70	1,22	0,51	0,78	0,33
	2010	1,97	2,83	1,30	0,55	0,82	0,35
	2011	1,99	2,83	1,14	0,56	0,82	0,36
	2012	1,92	2,77	1,21	0,59	0,97	0,37
	2016	1,92	2,85	1,19	0,59	0,90	0,37
Feminino	2005	0,30	0,43	0,20	0,32	0,46	0,22
	2010	0,38	0,53	0,25	0,33	0,46	0,22
	2011	0,38	0,50	0,27	0,33	0,46	0,24
	2012	0,39	0,52	0,27	0,34	0,47	0,25
	2016	0,39	0,54	0,26	0,35	0,49	0,23
Ambos	2005	1,08	1,51	0,73	0,42	0,59	0,29
	2010	1,16	1,64	0,79	0,44	0,62	0,30
	2011	1,17	1,64	0,70	0,45	0,60	0,31
	2012	1,14	1,60	0,74	0,47	0,69	0,32
	2016	1,14	1,65	0,73	0,47	0,67	0,32

Tabela 24-Número de Anos Vividos com Incapacidade (YLD) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos Vividos com Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	10,60	14,70	7,30	3,49	5,00	2,19
	2010	10,83	15,07	7,35	3,52	4,97	2,22
	2011	10,82	15,71	7,22	3,56	5,09	2,37
	2012	10,61	14,34	7,25	3,61	5,07	2,47
	2016	10,19	14,29	6,85	3,55	5,19	2,33
Feminino	2005	1,42	2,04	0,89	1,43	2,09	0,92
	2010	1,65	2,42	1,05	1,43	2,11	0,91
	2011	1,65	2,46	1,10	1,39	1,92	0,98
	2012	1,68	2,51	1,03	1,49	2,18	0,88
	2016	1,65	2,38	1,05	1,56	2,25	1,01
Ambos	2005	5,73	7,91	3,98	2,43	3,33	1,63
	2010	5,97	8,16	4,14	2,44	3,34	1,61
	2011	5,97	8,45	4,19	2,44	3,29	1,67
	2012	5,88	7,88	4,20	2,51	3,36	1,70
	2016	5,67	7,88	3,89	2,50	3,46	1,67

4.4. Evolução do Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia

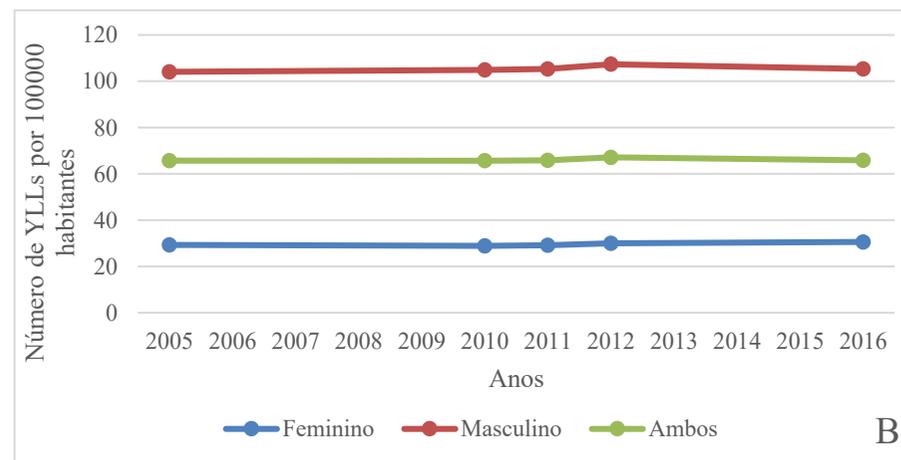
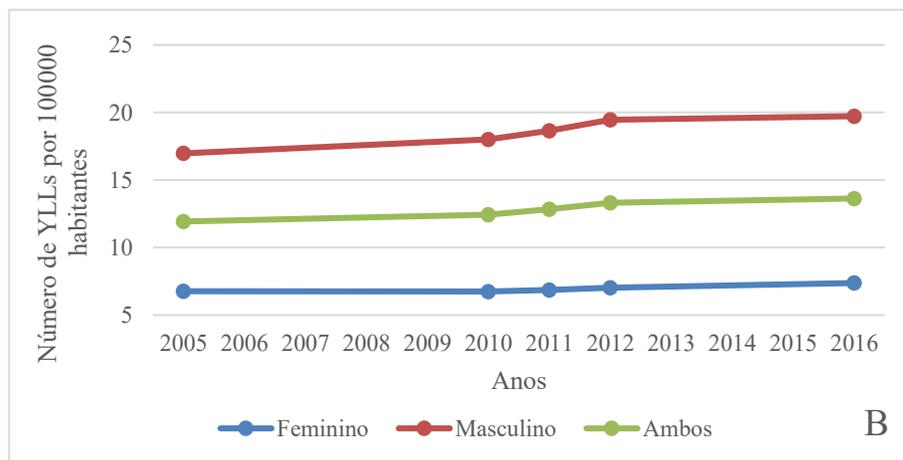
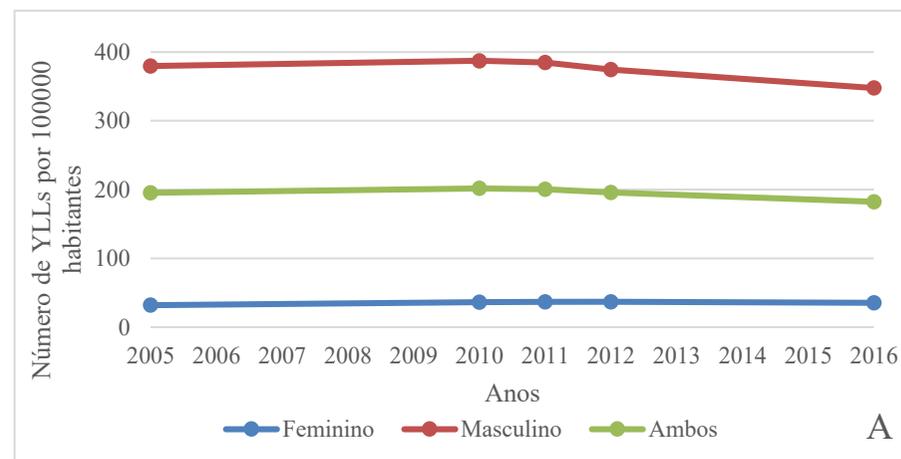
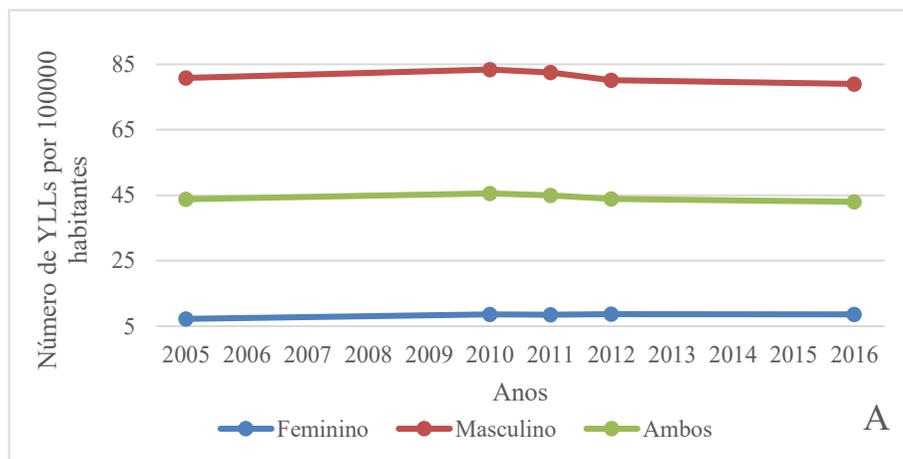


Figura 25 - Evolução do Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 26 - Evolução do Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

O número de anos de vida perdidos devido a cancro oral em Portugal foi superior no género masculino, em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral em Portugal atingiu o seu pico em 2010 no género masculino e, em 2012 no género feminino, no período estudado. No género masculino, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral registou o número mais baixo em 2016, onde foram observados menos 1,13 anos de vida perdidos em relação a 2012, menos 3,51 anos de vida perdidos que 2011, menos 4,39 anos de vida perdidos que 2010 e menos 1,78 anos de vida perdidos devido a cancro oral em relação a 2005. No género feminino, o número de anos perdidos devido a cancro oral registou o valor mais baixo em 2005, onde foram observados menos 1,44 anos de vida perdidos que 2012. No género feminino, em 2016, foram observados menos 0,9 anos de vida perdidos devido a cancro oral que 2012, mais 0,9 anos de vida perdidos que 2011, menos 0,05 anos de vida perdidos que 2010 e mais 1,35 anos de vida perdidos em relação a 2005 (Tabela 25 e Figura 25A).

Na faixa dos 50-69 anos, em Portugal, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral registou em 2010 o valor mais alto no género masculino e, em 2012, o valor mais alto no género feminino, no período estudado. No género masculino, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral registou em 2016 o número mais baixo, onde foram observados menos 26,9 anos de vida perdidos que 2012, menos 37,33 anos de vida perdidos que 2011, menos 39,72 anos de vida perdidos que 2010 e menos 32,1 anos de vida perdidos em relação a 2005. No género feminino, o número de YLL mais baixo registado foi em 2005, onde foram observados menos 4,97 anos de vida perdidos que 2012, ano em que foi registado o maior número de YLL. Em 2016, no género feminino, foram observados menos 1,66 anos de vida perdidos devido a cancro oral em relação a 2012, menos 1,41 anos de vida perdidos que 2011, menos 1,18 anos de vida perdidos que 2010 e mais 3,31 anos de vida perdidos devido a cancro oral em relação ao ano de 2005 (Tabela 26 e Figura 26A).

Tal como em Portugal, na Grécia, o género masculino foi o mais afetado, onde foram observados os maiores números de anos de vida perdidos devido a cancro oral por 100 mil habitantes.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2016, em ambos os géneros. No género masculino, o número

de anos de vida perdidos mais baixo registado foi em 2005, onde foram observados menos 2,75 anos de vida perdidos em relação a 2016. Em 2016, no género masculino foram registados mais 0,25 anos de vida perdidos devido a cancro oral que 2012, mais 1,06 anos de vida perdidos que 2011 e mais 1,72 anos de vida perdidos que 2010. No género feminino, foi em 2010, onde se observou o número mais baixo de anos de vida perdidos devido a cancro oral, registando neste mesmo ano menos 0,63 anos de vida perdidos que 2016. Em 2016, no género feminino, foram observados mais 0,35 anos de vida perdidos devido a cancro oral que 2012, mais 0,52 anos de vida perdidos que 2011 e mais 0,61 anos de vida perdidos em relação ao ano de 2005 (Tabela 25 e Figura 25B).

Na faixa dos 50-69 anos, na Grécia, o YLL devido a cancro oral mais baixo observado foi em 2012, no género masculino e, em 2016 no género feminino. No género masculino, o número de anos de vida perdidos devido a cancro oral mais baixo registado foi em 2005, onde foram observados menos 3,26 anos de vida perdidos que 2012. Em 2016, no género masculino, foram registados menos 2,03 anos de vida perdidos devido a cancro oral que 2012, mais 0,01 anos de vida perdidos que 2011, mais 0,34 anos de vida perdidos que 2010 e mais 1,23 anos de vida perdidos que 2005. No género feminino, o YLL devido a cancro oral registou em 2010 o valor mais baixo, onde foram observados menos 1,69 anos de vida perdidos que 2016. Em 2016, no género feminino, foram observados mais 0,52 anos de vida perdidos devido a cancro oral que 2012, mais 1,42 anos de vida perdidos que 2011 e mais 1,69 anos de vida perdidos que 2005 (Tabela 26 e Figura 26B).

No género masculino, foi observado o maior número de YLL devido a cancro oral, em ambos os países. Na faixa dos 15-49 anos e no género masculino, em 2016, foram registados números mais baixos e mais altos de YLL em Portugal e na Grécia, respetivamente (Tabela 25-26 e Figuras 25-26).

Tabela 25-Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos de Vida Perdidos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos de Vida Perdidos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	80,80	93,36	68,58	16,97	19,63	14,56
	2010	83,41	97,41	70,26	18,00	20,72	15,23
	2011	82,53	97,19	69,38	18,66	21,51	15,86
	2012	80,15	95,28	67,05	19,47	22,72	16,55
	2016	79,02	96,34	63,35	19,72	23,84	16,10
Feminino	2005	7,23	8,40	6,14	6,77	7,79	5,87
	2010	8,63	10,07	7,33	6,75	7,69	5,84
	2011	8,49	9,99	7,27	6,86	7,85	5,92
	2012	8,67	10,28	7,34	7,03	8,11	6,04
	2016	8,58	10,47	7,02	7,38	8,91	6,03
Ambos	2005	43,76	49,95	37,67	11,93	13,36	10,55
	2010	45,56	52,36	39,15	12,44	13,92	10,99
	2011	44,99	52,38	38,55	12,83	14,38	11,36
	2012	43,84	51,19	37,25	13,32	14,99	11,80
	2016	43,00	51,09	35,57	13,63	15,85	11,63

Tabela 26- Número de Anos de Vida Perdidos (YLL) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos de Vida Perdidos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos de Vida Perdidos por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	379,77	428,43	339,20	104,07	117,01	92,54
	2010	387,39	436,70	344,37	104,96	117,16	93,03
	2011	385,00	432,12	339,92	105,29	118,18	92,92
	2012	374,57	421,78	330,93	107,33	121,65	94,52
	2016	347,67	410,28	293,62	105,30	123,74	88,18
Feminino	2005	31,94	36,59	27,96	29,28	33,38	25,74
	2010	36,43	41,53	31,80	28,90	32,82	25,08
	2011	36,66	41,89	32,03	29,17	33,24	25,44
	2012	36,91	42,05	32,04	30,07	34,46	26,14
	2016	35,25	41,67	29,55	30,59	36,15	25,53
Ambos	2005	195,23	217,02	176,37	65,73	72,46	59,99
	2010	201,70	224,76	181,44	65,69	72,06	59,58
	2011	200,72	222,73	179,90	65,86	72,55	59,42
	2012	195,87	218,40	175,36	67,15	74,16	60,60
	2016	182,36	211,45	156,82	65,92	74,93	57,37

4.5. Evolução dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia

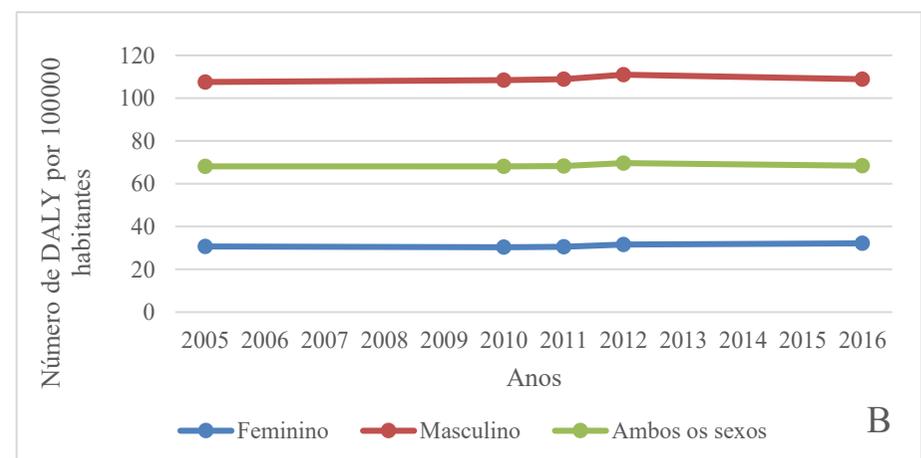
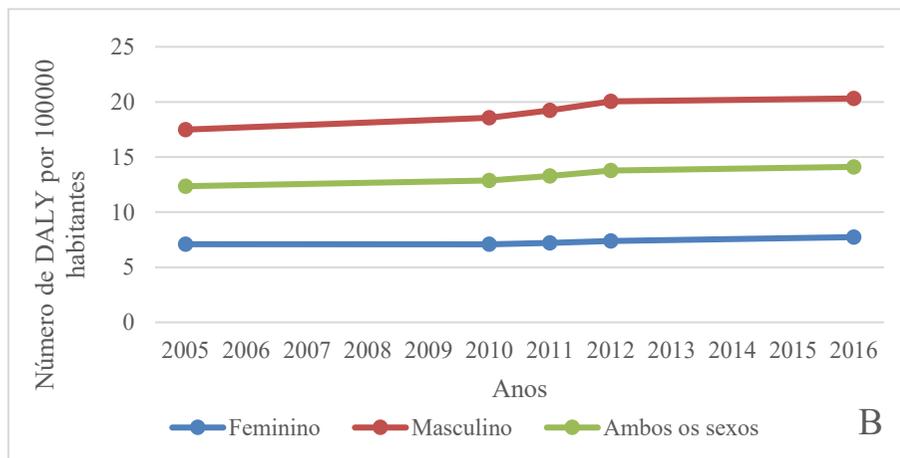
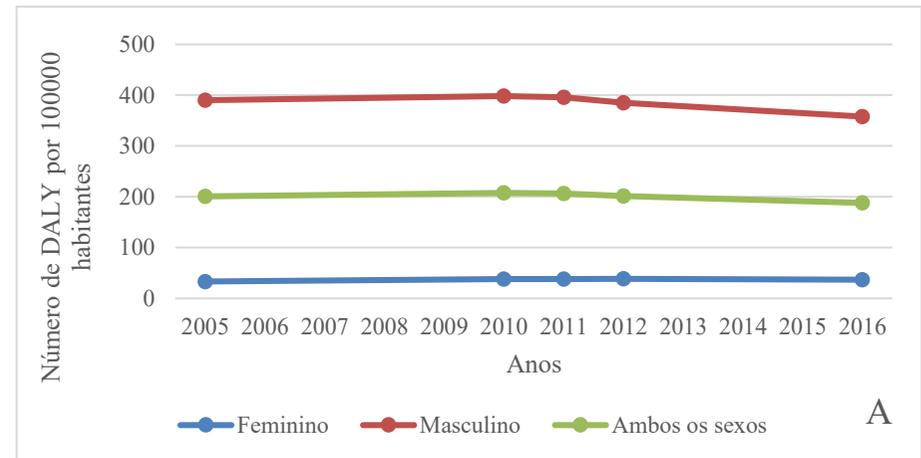
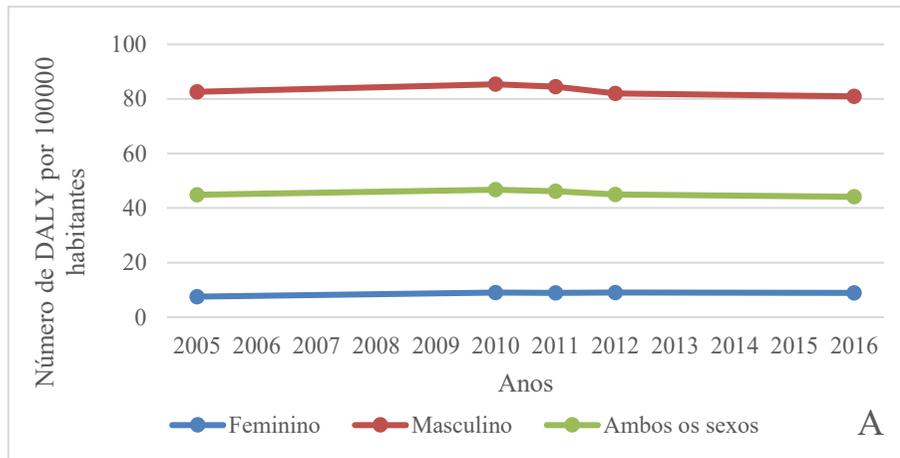


Figura 27- Evolução dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 15 aos 49 anos, entre 2005 e 2016

Figura 28 - Evolução dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal (A) e na Grécia (B) dos 50 aos 69 anos, entre 2005 e 2016

O número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral em Portugal foi superior no género masculino, em ambas as faixas etárias.

Na faixa dos 15-49 anos, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2010, no género masculino e, em 2012, no género feminino. No género masculino, o número de anos de vida ajustados à incapacidade por devido a cancro oral registou o valor mais baixo em 2016, onde foram observados menos 1,13 anos de vida ajustados que 2012, menos 3,57 anos de vida ajustados que 2011, menos 4,44 anos de vida ajustados que 2010 e menos 1,73 anos de vida ajustados à incapacidade que 2005. No género feminino, em 2005, foi observado o número mais baixo de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral nesta faixa etária, onde foram observados menos 1,52 anos de vida ajustados a incapacidade que 2012. Em 2016, no género feminino, registou-se menos 0,08 anos de vida ajustados que 2012, mais 0,1 anos de vida ajustados que 2011, menos 0,04 anos de vida ajustados que 2010 e mais 1,44 anos de vida ajustados devido a cancro oral que 2005 (Tabela 27 e Figura 27A).

Na faixa dos 50-69 anos, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral registou em 2010, no género masculino, o valor mais alto nesta faixa etária. No género masculino, em 2016, foram observados menos 27,25 anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral que 2012, menos 37,92 anos de vida ajustados que 2011, menos 40,36 anos de vida ajustados que 2010 e menos 32,51 anos de vida ajustados à incapacidade em relação a 2005. No género feminino, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral registou em 2012 o valor mais alto, onde se observaram mais 5,24 anos de vida ajustados à incapacidade que 2005. No ano de 2016, no género feminino, observaram-se menos 1,69 anos de vida ajustados que 2012, menos 1,41 anos de vida ajustados que 2011, menos 1,19 anos de vida ajustados que 2010 e mais 3,55 anos de vida ajustados que 2005 (Tabela 28 e Figura 28A).

Na Grécia e, tal como em Portugal, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral foi superior no género masculino, em ambas as faixas etárias no intervalo estudado.

Na faixa dos 15-49 anos, na Grécia, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral atingiu o seu pico em 2016, em ambos os géneros e, registou o valor mais baixo em 2005 no género masculino e, em 2010 no género feminino. No género masculino, em 2016, foram observados mais 0,26 anos de vida ajustados à incapacidade

devido a cancro oral que 2012, mais 0,11 anos de vida ajustados que 2011, mais 1,77 anos de vida ajustados que 2010 e mais 2,83 anos de vida ajustados que 2005. No género feminino, em 2016, foram observados mais 0,36 anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral que 2012, mais 0,54 anos de vida ajustados que 2011, mais 0,65 anos de vida ajustados que 2010 e mais 0,64 anos de vida ajustados que 2005 (Tabela 27 e Figura 27B).

Na faixa dos 50-69 anos, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral na Grécia atingiu o seu pico no género masculino em 2012 e, no género feminino em 2016. No género masculino, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral mais baixo registado foi em 2005, onde foram observados menos 3,41 anos de vida ajustados à incapacidade que 2012. Em 2016, no género masculino, foram observados menos 2,12 anos de vida ajustados que 2012, menos 0,01 anos de vida ajustados que 2011, mais 0,38 anos de vida ajustados que 2010 e mais 1,29 anos de vida ajustados que 2005. No género feminino, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral mais baixo registado foi em 2010. Em 2016, foram observados mais 0,6 anos de vida ajustados à incapacidade que 2012, mais 1,6 anos de vida ajustados à incapacidade que 2011, mais 1,82 anos de vida ajustados à incapacidade que 2010 e mais 1,45 anos de vida ajustados à incapacidade que 2005 (Tabela 28 e Figura 28B).

Em ambos os países, o número de anos de vida ajustados à incapacidade devido a cancro oral por 100 mil habitantes foi superior no género masculino. Contrariamente a Portugal, a Grécia, apresenta uma evolução crescente dos valores de DALY ao longo dos anos até 2016, na faixa dos 15-49 anos, em ambos os géneros (Tabela 27-28 e Figuras 27-28).

Tabela 27- Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 15-49 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	82,67	95,63	70,16	17,49	20,20	14,93
	2010	85,38	99,48	72,07	18,55	21,34	15,72
	2011	84,51	97,27	71,07	19,22	21,90	16,42
	2012	82,07	95,64	69,51	20,06	22,79	17,21
	2016	80,94	98,71	64,96	20,32	24,41	16,65
Feminino	2005	7,53	8,74	6,40	7,09	8,18	6,14
	2010	9,01	10,51	7,65	7,08	8,06	6,12
	2011	8,87	10,08	7,77	7,19	8,15	6,28
	2012	9,05	10,25	7,83	7,37	8,27	6,44
	2016	8,97	10,87	7,37	7,73	9,31	6,36
Ambos	2005	44,84	51,19	38,76	12,35	13,83	10,95
	2010	46,73	53,92	40,07	12,88	14,41	11,38
	2011	46,16	52,55	39,66	13,28	14,78	11,71
	2012	44,98	51,90	38,73	13,79	15,41	12,22
	2016	44,14	52,38	36,57	14,10	16,31	12,02

Tabela 28- Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) devido a Cancro Oral em Portugal e Grécia por 100 mil habitantes, nos anos 2005, 2010, 2011, 2012 e 2016 na faixa etária 50-69 anos

		Portugal			Grécia		
Género	Ano	Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo	Número de Anos de Vida Ajustados à Incapacidade por 100 mil habitantes	Máximo	Mínimo
Masculino	2005	390,37	439,15	348,45	107,56	121,01	95,59
	2010	398,22	447,70	353,63	108,47	121,16	96,18
	2011	395,78	440,89	350,35	108,86	121,37	97,09
	2012	385,11	431,38	342,36	110,97	122,31	98,36
	2016	357,86	421,70	303,00	108,85	128,02	91,87
Feminino	2005	33,35	38,17	29,19	30,70	35,02	26,90
	2010	38,09	43,23	33,22	30,33	34,49	26,29
	2011	38,31	43,46	33,62	30,55	34,60	26,87
	2012	38,59	43,68	33,77	31,55	35,72	27,68
	2016	36,90	43,42	30,89	32,15	37,95	26,89
Ambos	2005	200,96	223,31	181,41	68,17	75,16	62,20
	2010	207,67	231,01	186,56	68,13	74,71	61,75
	2011	206,66	227,24	186,57	68,30	74,42	63,02
	2012	201,72	222,69	181,72	69,67	75,56	63,91
	2016	188,03	217,55	162,17	68,42	77,73	59,72

V. Discussão dos Resultados

Neste estudo quantificou-se a incidência e prevalência das doenças orais em Portugal entre 2005 e 2016 e o seu impacto na morte prematura e incapacidade, usando como medida o DALY, que combina as estimativas dos anos de vida perdidos (YLL) devido a morte prematura e do número de anos vividos com incapacidade (YLD). Para comparação utilizou-se a Grécia que tem uma população semelhante à Portuguesa (cerca de 10 milhões de habitantes) e nível de desenvolvimento sócio-económico também semelhante (o Índice Sócio-Demográfico da Grécia é 0,8532 e de Portugal é de 0,7962. Este índice varia entre 0 e 1 é uma medida que tem em conta o PIB dos países, o seu nível educacional e a sua taxa de fertilidade) (GBD, 2017a). Como seria de esperar, uma vez que com a exceção do cancro oral, nenhuma doença oral é causa direta de morte, tanto em Portugal como na Grécia, não houve casos de mortalidade prematura atribuídos à cárie em dentes permanentes, doença periodontal e edentulismo total ou parcial. Vários estudos efetuados noutros países com o mesmo índice de desenvolvimento sócio-económico chegaram a conclusões semelhantes (Kim et al., 2013; Adolph et al., 2017).

A incidência e prevalência de cancro oral foram seis vezes superiores nos homens do que nas mulheres em Portugal e duas vezes na Grécia. Resultados semelhantes no que concerne à elevada incidência e prevalência de cancro oral nos homens foram demonstrados por estudos efetuados por colaboradores do Global Burden of Disease na Índia e a nível global (GBD India State-Level Disease Burden Initiative Cancer Collaborators, 2018; GBD Cancer Collaborators, 2018) e, em diversos outros países (Montero & Patel, 2015; NIH, 2018). O maior uso de tabaco observado nos homens (DGS, 2014), é certamente a causa da maior prevalência e incidência de cancro oral nos homens portugueses em relação às mulheres.

Neste estudo, a maior taxa de mortalidade devido a cancro oral ocorreu na faixa etária entre os 50 e 69 anos, em ambos os países. Resultados semelhantes foram, por exemplo, obtidos no Brasil, em 2017, por Rocha et al., que detetaram uma associação positiva entre adultos com mais de 60 anos e mortalidade devido a cancro oral (Rocha et al., 2017). Os autores explicaram esta associação pelos graves efeitos adversos dos tratamentos oncológicos, que prejudicam a qualidade de vida do indivíduo e diminuem as taxas de sobrevivência (Marosi & Köller, 2016). Neste estudo efetuado no Brasil, detetou-se maior

taxa de mortalidade devido a cancro oral no género masculino. No nosso estudo também observámos uma maior taxa de mortalidade nos homens do que nas mulheres, o que é consistente com a maior prevalência e incidência de cancro oral nos homens do que nas mulheres. Pacientes que continuam a fumar após o diagnóstico de cancro oral, revelam um menor comprometimento com o tratamento (Antunes et al., 2013) e maior risco de morte (Mayne et al., 2009). É possível que a elevada taxa de mortalidade associada ao cancro oral nos homens portugueses esteja também associada ao uso continuado do tabaco mesmo após o diagnóstico da doença. Contudo a principal justificação para uma tão elevada prevalência e taxa de mortalidade deverá ser o diagnóstico tardio (Direção-Geral da Saúde, 2018). Mais estudos deverão ser feitos para se averiguar a causa da discrepância na incidência, prevalência e taxa de mortalidade do cancro oral em ambos os géneros.

O género masculino parece ser também um fator de risco para a doença periodontal visto que, a incidência e prevalência de doença periodontal foi superior no género masculino num rácio de 4:3 em relação ao género feminino, tanto em Portugal como na Grécia em todos os anos analisados. Resultados semelhantes foram também obtidos em Itália (Aimetti et al., 2015). Foi observado neste estudo, um número crescente de novos casos de doença periodontal entre 2010 e 2016, em Portugal e Grécia, na faixa dos 15 aos 49 anos e, conseqüente edentulismo total e parcial nas duas faixas etárias estudadas. O aumento da prevalência da doença periodontal vem sendo descrita em todo o mundo (GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017; Jepsen et al., 2017).

Além da crise económica que é um fator preponderante para o baixo acesso a cuidados de saúde oral (OMD, 2015), a periodontite também desempenha um papel importante no aparecimento de edentulismo, visto ser a principal causa de perda de dentes na população adulta em todo o mundo, afetando a nutrição, qualidade de vida e autoestima (Chapple, 2014; Chapple et al., 2015; Petersen & Ogawa, 2012; Pihlstrom, Michalowicz, & Johnson, 2005). Sendo a periodontite a principal causa de perda de dentes, é normal que a evolução da incidência destas duas doenças seja semelhante, ou seja, o edentulismo na idade mais avançada é afetado pelas mesmas pessoas que em idade mais jovem tiveram periodontite. No conjunto estes resultados explicam-se pelos fracos hábitos de higiene e fracos cuidados dentários desta população, sendo necessário investir nestas duas vertentes: educar as populações e aumentar o acesso aos cuidados de saúde oral.

Em relação à carie dentária, no presente estudo observou-se uma diminuição dos valores de incidência e prevalência ao longo dos anos em Portugal. Resultados semelhantes têm vindo a ser obtidos em todo o Mundo (GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016; Frencken et al., 2017; GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017). As razões para a diminuição dos casos incidentes e prevalentes de cáries em dentes permanentes são complexas, prendendo-se sobretudo com mudanças no estilo de vida e melhorias da qualidade de vida, aplicação contínua de flúor de diferentes formas, melhorias na higiene oral e programas de prevenção sistemáticos nas escolas (Davidović, Ivanović, & Janković, 2012). Neste contexto, estes valores são indicativos de que os programas desenvolvidos pelo Sistema Nacional de Saúde no âmbito da saúde oral, nomeadamente o PNPSO, estão a ser eficazes no controlo da cárie, porém não o estão a ser no controlo da doença periodontal. Mais estudos deverão ser feitos para averiguar esta discrepância.

Constatou-se que ser do género feminino foi um fator de risco para o desenvolvimento de cáries em dentes permanentes e edentulismo total e parcial em Portugal e na Grécia, uma vez que se registaram valores mais elevados de prevalência e incidência no género feminino do que no masculino. Estes resultados estão de acordo com vários estudos internacionais, que demonstram haver nas mulheres, uma maior prevalência de cáries em dentes permanentes (Demirci, Tuncer, & Yuceokur, 2010; Shaffer et al., 2015) e edentulismo total e parcial (Campos, Vargas, & Ferreira, 2014; Cardoso, Parente, Vettore, & Rebelo, 2011). A idade também foi um fator de risco encontrado neste estudo para o desenvolvimento de edentulismo total e parcial em ambos os países, uma vez que, foram observados números mais elevados de prevalência, incidência e YLD na faixa dos 50 aos 69 anos que na outra faixa etária. Estes dados demonstram haver uma maior vulnerabilidade nas mulheres de mais idade, talvez associada a um menor rendimento económico, devido à crise económico-financeira que afetou Portugal a partir de 2009 e, provocou um aumento da taxa de desemprego nas mulheres, que atingiu o seu máximo em 2013 (Ministério da Saúde, 2018).

Neste estudo, foi interessante observar que nos anos de crise e em relação à cárie na dentição permanente, a evolução foi oposta nos dois países, em ambos os géneros e faixas etárias estudadas. Na Grécia, foi observado um acréscimo dos valores epidemiológicos da cárie na dentição permanente, enquanto em Portugal, foi possível constatar um decréscimo ao longo dos anos de crise. Tal como na cárie, no cancro oral, a evolução dos

números epidemiológicos foi também oposta nos anos de crise nos dois países. Em Portugal, apesar de maneira subtil, os números de incidência, prevalência, YLL, YLD e DALY diminuíram ao longo dos anos de crise (de 2010 a 2012) enquanto na Grécia, estes mesmos valores aumentaram. Não existiram diferenças significativas nos valores de doença periodontal e edentulismo total e parcial entre os dois países. Foi observado na doença periodontal um acréscimo ao longo dos anos de crise até 2016, a data mais recente estudada, na faixa dos 15 aos 49 anos e, um ligeiro decréscimo na faixa dos 50 aos 69 anos, em ambos os países.

A melhoria observada em Portugal durante os anos da crise, na evolução dos valores de prevalência, incidência e número de anos vividos com incapacidade devido a cáries em dentes permanentes, em ambas as faixas etárias, e doença periodontal na faixa dos 50 aos 69 anos, poderá estar associada ao reforço dos programas desenvolvidos pelo Sistema Nacional de Saúde no âmbito da saúde oral, nomeadamente o PNPSO (Pinho, 2016). De mencionar também que a crise não foi tão severa em Portugal como na Grécia e que provavelmente o nosso sistema de saúde é melhor do que o da Grécia. O Ministério da Saúde, em jeito de balanço dos dez anos do Programa Nacional de Saúde Oral afirma que, desde 2008 até ao dia 16 de agosto de 2018, foram emitidos 5,2 milhões cheques-dentista, o que representou um investimento de 132,6 milhões de euros. Além destes, foram ainda emitidos 20638 vales no âmbito do Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral, um investimento de 3,3 milhões de euros (SNS, 2018). Os dados apresentados permitem confirmar que o PNPSO em 2005 teve um efeito muito positivo na saúde oral dos Portugueses e contribuiu para atenuar as dificuldades associadas aos anos da crise. Provavelmente a Grécia não teve um programa semelhante e por isso ressentiu-se muito mais ao nível da saúde oral, que se deteriorou muitíssimo, tal como, em todas as outras áreas da saúde (Kostas & Dimitris, 2017).

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde em Portugal, estabeleceu como prioridade, expandir e melhorar a capacidade da rede dos cuidados de saúde primários, através da ampliação da cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área da Saúde Oral (Ministério da Saúde, 2016). Esta é uma medida otimista para saúde oral em Portugal, uma vez que o investimento que se anuncia vem reforçar o que anteriormente foi feito e, poderá contribuir significativamente para melhorar as estatísticas referentes à saúde oral em Portugal num futuro próximo.

1. Limitações

Algumas limitações foram encontradas no decorrer desta investigação. Iriam ser estudados mais anos e faixas etárias, porém, devido ao limite de páginas não foi possível. As doenças orais estão pouco estudadas epidemiologicamente em Portugal e na Grécia, o que se reflete numa insuficiente bibliografia nacional que sustente a discussão desta investigação, nomeadamente na vertente do YLD, YLL e DALY, onde não foram encontrados dados comparativos para nenhum dos países.

VI. Conclusões

Após análise dos resultados conclui-se que a carga das doenças orais observada em Portugal e Grécia varia significativamente entre 2005 e 2016 em função da faixa etária e género.

Acredita-se que com o alargamento do PNPSO, os números associados às doenças orais vão diminuir em Portugal.

No entanto e numa situação global, é importante lembrar que a margem de melhoria das doenças orais está dependente de estratégias que promovam uma boa higiene oral numa perspetiva de prevenção e, o acesso a cuidados de saúde oral.

Mais estudos sobre a epidemiologia das doenças orais deverão ser feitos em Portugal e Grécia.

Para finalizar, as questões financeiras e económicas continuam a ser uma das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde oral, daí a importância de um sistema de saúde oral publicamente financiado, universal e equitativo.

VII. Bibliografia

- Adolph, M., Darnaud, C., Thomas, F., Pannier, B., Danchin, N., Batty, G. D., & Bouchard, P. (2017). Oral health in relation to all-cause mortality: The IPC cohort study. *Scientific Reports*, 7(October 2016), 3–8. <https://doi.org/10.1038/srep44604>
- Agostinho, A. C. M. G., Campos, M. L., & Da Silveira, J. L. G. C. (2015). Edentulism, denture wearing and self-perceived of oral health among elderly. *Unesp*, 44(2), 74–79. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.1072>
- Aimetti, M., Perotto, S., Castiglione, A., Mariani, G. M., Ferrarotti, F., & Romano, F. (2015). Prevalence of periodontitis in an adult population from an urban area in North Italy: Findings from a cross-sectional population-based epidemiological survey. *Journal of Clinical Periodontology*, 42(7), 622–631. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12420>
- Antunes, J. L. F., Toporcov, T. N., Biazevic, M. G. H., Boing, A. F., & Bastos, J. L. (2013). Gender and racial inequalities in trends of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil. *Revista de Saude Publica*, 47(3), 470–478. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003724>
- Aquino, R. C. A. de, Lima, M. L. L. T. de, Menezes, C. R. C. X. de, Rodrigues, M., Aquino, R. C. A. de, Lima, M. L. L. T. de, ... Rodrigues, M. (2015). Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. *Revista CEFAC*, 17(4), 1254–1261. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517414914>
- Azevedo, M. S., van de Sande, F. H., Maske, T. T., Signori, C., Romano, A. R., & Cenci, M. S. (2014). Correlation between the cariogenic response in biofilms generated from saliva of mother/child pairs. *Biofouling*, 30(8), 903–909. <https://doi.org/10.1080/08927014.2014.948868>
- Batista, M. J., Rihs, L. B., & Sousa, M. da L. R. de. (2012). Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Brazilian Oral Research*, 26(5), 390–396. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000500003>
- Bombert, F., Manso, A. C., Sousa Ferreira, C., Nogueira, P., & Nunes, C. (2018). Sociodemographic factors associated with oral health in 12-year-old adolescents: hygiene behaviours and health appointments. A cross-sectional national study in Portugal. *International Dental Journal*, 1–9. <https://doi.org/10.1111/idj.12390>
- Buset, S. L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W. S., & Zitzmann, N. U. (2016). Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(4), 333–344. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12517>
- Calado, R., Ferreira, C. S., Nogueira, P., & Melo, P. (2017). Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community dental health*, 5.
- Campos, A. C. V., Vargas, A. M. D., & Ferreira, E. F. e. (2014). Satisfação com saúde bucal de

- idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 757–773. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088813>
- Cardoso, E. M., Parente, R. C. P., Vettore, M. V., & Rebelo, M. A. B. (2011). Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(1), 131–140. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000100012>
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2017). The Effects Of The Economic Crisis On Health Status And Health Inequalities In Greece. *Value in Health*, 20(9), A510. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.630>
- Collaborators, G. D. and I. I. and P. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
- Cruz, G. D. (2014). Oral health disparities: Opportunities and challenges for policy communication. *Journal of communication in healthcare*, 7(2), 74–76. <https://doi.org/10.1179/1753807614Y.0000000049>
- Davidović, B., Ivanović, M., & Janković, S. (2012). Dental Health Estimation for Children Age Twelve, (September 2015). <https://doi.org/10.2298/SGS1201035D>
- de Araújo Nobre, M., & Maló, P. (2017). 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. *Journal of Dentistry*, 67, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2017.07.013>
- Demirci, M., Tuncer, S., & Yuceokur, A. A. (2010). Prevalence of caries on individual tooth surfaces and its distribution by age and gender in university clinic patients. *European journal of dentistry*, 4(3), 270–279. Obtido de <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2897860&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- DGS. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Direção Geral da Saúde, 1–49.
- DGS. (2015). III Estudo de Prevalência das Doenças Orais. Direção Geral da Saúde, Novembro, 1–154.
- Direção-Geral da Saúde. (sem data). Obtido 23 de Julho de 2018, de <https://www.dgs.pt/>
- FDI. (2015a). Oral Health Worldwide.
- FDI. (2015b). The Challenge of Oral Disease- A call for global action.
- FDI. (2017). No Health without Oral Health : How the dental community can leverage the NCD agenda to deliver on the 2030 Sustainable Development Goals, (August).
- Frencken, J. E., Sharma, P., Stenhouse, L., Green, D., Laverty, D., & Dietrich, T. (2017). Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. *Journal*

- of Clinical Periodontology, 44, S94–S105. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12677>
- GBD. (2017a). Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Socio-demographic Index (SDI) 1970–2016 | GHDx. Obtido 19 de Setembro de 2018, de <http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2016-gbd-2016-socio-demographic-index-sdi-1970-2016>
- GBD. (2017b). Portugal joins Global Burden of Disease enterprise to improve community health | Institute for Health Metrics and Evaluation. Obtido 23 de Setembro de 2018, de <http://www.healthdata.org/acting-data/portugal-joins-global-burden-disease-enterprise-improve-community-health>
- GBD. (2018a). About GBD | Institute for Health Metrics and Evaluation. Obtido 19 de Setembro de 2018, de <http://www.healthdata.org/gbd/about>
- GBD. (2018b). Frequently Asked Questions | Institute for Health Metrics and Evaluation. Obtido 30 de Agosto de 2018, de <http://www.healthdata.org/gbd/faq>
- GBD. (2018c). Terms and Conditions | Institute for Health Metrics and Evaluation. Obtido 23 de Setembro de 2018, de <http://www.healthdata.org/node/822>
- GBD Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Gil, P., Custódio, P., & Calado, R. (2016). Prevenção da Doença Oncológica Cancro Oral.
- Glick, M., Silva, O. M. da, Seeberger, G., Xu, T., Pucca, G., Williams, D., ... Séverin, T. (2012). Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral FDI Visão 2020 Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Obtido de <https://www.ond.pt/noticias/2012/09/fdivisao2020pt.pdf>
- Gonçalves, J. (2014). Avaliação do risco de cárie dentária em crianças com 6 anos de idade no âmbito do programa nacional de promoção da saúde oral. Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu.
- Hawerth, D. (2017). Influência na Reabilitação oral na satisfação e na qualidade de vida do desdentado total: Revisão de Literatura. Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Holde, G. E., Oscarson, N., Trovik, T. A., Tillberg, A., & Jönsson, B. (2017). Periodontitis Prevalence and Severity in Adults: A Cross-Sectional Study in Norwegian Circumpolar Communities. *Journal of Periodontology*, 1–17. <https://doi.org/10.1902/jop.2017.170164>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (sem data). Obtido 23 de Julho de 2018, de <http://www.healthdata.org/>
- Jepsen, S., Blanco, J., Buchalla, W., Carvalho, J. C., Dietrich, T., Dörfer, C., ... Machiulskiene, V. (2017). Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the

- boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 44, S85–S93. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12687>
- Jeyapalan, V., & Krishnan, C. S. (2015). Partial edentulism and its correlation to age, gender, socio-economic status and incidence of various Kennedy's classes– a literature review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(6), ZE14-ZE17. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13776.6124>
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2015). Global burden of untreated caries: A systematic review and metaregression. *Journal of Dental Research*, 94(5), 650–658. <https://doi.org/10.1177/0022034515573272>
- Keller, A., Rohde, J. F., Raymond, K., & Heitmann, B. L. (2015). Association Between Periodontal Disease and Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Journal of Periodontology*, 86(6), 766–776. <https://doi.org/10.1902/jop.2015.140589>
- Koontongkaew, S. (2013). The tumor microenvironment contribution to development, growth, invasion and metastasis of head and neck squamous cell carcinomas. *Journal of Cancer*, 4(1), 66–83. <https://doi.org/10.7150/jca.5112>
- Kostas, D., & Dimitris, N. (2017). The effects of economic crisis on the demand and supply of the dental services in Greece. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7(2), 135. https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_496_16
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Lourenço, Alexandre, Pita Barros, P. (2016). Cuidados de Saúde Oral. Obtido de <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf>
- Machado, V., Botelho, J., Amaral, A., Proença, L., Alves, R., Rua, J., ... Mendes, J. J. (2018). Prevalence and extent of chronic periodontitis and its risk factors in a Portuguese subpopulation: a retrospective cross-sectional study and analysis of Clinical Attachment Loss. *Peer J*, (in press). <https://doi.org/10.7717/peerj.5258>
- Manton, D. J. (2018). Child Dental Caries – A Global Problem of Inequality. *EClinicalMedicine*, 1, 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.06.006>
- Marosi, C., & Köller, M. (2016). Challenge of cancer in the elderly, 1–6. <https://doi.org/10.1136/esmopen-2015-000020>
- Martinez-Mier, E. A., & Zandona, A. F. (2013). The impact of gender on caries prevalence and risk assessment. *Dental Clinics of North America*, 57(2), 301–315. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.01.001>
- Ministério da Saúde. (2016). Despacho n.º 8591-B/2016 - Diário da República, 2.ª série — N.º 125 — 1 de julho de 2016, 2016(2), 20480–(2)–20480–(3).
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.

- Montandon, A., Zuza, E., & Toledo, B. E. (2012). Prevalence and reasons for tooth loss in a sample from a dental clinic in Brazil. *International Journal of Dentistry*, 2012, 8–10. <https://doi.org/10.1155/2012/719750>
- Montero, P., & Patel, S. (2015). Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am.*, 24(3), 448–446. <https://doi.org/10.1016/j.soc.2015.03.006.CANCER>
- National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2013). Periodontal (Gum) Disease. Periodontal (Gum) Disease, 5. Obtido de https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/periodontal-disease_0.pdf
- NIH. (2018). Oral Cavity and Pharynx Cancer - Cancer Stat Facts. Obtido 16 de Agosto de 2018, de <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), P. (2017). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU, 9. <https://doi.org/10.1787/9789264285385-pt>
- OMD. (2015). Quase metade dos portugueses não vai ao médico dentista há mais de um ano - Ordem dos Médicos Dentistas. Obtido 23 de Setembro de 2018, de <https://www.ond.pt/2015/10/barometro-saude-oral-3/>
- OMD. (2018). Cancro oral - Ordem dos Médicos Dentistas. Obtido 11 de Setembro de 2018, de <https://www.ond.pt/publico/cancro-oral/>
- OMS. (2016). Data and statistics. Obtido de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>
- OMS. (2018). Policy. Obtido de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/policy>
- Ordem dos Médicos Dentistas (2017). Barómetro de Saúde Oral (Vol. 3).
- Papapanou, P. N., & Susin, C. (2017). Periodontitis epidemiology: is periodontitis under-recognized, over-diagnosed, or both? *Periodontology* 2000, 75(1), 45–51. <https://doi.org/10.1111/prd.12200>
- Patel, R. (2012). The state of oral health in Europe. Report commissioned by the platform for better oral health in Europe, (September), 1–20. <https://doi.org/10.1163/156853010X510807>
- Pereira, J. A., Nacional, E., Pública, D. S., & Lisboa, U. N. De. (2016). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde.
- Pinho, T. (2016). Impacto da introdução de um Sistema de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde Português. Universidade do Porto.
- Rivera, C. (2015). Essentials of oral cancer. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 8(9), 11884–11894. <https://doi.org/10.1111/anae.12918>
- Rocha, T. A. H., Thomaz, E. B. A. F., da Silva, N. C., de Sousa Queiroz, R. C., de Souza, M. R., Barbosa, A. C. Q., ... Facchini, L. A. (2017). Oral primary care: An analysis of its impact

- on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3700-z>
- Rosa, R. R. (2015). Fala e reabilitação oral protética : revisão integrativa Speech and dental prosthesis : integrative review Habla y prótesis dental : revisión integradora, 27(1), 174–181.
- Sbaraini, A., Evans, R. W., Kleinberg, I., Featherstone, J. D. B., Ribeiro, A. A., Carolina, N., ... Tiwle, R. (2016). Dental caries: A dynamic disease process. *Australian Dental Journal*, 53(4), 369–377. <https://doi.org/10.15272/ajbps.v6i53.773>
- Shaffer, J. R., Leslie, E. J., Feingold, E., Govil, M., McNeil, D. W., Crout, R. J., ... Marazita, M. L. (2015). Caries Experience Differs between Females and Males across Age Groups in Northern Appalachia. *International Journal of Dentistry*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/938213>
- SNS. (2018). Cheque-dentista – SNS. Obtido 18 de Setembro de 2018, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/08/21/cheque-dentista/>
- Susan T Mayne, Ph.D., 1 Brenda Cartmel, Ph.D., 1 Victoria Kirsh, Ph.D., 1, 2 and W Jarrard Goodwin, Jr., M. . (2009). Alcohol and Tobacco Use Pre- and Post-Diagnosis and Survival In a Cohort of Patients With Early Stage Cancers of the Oral Cavity, Pharynx And Larynx. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 18(12), 3368–3374. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0944.Alcohol>
- Suvan, J. E., Petrie, A., Nibali, L., Darbar, U., Rakmanee, T., Donos, N., & D’Aiuto, F. (2015). Association between overweight/obesity and increased risk of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 42(8), 733–739. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12421>
- Tavares, C., Guimarães, J., Lopes, O., Felino, A., & Coimbra, F. (2016). Perfil epidemiológico das neoplasias orais malignas numa população da região norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 57(4), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.145>
- Veiga, N. J., Pereira, C. M., Ferreira, P. C., & Correia, I. J. (2015). Prevalence of dental caries and fissure sealants in a Portuguese sample of adolescents. *PLoS ONE*, 10(3), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121299>
- Wang, J., Lv, J., Wang, W., & Jiang, X. (2016). Alcohol consumption and risk of periodontitis: A meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology*, 43(7), 572–583. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12556>
- WHO. (2007). Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention (EB120/10). 120Th Session, Provisional Agenda Item, 4(November).
- WHO. (2018). Worl Health Organization. Obtido de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>