



Plano Nacional de Saúde
2011-2016



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016
Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que
urge implementar
(proposta conceptual)

Autor:
Ordem dos Médicos Dentistas

**Porto
2010**

Índice

PREAMBULO	3
NOTA INTRODUTÓRIA	4
CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL	7
a) Prevalência das doenças orais	7
b) Repercussões de saúde oral na saúde geral	7
PONTO DE SITUAÇÃO ACTUAL	10
a) Projectos de Saúde Oral Pública, Regulamentação e documentos de trabalho	11
b) Recursos humanos	14
c) Recursos Materiais	15
ANÁLISE CRÍTICA.....	16
I. Intervenções necessárias a curto, médio e longo prazo - RECOMENDAÇÕES?	20
II. Medidas genéricas	20
III. Áreas consideradas prioritárias	21
1. Planeamento de Recursos Humanos	21
2. Planeamento em Saúde.....	22
3. Cuidados de Saúde Primários	22
4. Rede de Cuidados de Saúde Continuados	24
5. Cuidados de Saúde Hospitalar	24
6. Cuidados Paliativos	24
IV. Objectivos e metas smart a alcançar pelas intervenções, assim como os indicadores a monitorizar.....	25
V. Participação no acompanhamento da implementação do PNS 2011-2016	27
VI. Áreas que a OMD gostaria de desenvolver com o apoio da ACS	28

PREAMBULO

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) é uma entidade com responsabilidades assumidas na defesa da saúde oral da população e interlocutor principal dos profissionais de medicina dentária.

É como parceiro activo do Ministério da Saúde e entidade convidada pelo Alto Comissariado para a Saúde para participar como membro do Conselho Consultivo na elaboração do PNS 2011-2016, que a OMD apresenta um documento de reflexão em que inclui propostas efectivas sobre os pontos que considera fundamentais para a melhoria da saúde oral da população, através da optimização dos recursos humanos e materiais actualmente disponíveis.

À semelhança do trabalho que tem vindo a desenvolver nos últimos anos, a OMD entende que deverá ter uma participação activa após a integração das propostas gerais no PNS 2011-2016 e durante a discussão das medidas específicas a adoptar relativamente à saúde oral. Essa participação compreende, numa perspectiva transversal, a colaboração nos diferentes grupos de trabalho que deverão emergir onde a saúde oral desempenhará o seu papel.

Bastonário

Secretário Geral

NOTA INTRODUTÓRIA

A ideia de integrar a saúde oral na saúde geral deixou de ser uma filosofia exclusiva dos profissionais de saúde oral, para ser um conceito amplamente comprovado pela evidência científica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no seu recente relatório de 2009 sublinha esta realidade, reforçando a necessidade de tanto os decisores políticos como todos os profissionais da saúde compreenderem esta realidade que há muito vem sendo ignorada.

Efectivamente, são cada vez mais as relações encontradas entre doenças da cavidade oral e de outras doenças sistémicas. Aliás, outra coisa não seria de esperar, já que a cabeça e, particularmente, a cavidade oral não se encontram separadas do restante organismo.

Assim, partindo deste sofisma cada vez mais evidente, torna-se necessário encarar a problemática gerada pela existência de doenças orais altamente prevalentes, como são a cárie dentária e as periodontopatias, e as suas repercussões na saúde geral do indivíduo.

Comparativamente aos Estados membros da Comunidade Europeia mais desenvolvidos, estamos confrontados com elevados índices de cárie dentária e periodontopatias de que resulta uma percentagem significativa de pessoas total ou parcialmente edentulas.

Todavia, apesar de não existirem dados concretos quanto à sua prevalência, não se deverá também negligenciar a questão do cancro oral na extensão preconizada pela Declaração de Creta de Prevenção do Cancro Oral (2005), pois supõe-se que apresenta valores preocupantes na nossa população.

As doenças orais podem ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas quando ficam comprometidas funções tão básicas como mastigação, fala, sorriso etc...

A acrescentar a estas constatações existe o facto de se saber que estas doenças são preveníveis e que os recursos necessários para realizar a prevenção são proporcionalmente muito mais baixos do que aqueles que resultam do custo do tratamento.

Claro que se ao custo do tratamento adicionarmos os custos inerentes ao absentismo (trabalho ou escola), subprodução (trabalho ou escola), desregulação de outras doenças (diabetes mellitus, p. ex.), adiamento de cirurgias programadas (por infecções orais agudas), má recuperação pós operatória (cirurgia cardíaca, p. ex.), problemas de socialização (alterações estéticas que afectam crianças e adultos), entre outros, podemos entender que realmente o custo de deixar a doença seguir o seu trajecto será muito maior.

Já em 2007 a OMS aconselhava todos os estados membros a passarem a considerar no seu orçamento anual uma verba para a prevenção e o tratamento das doenças orais.

Tendo em conta a realidade com que o país se confronta actualmente, será premente elaborar uma estratégia de saúde oral que inclua os grupos populacionais adequados nas áreas prioritárias. Independentemente de se poder considerar que gradativamente se deverá vir a cobrir todas as áreas e responder a todos os grupos, de forma um desígnio da nossa Constituição: a “igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde”. Ou mesmo, ir de encontro ao conceito de que a “saúde deve ser tendencialmente gratuita” para a população.

Numa altura em que se assiste por parte de alguns sectores à vontade de “desmantelar “ o SNS, a OMD defende a sua importância e valorização, dando ênfase ao estipulado no artigo 64º da Constituição. O reconhecimento da importância da Medicina Dentária e a inclusão dos Médicos Dentistas no SNS são uma mais-valia para a saúde oral da população e uma medida que coloca Portugal ao nível dos países mais avançados do mundo.

CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL

A perda dentária é causada por principalmente por duas patologias evitáveis: a cárie dentária e a doença periodontal (doença dos tecidos que suportam os dentes). Tal situação pode ter um efeito profundo na saúde oral e na saúde sistémica das pessoas.

a) Prevalência das doenças orais

A cárie dentária e as periodontopatias são doenças de elevada prevalência. Enquanto a cárie dentária se pode manifestar desde a erupção dos dentes, as periodontopatias são mais prevalentes a partir da idade adulta.

A sua etiologia multifactorial, na qual as bactérias patogénicas desempenham um papel fundamental, exige algumas medidas preventivas específicas, mas que na generalidade podem ser enquadradas nas estratégias de promoção de estilos de vida saudável.

A par destas duas doenças mais comuns da cavidade oral, existe também o cancro oral que, apesar de não existir uma noção exacta da sua prevalência, se estima que esta seja proporcionalmente muito elevada.

b) Repercussões de saúde oral na saúde geral

São várias as repercussões que os problemas de Saúde Oral podem acarretar para a Saúde Geral, fazendo deslocar recursos que poderiam estar valorizados num programa de Saúde Oral.

Ao ter em conta esta realidade, o PNS, poderia evitar muito desperdício contribuindo para a sua sustentabilidade económico-financeira.

É do conhecimento geral que o facto de um indivíduo ser portador crónico de infecções, ou ter infecções de repetição pode originar problemas de funcionamento de outros órgãos. O exemplo mais paradigmático e que atinge uma percentagem

significativa da população é a interferência que uma infecção pode ter na manutenção da estabilidade de um doente diabético. Esta é uma realidade não negligenciável e que acarreta custos significativos ao Estado, pelas repercussões que pode ter.

Apesar de não estar comprovada uma relação de causalidade, parece ser evidente uma associação entre as doenças orais e um conjunto de outras patologias como a diabetes, as doenças cardiovasculares, as infecções respiratórias, a artrite reumatóide, partos prematuros e dor crónica.

Também muitas pessoas são portadoras crónicas de infecções na cavidade oral, limitando-se a sobrecarregar o serviço de urgência em caso de agudização, onde lhes é prescrita uma medicação antibiótica paliativa na maior parte dos casos. Para além de não resolver a patologia e acarretar custos significativos, esta inadequada prescrição de antibióticos, concorre significativamente para a emergência de estirpes resistentes e para a necessidade de recorrer a terapêuticas antibióticas cada vez mais complexas.

Por vezes estas infecções obrigam o indivíduo a recorrer à baixa, ou então resultam em dias de trabalho com subprodução. A dor provocada por uma agudização de uma infecção dentária crónica, ou por uma infecção aguda, mesmo com medicação adequada, pode limitar significativamente as capacidades do indivíduo, ao ponto de o incapacitar para o trabalho. Também esta é uma situação comum e que acarreta custos significativos para empresas e Estado.

É relativamente comum, a existência de dores de cabeça, ouvidos, tonturas por problemas na articulação tempormandibular que muitas vezes só são diagnosticados pelo Médico Dentista após a passagem pelo Otorrinolaringologista, Neurologista e a realização de múltiplos exames incluindo a TAC. Aqui, também a saúde geral do paciente pode estar gravemente afectada, por largos períodos de tempo, sem que haja um diagnóstico correcto, originando um significativo dispêndio de recursos, através da realização de exames subsidiários e consultas das especialidades desnecessários.

As repercussões na saúde geral causadas directamente por problemas de saúde oral nas pessoas internadas nos hospitais também não devem ser menosprezadas. Assim,

desde a desmarcação de cirurgias planeadas por infecções orais agudas, até às complicações pós operatórias que podem resultar dos mesmos problemas, são várias as situações que podem ser identificadas.

Outras vezes, as lesões malignas orais que acabam em tratamentos extremamente onerosos e de que resultam perda de vidas, poderiam ser evitadas se houvesse a possibilidade destas pessoas serem observadas periodicamente por Médicos Dentistas.

Os problemas psicológicos relacionados com a aparência da própria pessoa quando não possui dentes anteriores, interferindo com a sua auto-estima e motivando a procura de apoio psiquiátrico e de medicação auxiliar, são outro factor a ter em conta.

A quantidade de repercussões é infindável, algumas já sustentadas cientificamente, mas existe uma tendência para se ignorar esta realidade.

PONTO DE SITUAÇÃO ACTUAL

É reconhecido o esforço que tem vindo a ser desenvolvido, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde, no sentido de começar a resolver a grave lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de Saúde Oral à população no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Este problema resultou de vários erros de estratégia na política de saúde que se foram acumulando e multiplicando nestas últimas décadas. Mesmo na elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, não foi dada uma resposta concreta às propostas sobre Saúde Oral.

Ao longo dos anos a OMD tem vindo a desenvolver um trabalho de sensibilização e alerta para a necessidade de criar um programa de Saúde Oral estruturado e integrado que dê resposta às necessidades básicas da população.

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

Foi a partir deste ano que se assistiu a um incremento da dotação orçamental para a saúde oral que tem vindo a aumentar, cifrando-se actualmente em cerca de 30 milhões de euros, face aos cerca de 3,5 milhões de 2005.

Mesmo assim, neste momento os serviços de saúde públicos encontram-se com défice de recursos humanos e de infra-estruturas, e incapazes de dar resposta às graves necessidades preventivas e curativas existentes na população no âmbito da saúde oral. Inclusivamente, o programa de promoção e prevenção nas escolas é insuficiente, não abrange a grande maioria da população alvo que são as crianças e adolescentes até aos 16 anos, tendo sofrido um grande revés nos últimos anos, do qual resultou no quase abandono total do mesmo.

a) **Projectos de Saúde Oral Pública, Regulamentação e documentos de trabalho**

A partir de 1986 a única obrigação que o Estado, através da DGS, pretendeu assumir na área de Saúde Oral, foi a da prevenção nas escolas, para crianças do ensino básico e pré-escolar. Mesmo assim estas acções tiveram âmbito muito reduzido e um alcance discutível, por vezes promovidos por profissionais não especificamente habilitados nos domínios da saúde oral.

Refira-se que, apesar da deterioração evidente do estado geral de Saúde Oral da população mais carenciada, durante todo este tempo a DGS nunca entendeu a Saúde Oral como um problema específico de Saúde Pública, falhando rotundamente na sua estratégia. Assim, durante muitos anos, não houve disponibilização de verbas para esta área, nem se criou qualquer comissão para avaliar o estado de Saúde Oral da população, sendo de estranhar a ausência de Médicos Dentistas nos quadros da DGS, como consultores ou orientadores de projectos.

Com a introdução em 1999 do Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes (PPSOCA), em colaboração com a OMD, algumas crianças passaram a ser contempladas com programas preventivos e tratamentos dentários nos dentes definitivos.

Mesmo assim, no máximo, neste programa apenas 45.000 de um universo de 1.600.000 crianças e adolescentes tinha acesso a tratamentos dentários, situação que se manteve mesmo com a introdução do PNPSO em 2005.

Em 2005, entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), foi publicado no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005 o Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série que resultou de um trabalho com a participação das Faculdades de Medicina Dentária portuguesas e das Ordens dos Médicos Dentistas e dos Médicos.

Esta foi a primeira vez que os Médicos Dentistas tiveram oportunidade de colaborar activamente num programa de Saúde Oral Pública. Apesar de ainda se encontrar em vigor, esse programa tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo do tempo.

Antecipando esta alteração a DGS tinha constituído um grupo de trabalho, integrando a OMD, para analisar a questão da administração de fluoretos, do qual resultou um documento “Fluoretos - Fundamentação e Recomendações da Task Force” que ficou anexo ao PNPSO.

Para dar início ao PNPSO a DGS emitiu a Circular Normativa nº1 de 18/01/2005. Para o normal funcionamento da componente de contratualização a DGS, com a colaboração da Comissão Técnico-científica, todos os anos emitiu Circulares Normativas que regulamentavam a componente de contratualização de tratamentos do programa.

Esta terá sido a época em que se começou a verificar o declínio do programa de saúde oral na sua vertente preventiva escolar

Em Dezembro de 2006 por iniciativa do então ministro da Saúde, Prof. Correia de Campos, foi criado um grupo para estudar estratégias para a saúde oral (grupo de análise da Saúde oral, Despacho nº 300/2006 de 29 de Dezembro) coordenado por um Médico de Saúde Pública, com a participação de 3 médicos dentistas, entre outros representantes.

Desse grupo de trabalho resultou um documento entregue ao Sr. Ministro da Saúde em Julho de 2007 que traçava as linhas mestras de uma política de saúde oral adequada à realidade portuguesa.

Só em inícios de 2008, com uma alteração estratégica significativa por parte do Ministério da Saúde e da DGS é que foi criado um gabinete de Saúde Oral, que posteriormente viria a integrar uma médica dentista, do qual começaram a resultar acções verdadeiramente concertadas para tentar resolver este problema grave de saúde da população portuguesa.

Como resultado do trabalho de colaboração com a OMD que vinha a ser desenvolvido, em Maio de 2008, deu-se início a um alargamento do PNPSO incluindo estratégias preventivas e curativas para as grávidas acompanhadas no SNS e para os idosos beneficiários do complemento solidário, o qual foi denominado Programa do “cheque dentista”.

Lamentavelmente, a parte preventiva do PNPSO realizada nas escolas, que não era da responsabilidade deste gabinete, foi sendo descontinuada em vários locais. Assim, a já precária actividade preventiva dos CS nas escolas, através das suas equipas de saúde escolar, foi ainda mais negligenciada.

Com a Circular Normativa de 09 de Janeiro de 2009, o PNPSO, na sua vertente preventiva e curativa, foi alargado a todas as crianças de 7, 10 e 13 anos que frequentavam as escolas públicas e IPSSs. Neste alargamento, também as crianças de 5 anos têm direito a acesso ao médico dentista numa situação de urgência, ou quando é diagnosticada cárie dentária pelo Médico de Família.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, passou a ser regulamentado pela Portaria nº 301/2009, de 24 de Março.

Com a circular Normativa nº4 de 10 de Março de 2010 o programa é alargado para as crianças 8, 11 e 14 anos que possuam de elevado risco para cárie dentária.

Nesta fase, encontramos-nos numa situação em que já vai havendo alguma resposta preventiva e curativa na Saúde Oral por parte dos profissionais que aderiram ao “cheque dentista”, mas o trabalho de promoção de saúde oral e preventivo, que efectivamente deveria ser executado nas escolas, terá que ser reactivado.

Do ponto de vista dos cuidados hospitalares, pouco ou nada tem acontecido, apesar de se prever a integração de Médicos Dentistas nos Hospitais no PNS 2004-2010, até ao momento, nada foi realizado nesse sentido, nem existe qualquer programa que contextualize essa integração.

b) Recursos Humanos

Neste momento em Portugal existem quatro classes de profissionais que cuidam da Saúde Oral dos cidadãos.

Os Estomatologistas são a classe mais antiga de profissionais que trata das doenças da cavidade oral e estão integrados no SNS. De acordo com as directivas europeias sobre o assunto, esta classe que tenderá a desaparecer e a ser substituída pela dos Médicos Dentistas. Realmente o número de Estomatologistas tem vindo a diminuir mas é premente que a Tutela encerre esta carreira de especialização.

Os Médicos Dentistas são profissionais cuja formação tinha a duração de seis anos e que actualmente tem a duração de cinco anos devido à adaptação curricular a “Bolonha”. Na sua grande maioria, exercem exclusivamente clínica privada e o seu número tem aumentado exponencialmente ao longo dos últimos anos, ultrapassando já os 6500.

Apesar de não existir uma carreira definida SNS,, existem Médicos Dentistas integrados nos serviços do SNS, em Hospitais e Centros de Saúde, com várias situações contratuais que carecem urgentemente de uma definição clara da sua condição profissional, em virtude das limitações legais que alguns contratos acarretam. A par destes, muitos Médicos Dentistas têm colaborado recentemente com o SNS através da prestação de serviços contratualizados no âmbito do Programa de Saúde Oral actualmente em vigor.

As suas competências na área da Saúde Oral sobrepõem-se praticamente às dos Estomatologistas. O aparecimento de vários Institutos e Faculdades de Medicina Dentária no país - já vai em sete! - é outro assunto que deverá merecer, em sede própria, uma reflexão.

Os Odontologistas, a outra classe de profissionais que trata das doenças da cavidade oral, têm um enquadramento muito específico, com limitação de actos, não existindo formação específica para este tipo de profissionais. Este também será um grupo com tendência a desaparecer, pelo que, tendo em conta a sua formação, não deverão ser

considerados nas estratégias de saúde oral a delinear. Aqui também é fundamental que fique bem clara a necessidade de não permitir qualquer hipótese de inclusão de novos profissionais, pois seria uma decisão inadequada, contraproducente e poderia colocar em risco a qualidade do tratamento actualmente prestado à população.

Os Higienistas Oraís estão incluídos nesta classificação, mas têm as suas competências e atribuições só na área preventiva e não na curativa. Estão integrados no SNS como técnicos de diagnóstico e terapêutica, Dec-Lei 264/99 de 21 de Dezembro e presentes em muitas Unidades de Saúde Familiar (USF) .

Assim, neste momento existem profissionais habilitados, médicos dentistas e estomatologistas, disponíveis para integrar qualquer projecto de prestação de cuidados preventivos e curativos de Saúde Oral no âmbito do SNS ou similar.

Ao longo dos anos, com esta oferta de pessoal especializado, esperava-se que o Estado criasse uma carreira no SNS para os Médicos Dentistas, que permitisse a substituição dos Estomatologistas que entretanto se fossem retirando da profissão e da sua actividade em Centros de Saúde e Hospitais. Mas lamentavelmente tal não veio a acontecer, o que resultou na impossibilidade de uma parte significativa da população recorrer a serviços de saúde oral básicos, no âmbito do SNS.

c) Recursos Materiais

Fruto desta opção política, os equipamentos e as áreas destinadas à saúde oral em Centros de Saúde e Hospitais têm vindo a diminuir. Inclusivamente, alguns dos novos Centros, dotados com equipamento necessário para a prática da medicina dentária, mantêm-se encaixotados, ou a ocupar uma sala, sem que qualquer profissional de Saúde Oral o utilize, facilitando a sua deterioração constituindo um gestão questionável do planeamento em saúde e de optimização de recursos. Outros Centros de Saúde, recentemente construídos, nem sequer contemplam uma área para esta vertente da saúde.

Entretanto o número de consultórios/clínicas privadas de Medicina Dentária tem vindo a aumentar, encontrando-se distribuídos por todos os pontos do país, estimando-se em mais de 5 mil.

ANÁLISE CRÍTICA

O relatório de 2008 da OCDE foi claro na identificação de Portugal como um dos países europeus em que houve proporcionalmente uma pior melhoria do estado de saúde oral da população.

Actualmente não existem estudos significativos de prevalência dos problemas de Saúde Oral da população adulta portuguesa e existem alguns na população escolar que identificam índices de cárie dentária moderados.

No entanto, é fundamental ter um conhecimento claro da prevalência e incidência das doenças orais e da sua distribuição na população, de forma a promover acções adequadas às necessidades desta mesma população.

Neste momento os serviços de saúde públicos encontram-se com défice de recursos humanos e de infra-estruturas nesta área. Como tal, estão impossibilitados de dar resposta às graves carências preventivas e curativas existentes na população no âmbito da saúde oral.

Mas não será difícil entender que a Saúde Oral dos adultos portugueses estará bastante deficiente e com necessidades de intervenção urgentes. Basta repararmos na quantidade de pessoas com que nos cruzamos na rua, ou que aparecem diariamente no ecrã de televisão com ausência de dentes no sector anterior da boca.

Uma das principais razões desta realidade reside no facto da equidade e acesso aos cuidados de saúde oral ainda estarem muito longe de atingir resultados aceitáveis, principalmente nos grupos vulneráveis, minoritários e desfavorecidos socioeconomicamente.

As consultas de Medicina Dentária ou Estomatologia são predominantemente realizadas no âmbito da prestação de serviços clínicos privados, onde necessariamente recorrem pessoas de maior nível de rendimento, agudizando a iniquidade na prestação destes serviços.

No entanto, desde 2008, já é possível disponibilizar cuidados de SO a algumas franjas da população, contemplando o ensino e aplicação de medidas preventivas de SO, a par do necessário e fundamental tratamento das DO mais prevalentes, a cárie dentária e as periodontopatias. Ou seja, acções enquadráveis na acessibilidade aos cuidados de saúde primários e aos serviços de especialidade (prevenção primária e secundária).

Os serviços básicos de SO são prestados, do âmbito do SNS, em clínicas e consultórios privados através de um modelo de contratualização com os Médicos Dentistas. Este modelo, bastante original, foi construído sobre uma base informática extremamente simples, intuitiva e eficaz que disponibiliza informação “em cima da hora”, compatibilizada com o SAM, sistema informático dos Centros de Saúde, e com os sistemas contabilísticos das ARSs, o que lhe confere um cunho de qualidade que não deverá ser negligenciado, enquanto modelo de referência.

Nos cuidados de saúde primários, já foram criadas algumas estratégias. Algumas aplicadas e outras não, mas muito há para fazer. Por esse motivo é que é reconhecida a importância dos problemas de saúde oral pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que a destaca como sendo uma das áreas a desenvolver no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários em curso.

Por exemplo, a nível das acções de promoção de saúde oral e de prevenção das doenças orais que devem ser realizadas nas escolas de crianças de idade pré-escolar e escolar, assistiu-se a um decréscimo significativo. Estas acções, pelo papel importante que desempenham em todo o processo da estratégia que se venha a desenvolver a nível da saúde oral, são de enorme interesse e devem ser estruturadas de forma a que se assegure uma continuidade efectiva.

Neste contexto consideramos a reforma dos cuidados de saúde primários como uma importante oportunidade de mudança nas estratégias de saúde oral.

Os idosos, os pacientes portadores de deficiências, os diabéticos, os pacientes com patologias complexas que só podem ser tratados em ambiente hospitalar e os que necessitam de uma reintegração social, encontram-se bastante deficitários na estratégia de saúde oral. Sabe-se que se encontra em preparação um projecto relacionado com os doentes portadores de VIH, mas muito haverá para realizar.

O que existe na prevenção e tratamento das doenças orais em idosos muito é escasso. Apesar de existir o apoio aos idosos beneficiários do complemento solidário, muito há a fazer nos lares e nos outros grupos de idosos, que apesar de não serem tão carenciados, não têm qualquer hipótese de recorrer a cuidados de saúde oral.

Os cidadãos portadores de deficiências também não mereceram, até ao momento qualquer atenção e as carências são muitas. Não existe uma intervenção na promoção de saúde oral e preventiva nas escolas e centros, nem condições de acessibilidade ao chq dentista e a atendimento hospitalar, consoante a gravidade das incapacidades.

Na oncologia é fundamental definir estratégia para cancro oral. Principalmente as estratégias de prevenção e de apoio no tratamento e reabilitação dos pacientes afectados. A articulação entre os diferentes serviços hospitalares e destes com as clínicas privadas, com eventual possibilidade de encaminhamento directo, através do programa ALERT. Esta articulação permitiria desburocratizar o processo e evitar a emissão der P1's.

Nos cuidados de saúde continuados, há situações em que o tratamento de problemas de doenças da cavidade oral poderia facilitar a recuperação dos indivíduos.

Nos cuidados paliativos também não existe qualquer menção à saúde oral, mas é premente salvaguardar um mínimo de serviços que permitam a manutenção de uma qualidade de vida aceitável. Para tal, deve-se equacionar mesmo a hipótese da visita domiciliária.

Nos cuidados de saúde hospitalar não há resposta para problemas de saúde oral. Para além de não existir apoio que aos serviços de internamento, não existe a possibilidade de atendimento em ambiente hospitalar dos pacientes com patologias de elevado risco para atendimento em ambulatório ou com deficiências. O atendimento no serviço de urgência nem sempre é o adequado, realizando-se prescrição exagerada de antibióticos, sem que isso resolva o real problema do utente, pois não será essa a intervenção de urgência necessária.

Concluindo

- a. Existe um problema grave de Saúde Oral na população portuguesa com repercussão directa na sua Saúde Geral;
- b. É urgente a definição de uma estratégia global para a Saúde Oral da população.
- c. Não existem meios nos CS e nos Hospitais para dar resposta às necessidades da população;
- d. Existem Médicos Dentistas em quantidade suficiente para dar resposta às necessidades da população;
- e. O PNPSO na sua vertente preventiva encontra-se estagnado, ou até retrocedeu;
- f. A introdução do “cheque dentista” no PNPSO tem demonstrado ter sido uma estratégia eficaz para a prevenção primária e secundária das doenças orais e com custos controlados.
- g. Existem consultórios/clínicas privadas de Medicina Dentária suficientes para dar resposta às necessidades da população.
- h. Existem Médicos Dentistas com formação adequada, disponíveis para integrarem as equipas hospitalares, dos ACES ou para trabalharem nos seus próprios consultórios e clínicas privados em regime de contratualização.

Ou seja, estamos perante a necessidade de realizar um trabalho extenso e árduo que entre em linha de conta com as lacunas existentes. As intervenções a efectuar são muitas, o que não significa necessariamente que o investimento tenha que ser grande, sabendo que alguns serviços públicos já integram Médicos Dentistas. Uma parte significativa dos recursos já existe, há apenas a necessidade de requalificação ou integração de profissionais, ou contratualização de serviços de Medicina Dentária, nas estratégias a delinear.

I. Intervenções necessárias a curto, médio e longo prazo - RECOMENDAÇÕES?

Apesar de se ter assistido à recente evolução significativa na prestação de cuidados de SO às populações, com custos baixos e controláveis, há que ter a consciência da necessidade de definir uma estratégia global nesta área, sem descuidar a sustentabilidade do sistema, que contemple as várias vertentes da saúde, valorize a promoção da cidadania e a integração da SO nas políticas públicas saudáveis.

Temos que ver a Saúde oral como uma parte integrante da saúde geral em que necessariamente terá projectos e acções específicas, mas na sua generalidade deve estar inserida num contexto de estratégia global onde existirão pontos convergentes com todos os projectos existentes para as diferentes fases da vida.

A saúde oral deve ser encarada numa perspectiva de transversalidade, onde são importantes as intervenções em áreas tão diversas como os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde continuados, a oncologia, os cuidados paliativos, a prevenção e tratamento em idosos, os cuidados hospitalares, os cidadãos com incapacidades, etc. Esses desígnios só podem ser atingidos através de projectos bem fundamentados e dirigidos às reais necessidades da população.

A estratégia a delinear deverá ser faseada e com prioridades claras, no entanto, a definição da sequência mais adequada deverá partir de um diálogo e uma articulação

com as entidades envolvidas neste projecto perspectivando acções a curto e médio prazo, integráveis no PNS 2011-2016 e acções a longo prazo ultrapassar 2016.

II. Como medidas genéricas, fundamentais para toda a estratégia a implementar na Saúde Oral, a OMD propõe:

1 - O reconhecimento, por parte do Governo português, da gravidade do estado de Saúde Oral da população do país.

2 - Devido a esse reconhecimento, o programa elaborado deveria ser incluído no capítulo das Doenças e Enfermidades do PNS. Dada a sua relevância, deveria ter a atenção e dotação orçamental idêntica à de outros programas em curso (Luta contra a SIDA, Hipertensão, Cessação tabágica, etc).

3 - O departamento de Saúde Oral na DGS para além das competências que actualmente tem, tutele o PSO Escolar, cujo programa já se encontra há muito definido. Este departamento também deverá ter em conta as necessidades da população adulta e idosa integrando estratégias preventivas e curativas a médio e longo prazo para os diferentes grupos abaixo discriminados.

III. Para a OMD as áreas consideradas prioritárias para o PNS 2011-2016, são:

- Planeamento de Recursos Humanos
- Levantamento - Painel de Informação para o Planeamento em Saúde
- Cuidados de saúde primários e consultas de especialidade
- Rede de Cuidados Continuados Integrados
- Cuidados de saúde hospitalares

1. Planeamento de Recursos Humanos

A - Há que dar uma clara prioridade à criação de uma carreira profissional de Médico Dentista **dos corpos especiais** da função pública. Que contemple a regulação profissional na área hospitalar e na **cuidados primários de saúde e** de saúde pública. Para esse efeito, a OMD apresentará muito brevemente uma proposta.

B - Simultaneamente à adopção desta medida, os serviços hospitalares da especialidade deverão alterar a sua denominação para Serviço de Estomatologia e Medicina Dentária, ou, tal como existe tendência na EU, a integração da cirurgia maxilo-facial com a Medicina Dentária no mesmo serviço (até devido às perspectivas futuras da estomatologia no âmbito da UE).

E a alteração dos códigos de admissão à urgência para quantificação efectiva dos indivíduos que se apresentam com problemas relacionados com saúde oral

2. Planeamento em Saúde

Deverá ser realizada uma quantificação da Doença Oral, identificando a prevalência das principais patologias orais e da qualidade da saúde oral da população portuguesa, para permitir um planeamento adequado.

A – Realização de estudos epidemiológicos nacionais que identifiquem a prevalência da cárie dentária, periodontopatias e cancro oral, nas diferentes faixas etárias da população.

3. Cuidados de Saúde Primários:

A - É fundamental a Integração dos cuidados em saúde oral nos cuidados de saúde primários.

B – Prevenção primária - Entendendo a promoção da saúde como uma forma de garantir a sustentabilidade do sistema, deve-se apostar nessa vertente em várias faixas e sectores da população da seguinte forma:

- a) Aplicação efectiva de estratégias de educação e promoção de saúde oral e prevenção já delineadas para crianças e adolescentes (pré-escolar e escolar) e grávidas (consulta de acompanhamento).
- b) Introdução de estratégias de educação e promoção de saúde oral e prevenção em idosos (Lares e Centros de dia), diabéticos (Centros de Saúde), portadores de deficiências (escolas e centros de acolhimento), pessoas com necessidade de reinserção social (VIH e outros), doentes com patologias complexas (a intervenção na cavidade oral obriga a atendimento em ambiente hospitalar).
- c) A estas estratégias deverá ser adicionada a prevenção do Cancro Oral.

Idealmente os Médicos Dentistas deveriam participar nas URAP do ACES, coordenando a equipa de saúde oral e supervisionando as iniciativas de SO. Nos locais onde não existem H.O. ainda mais premente se torna a presença do MD, que apresenta a mais-valia da sua capacidade interventiva a nível curativo.

O trabalho de campo deveria ser realizado pela equipa de saúde escolar, onde as higienistas orais teriam papel preponderante na promoção da saúde oral, com o incentivo à escovagem e às boas práticas de saúde. Algumas das acções de promoção de saúde oral poderão facilmente ser integradas nas estratégias de alimentação saudável, higiene do corpo, etc. Estas equipas estariam em permanente acção, repetindo as visitas aos estabelecimentos de ensino de forma a sedimentar bem os hábitos preventivos preconizados.

Da mesma forma os Higienistas Orais deveriam participar nas outras equipas que trabalham com os grupos mencionados acima. Em alguns casos deveria ser introduzida

a informação sobre higiene e manutenção de próteses dentárias e formação aos auxiliares dos diferentes centros para assegurar a aplicação dos conselhos ministrados. Existindo tempo disponível os Higienistas Orais poderiam ainda realizar nos Centros de Saúde a aplicação de selantes em crianças.

C – Prevenção Primária e Secundária – face à prevalência da Cárie Dentária é fundamental o complemento das acções preventivas com os tratamentos necessários o mais precocemente possível e promovendo:

- a) Alargamento do PNPSO na sua vertente “cheque dentista” a todas as crianças e adolescentes dos 3 aos 18 anos, adoptando uma estratégia específica para os indivíduos de alto risco para a cárie dentária.
- b) Para fazer face aos acidentes traumáticos deverá ser realizada uma reestruturação dos seguros escolares no âmbito da Saúde Oral, adequando-os.

D – Prevenção Primária, Secundária e Terciária - neste caso já será importante complementar o tratamento com a reabilitação protética, principalmente em alguns grupos. Assim preconizamos:

- a) Manutenção do PNPSO na sua vertente “cheque dentista” para grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário.
- b) Alargamento do PNPSO na sua vertente “cheque dentista” a todas as pessoas com necessidade de reintegração social, nomeadamente portadores do VIH; pessoas com mais de 60 anos; pessoas portadoras de deficiências; e diabéticos.
- c) Manutenção da possibilidade de reabilitação protética aos idosos beneficiários do complemento solidário, transformando-o num sistema idêntico ao cheque dentista, para evitar a necessidade de investimento de capital por parte dos beneficiários.

- d) Manutenção da possibilidade de reabilitação protética a todas as pessoas com necessidade de reintegração social, nomeadamente portadores do VIH; pessoas com mais de 60 anos; pessoas portadoras de deficiências; e diabéticos.

4. Rede de Cuidados de Saúde Continuados:

- a) Integração de Médicos Dentistas na rede de Cuidados de Saúde Continuados para dar resposta aos problemas de saúde oral que possam ocorrer durante esta fase e que podem comprometer a recuperação do indivíduo.

5. Cuidados de Saúde Hospitalar:

A - A par das medidas já preconizadas e acima propostas, deve-se assegurar o apoio ao internamento; realização de consultas em pacientes de elevado risco com indicação de intervenção exclusivamente em ambiente hospitalar; realização de cirurgias que envolvem a cavidade oral e estruturas anexas, ou participação em cirurgias mais complexas em que também a cavidade oral e estruturas anexas estão envolvidas.

B – Presença no serviço de urgência possibilitando a intervenção imediata nos casos mais graves de dor ou traumáticos.

6. Cuidados Paliativos:

A – Apoio com eventual possibilidade de deslocação ao domicílio para resolução dos problemas existentes que concorram para a deterioração da qualidade de vida do indivíduo.

IV. Objectivos e metas smart a alcançar pelas intervenções, assim como os indicadores a monitorizar

As metas SMART têm que ser realistas e verificáveis através de indicadores bem definidos

Os indicadores do PNS devem estar articulados com a contratualização no âmbito do cheque-dentista e com a acção das equipas de saúde escolar.

No âmbito do PNSO

1 - Crianças e adolescentes dos 3 aos 18 anos

Cobertura gradual na sua vertente preventiva e curativa a toda a população.

Aplicação da vertente de promoção e prevenção em saúde oral em **todas** as escolas do pré-escolar até ao 6º ano do ensino básico em 2016 e também no 9º e 12º ano.

Indicadores smart

Aumento de pelo menos 15%/ano das crianças e adolescentes com acesso ao cheque dentista

50% das crianças e adolescentes com acesso ao cheque-dentista em 2016.

Aumento da %/ano de adolescentes /escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento.

Aumento da %/ano de crianças /escolas do pré-escolar até ao 6º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento.

90% das crianças/escolas do pré-escolar até ao 6º ano e adolescentes/ escolas do 9º e 12º ano com programas de promoção e prevenção em saúde oral em funcionamento em 2016

Aos 6, 9, 12, 15, 18 anos:

Diminuição da prevalência de dentes cariados em 20% em 2016

Diminuição da prevalência de dentes perdidos em 20% em 2016

Aumento da prevalência de dentes tratados em 20% em 2016

Aumento da prevalência de dentes sãos em 20% em 2016

2 - Grávidas:

80 % das grávidas acompanhadas no SNS utilizam o cheque dentista em 2016

Aumento anual de 15%

Diminuição da prevalência de dentes cariados em 20% em 2016

Diminuição da prevalência de dentes perdidos em 20% em 2016

Aumento da prevalência de dentes tratados em 20% em 2016

Aumento da prevalência de dentes sãos em 20% em 2016

3 - Idosos:

30% de lares visitados pela equipa de saúde oral regularmente em 2016

Mais de 50% dos idosos beneficiários do complemento solidário utilizam o cheque dentista em 2016.

Menos de 30% de desdentados totais em 2016

Aumento de 30% dos idosos benef do compl solidário com prótese em 2016

Início do alargamento do cheque-dentista a todos os idosos com idade superior a 70 anos em 2016.

4 – Outras metas e indicadores a atingir

Consoante a estratégia final adoptada, terão que ser definidas várias metas e indicadores, dos quais se realçam:

Centros de Saúde:

Sessões de promoção/prevenção saúde oral para grávidas, diabéticos e idosos

Tratamento da população não abrangida pelo cheque dentista

Aumento do nº de consultas em x%

Hospitais:

Introdução no programa informático das variáveis sobre infecções de origem dentária nos serviços de urgência, bem como de cancro oral.

V. Participação no acompanhamento da implementação do PNS 2011-2016

Como elemento da comissão de acompanhamento do PNS 2011-2016 a OMD espera ter uma voz activa e uma intervenção directa nas decisões e orientações a adoptar. Esta colaboração será sempre com o intuito de melhorar o estado da saúde oral da população, não sendo aceitável uma posição meramente observadora e passiva em todo este processo.

Dada a diversidade de áreas envolvidas, a estratégia a delinear para a saúde oral requer a intervenção de vários actores directa e indirectamente relacionados, como:

Ministério da Saúde

DGS

Ordem dos Médicos Dentistas

Ordem dos Médicos – secção de Estomatologia

SPEMD

Associação dos Médicos de Saúde Pública

Sociedade Portuguesa de Pediatria

Sociedade Portuguesa de Odontopediatria

Faculdades e Institutos com Mestrado Integrado de Medicina Dentária

Ordem dos Enfermeiros

Associação Portuguesa de Medicina Familiar (Médicos de Família)

Missão para os Cuidados de Saúde Primários

VI. Áreas que a OMD gostaria de desenvolver com o apoio do ACS.

Apoio na criação de grupos de investigação de epidemiologia em parceria com instituições de ensino de Medicina Dentária

Criação de um grupo de avaliação da qualidade da saúde oral da população Portuguesa, em parceria com a DGS.

Parceria para um grupo de trabalho da OMD com o objectivo de gizar linhas de orientação para a participação directa do poder local nos cuidados de saúde oral, à semelhança de outros grupos existentes na Europa.