ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

ACESSO, CONCORRÊNCIA E QUALIDADE NO PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL

MAIO DE 2014

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

Índice

Sumário executivo 1
1. Introdução 6
2. Enquadramento 10
2.1. Contexto e descrição do PNPSO 10
2.2. Evolução normativa 11
2.3. Coordenação, monitorização e avaliação do PNPSO 14
2.4. Objetivos terapêuticos 18
3. Comparação internacional 21
4. Acesso ao PNPSO 27
4.1. Oferta pública 28
4.2. Oferta privada 33
4.3. Análise da capacidade 34
4.4. Emissão e utilização de cheques-dentista 37
5. Concorrência 47
5.1. Estrutura dos mercados de saúde oral 48
5.2. Concentração dos cheques-dentista por médicos 59
6. Qualidade no PNPSO 65
6.1. Requisitos de contratualização 65
6.2. Avaliação dos prestadores no SINAS 69
7. O PNPSO na ótica dos ACES e dos médicos 77
7.1. Avaliação do PNPSO por parte dos ACES 77
7.2. Análise do PNPSO por parte dos médicos dentistas e estomatologistas 93
8. Conclusões 116
ANEXO I – Legislação e outros documentos 123
ANEXO II – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde 132
ANEXO III – Cheques-dentista por médico aderente 135
ANEXO IV – Questionário do inquérito aos ACES 137
ANEXO V – Questionário do inquérito aos médicos dentistas 139
ANEXO VI – Testes estatísticos do inquérito aos médicos aderentes 142

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HO – Higienista Oral

IHH – Índice de Herfindahl-Hirschmann

INE – Instituto Nacional de Estatística

LBS – Lei de Bases da Saúde

NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

RRAS – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

UE – União Europeia

Sumário executivo

A realização do presente estudo pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no qual se analisa o acesso, a concorrência e a qualidade no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), afigurou-se oportuna ao abrigo das suas atribuições estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, dado não serem conhecidos estudos relativos às vertentes analisadas, e o hiato temporal decorrido desde a realização da auditoria do Tribunal de Contas ao PNPSO em 2009.

O estudo inicia-se com uma breve resenha do contexto e a descrição cronológica do PNPSO, incidindo sobre a principal legislação relevante, a coordenação, monitorização e avaliação do programa, a definição dos objetivos terapêuticos e o financiamento do programa. Nesse âmbito, realça-se que os grupos de beneficiários atualmente abrangidos pelo PNPSO são as crianças e os jovens, as mulheres grávidas, os idosos beneficiários do complemento solidário e os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, incluindo-se ainda a intervenção precoce no cancro oral. A coordenação a nível nacional, bem como a avaliação técnico-científica do PNPSO, cabe à Direção-Geral da Saúde, e a nível regional a cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

No capítulo 3 analisa-se a situação internacional ao nível das políticas de prestação de cuidados de saúde dentários, da dotação de recursos humanos e da prevalência das doenças orais. A crescente preocupação com a saúde oral da população em Portugal, e as correspondentes políticas de prevenção e tratamento, têm acompanhado a tendência verificada ao nível dos países da União Europeia e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, com grande foco no grupo de crianças e jovens, e recentemente nos rastreios de prevenção do cancro oral.

No capítulo 4 é estudado o acesso ao PNPSO, tendo em consideração a oferta pública e privada de serviços no âmbito do programa, e a efetiva emissão e utilização de cheques-dentista.

Considerados os direitos de universalidade e equidade no acesso, os pressupostos de escolha dos grupos de utentes beneficiários do PNPSO, embora justificados pela vulnerabilidade destes grupos em termos de saúde oral, podem, desde logo, ser questionados por dois motivos: por um lado, não são abrangidos determinados indivíduos que pertenceriam aos grupos de beneficiários se estes fossem definidos em sentido lato (crianças e jovens, grávidas, idosos, utentes com VIH/SIDA), concretamente as crianças e jovens de determinadas coortes e a frequentarem

escolas privadas, os idosos não beneficiários de complemento solidário e as grávidas não seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS); por outro lado, a discriminação positiva subjacente ao benefício atribuído aos idosos com complemento solidário não segue a mesma lógica nem para o grupo das grávidas, nem para o grupo de crianças e jovens que frequentam escolas públicas ou instituições particulares de solidariedade social, que não necessitam de preencher qualquer tipo de requisito em termos de condição económica para beneficiar de cheque-dentista.

No que se refere à oferta pública de serviços no âmbito do programa, constatou-se que o número de Higienistas Orais (HO) a exercer funções nas unidades de cuidados primários, em 2013, era residual, ainda que se verifique, a nível nacional, um crescimento do número de crianças e jovens atendidos, bem como do número de tratamentos realizados entre 2009 e 2013 por estes HO.

A oferta privada, traduzida pelo número de médicos aderentes ao cheque-dentista por concelho, é mais reduzida nas ARS Alentejo e ARS Algarve, embora a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresente maior desajustamento da oferta em relação à procura potencial, sendo certo que apenas cinco concelhos, pertencentes às ARS Norte, Centro e Alentejo, não têm qualquer médico aderente ao PNPSO.

Para análise da adequação da capacidade da rede do PNPSO às necessidades da população recorreu-se ao rácio de médicos aderentes ao cheque-dentista por população em cada grupo de beneficiários, tendo-se verificado que as NUTS III da ARS Alentejo e da ARS Algarve, e as NUTS III da ARS Lisboa e Vale do Tejo, com exceção do Médio Tejo, exibem os rácios por 1.000 habitantes mais baixos, e inferiores ao verificado a nível nacional, quer no grupo de grávidas, quer no grupo de crianças e jovens. O rácio de médicos por idosos é reduzido para todas as NUTS III, o que poderá justificar-se pelo envelhecimento populacional, com o aumento relativo do número de idosos.

Em termos de emissão e utilização de cheques-dentista, no período entre 2008 e 2013, a ARS Norte foi a ARS que emitiu e na qual são utilizados mais cheques-dentista, enquanto nas ARS Alentejo e Algarve são emitidos e utilizados menos cheques-dentista, apresentando todas as ARS taxas de crescimento anual positivas e superiores a 50%. A taxa média anual de utilização dos primeiros cheques-dentista é inferior à do total de cheques-dentista, pelo que não se conclui que a continuidade de tratamentos esteja comprometida. O grupo de crianças e jovens é aquele ao qual são

emitidos mais cheques-dentista, e o dos utentes com VIH/SIDA ao qual são emitidos menos, ainda que este último apresente elevada taxa de utilização dos cheques.

O capítulo 5 é dedicado à avaliação da concorrência no mercado de saúde oral, por meio do estudo da concentração estrutural dos mercados – através de índices de Herfindahl-Hirschman (IHH) – bem como da análise da concentração dos cheques-dentista por médico aderente ao PNPSO. Na análise dos IHH considerou-se mercados relevantes delimitados pelas Regiões de Referência para Avaliação em Saúde, constatando-se que em cinco destas regiões os mercados de serviços de saúde oral são moderadamente concentrados e nas restantes 32 o grau de concentração é baixo. No que se refere à concentração da prestação de serviços no âmbito do PNPSO, analisou-se a distribuição do rácio de cheques-dentista apresentados para pagamento por médico, através de curvas de concentração e índices de concentração por ARS e a nível nacional. Deste capítulo retira-se que não só o número de médicos aumentou em todas as ARS entre 2008 e 2010, como também aumentou o número médio de cheques-dentista por médico. Em 2011 todas as ARS, com exceção do Algarve, viram o rácio reduzir-se, e nos anos seguintes estabilizar. Da análise das curvas de concentração concluiu-se que 20% dos médicos é responsável pela utilização de 50% dos cheques-dentista, a nível nacional, e com base na análise comparada do índice de concentração, por ARS, o PNPSO revela-se como menos concentrado do que o setor global da saúde oral.

No capítulo 6 analisa-se a qualidade dos cuidados de saúde prestados no PNPSO, sob duas óticas distintas. Em primeiro lugar, analisado o enquadramento legal relevante, verifica-se que o acesso ao mercado da prestação de cuidados de saúde oral está condicionado ao cumprimento, pelos prestadores, das obrigações de registo na ERS e de licenciamento, requisitos que têm como objetivo garantir a prestação de cuidados com respeito por parâmetros mínimos de qualidade. No entanto, as atuais regras de adesão e contratualização no âmbito do PNPSO não preveem explicitamente a necessidade de se cumprir tais requisitos, ao contrário de que já acontece no caso do novo regime geral de convenções do SNS, aprovado no final de 2013.

Numa outra ótica, com recurso a dados do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) da ERS, efetuou-se uma comparação entre os resultados de estabelecimentos com e sem médicos aderentes ao nível de três dimensões da qualidade avaliadas nos estabelecimentos de saúde oral – “Organização e Procedimentos”, “Segurança do Doente” e “Adequação e Conforto das Instalações”.

Os resultados já publicados revelam elevados níveis de cumprimento dos critérios de qualidade tanto por parte de estabelecimentos com médicos aderentes como por estabelecimentos sem médicos aderentes. No entanto, foram identificadas diferenças no sentido de existir um maior grau de cumprimento dos critérios de qualidade pelos estabelecimentos com médicos aderentes, uma percentagem ligeiramente superior de estabelecimentos com médicos aderentes que obtiveram estrela de qualidade no primeiro nível de avaliação e uma maior percentagem de participantes com médicos aderentes com classificação de qualidade III no segundo nível de avaliação, em todas as dimensões consideradas.

No capítulo 7 descreve-se o ponto de vista dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) e dos médicos aderentes ao cheque-dentista sobre o PNPSO, enquanto agentes relevantes na concretização do PNPSO do lado da oferta, com base em dois inquéritos.

Da avaliação do PNPSO por parte dos ACES resultou que os rácios de equipamentos existentes nas unidades de cuidados de saúde primários para a prestação de cuidados de saúde por HO, por 100.000 habitantes e por ARS, são inferiores ao exibido a nível nacional na ARS Norte e na ARS Algarve, enquanto a ARS Alentejo apresentou rácio superior a todas as ARS. Tanto a nível nacional como regional, a maioria destacou que o equipamento dos estabelecimentos integrados não existia em número adequado às necessidades da população, nem, com exceção dos ACES pertencentes à ARS Norte, em condições adequadas.

A maioria dos ACES entende que a informação disponibilizada sobre o PNPSO é adequada, enquanto no que se refere à abrangência do programa, a maioria concordou que os grupos de beneficiários contemplados são os mais necessitados de cuidados de saúde oral, e entendem que, em geral, o PNPSO tem um bom funcionamento.

Relativamente ao inquérito dirigido aos médicos dentistas e estomatologistas integrados no PNPSO, verificou-se que os médicos que deixaram de ser aderentes justificam a saída principalmente pelo valor reduzido do cheque-dentista, pela demora no reembolso do valor dos cheques-dentista apresentados para pagamento e por constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento.

No entendimento da maioria dos atuais médicos aderentes, o grupo de crianças e jovens é o que recorre mais à utilização de cheques-dentista, bem como o que mais

utiliza a totalidade dos cheques-dentista, sendo no entanto o grupo em que a doença oral se posiciona no nível menos grave. Não obstante, a maioria dos inquiridos entende que o número máximo de cheques atribuídos e o valor do cheque-dentista não são compatíveis com as necessidades dos beneficiários, sendo mais desajustados para o grupo de crianças e jovens. Encontraram-se diferenças significativas na opinião dos médicos de diferentes ARS, nomeadamente no que se refere à demora no pagamento dos cheques-dentista e quanto à realização de fiscalizações e auditoras, o que poderá revelar diferenças em termos do funcionamento dos procedimentos administrativos de apoio ao PNPSO em cada uma das ARS. A nível nacional, a maioria dos médicos refere não terem sido realizadas fiscalizações e auditorias e ainda que a demora média de pagamento dos cheques-dentista apresentados se situa entre os 31 e os 60 dias. Ainda segundo a opinião dos médicos aderentes, os grupos populacionais abrangidos pelo programa são os que efetivamente mais necessitam de cuidados de saúde oral. Por último, é entendimento da maioria dos médicos aderentes que o PNPSO contribuiu para a melhoria da saúde oral da população, avaliando o PNPSO como bom ou razoável.

O capítulo 8 é dedicado às principais conclusões do estudo sobre o acesso, a concorrência e a qualidade no PNPSO. Das análises empreendidas, concluiu-se que a criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da generalidade do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população. E embora se identifiquem algumas falhas no programa, nomeadamente o seu carácter não universal, a sua abrangência tem sido alargada ao longo dos anos, tendo em consideração os grupos populacionais mais fragilizados e a necessidade de prevenção das doenças orais de maior gravidade.

1. Introdução

No início da década passada, reconhecendo-se a necessidade de melhoria da saúde oral da população portuguesa, começou a ser pensado um modelo que garantisse o acesso aos cuidados de saúde oral pelos grupos da população que deles mais necessitavam. Assim, em 2005, aproveitando o aumento do número de profissionais de medicina dentária, foi implementado o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), enquanto modelo de contratualização de cuidados de medicina dentária direcionado às crianças e jovens, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Considerada a natureza do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de sistema universal, geral e tendencialmente gratuito, a implementação do PNPSO consubstancia um alargamento das prestações até então abrangidas pelo SNS, na senda da prossecução dos objetivos tal como enunciados, mediante recurso a contratualização com o setor privado.

Não obstante ter sido inicialmente direcionado para o grupo de crianças e jovens, o PNPSO foi-se desenvolvendo de forma gradual no sentido de garantir as atividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças orais nas crianças e jovens, nas grávidas seguidas no SNS, no tratamento de idosos beneficiários do complemento solidário, nos utentes portadores do vírus do VIH/SIDA e na intervenção precoce no cancro oral. As atividades do programa são realizadas, na sua maioria, através da contratualização dos serviços privados de medicina dentária, sendo certo que o modelo tem como instrumento principal a atribuição de cheques-dentista, com regras adaptadas às necessidades de cada grupo de utentes beneficiários, garantindo a liberdade de escolha do prestador por parte do utente do SNS.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) surge como entidade competente pela coordenação a nível nacional, bem como pela avaliação técnico-científica do PNPSO, através da definição e publicitação dos indicadores base de monitorização e avaliação, enquanto a coordenação a nível regional é da responsabilidade das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Considerando não serem conhecidos estudos relativos ao acesso, concorrência e qualidade no âmbito do PNPSO, e o lapso temporal decorrido desde a auditoria do Tribunal de Contas ao PNPSO, em 2009, que desde logo ainda não considera o alargamento a crianças e jovens em idades intermédias (concretamente de 8, 11 e 14 anos), e a utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, que passaram a estar abrangidos pelo programa só em 2010, e a intervenção precoce no cancro oral,

abrangida a partir de 2014, afigurou-se oportuno a realização pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) do presente estudo, no qual se pretende analisar o acesso, a concorrência e a qualidade no PNPSO.

Refira-se que são objetivos de regulação da ERS, nos termos do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, "velar pelo cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos", "assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei", "garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes", "velar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema" e ainda "defender a concorrência nos segmentos abertos ao mercado".

Por outro lado, importa à ERS, conforme resulta do artigo 34.º do mesmo diploma, fazer recomendações e pronunciar-se sobre os requisitos necessários para o funcionamento dos estabelecimentos prestadores dos cuidados de saúde, bem como velar pelo seu cumprimento.

Incumbe ainda à ERS, no âmbito dos direitos de acesso dos utentes, e nos termos das alíneas a) e d) do artigo 35.º dos seus estatutos, "assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados" e "zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados".

Nesse sentido, o presente estudo pretende ser um instrumento de análise do direito de acesso dos utentes ao PNPSO, e mais concretamente ao mecanismo do cheque-dentista, considerada a oferta pública, através da distribuição de higienistas orais, o número de crianças e jovens tratados e o número de tratamentos realizados, a oferta privada, representada pelos médicos aderentes ao programa e sua distribuição, a capacidade existente na rede, medida pelo número de médicos aderentes ponderado pela população abrangida pelo PNPSO, e a efetiva emissão e utilização de cheques-dentista.

Por outro lado, compete ainda à ERS, conforme as alíneas a) e b) do artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, "identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas setoriais, designadamente definir os mercados geográficos, em conformidade com os princípios do direito da concorrência", devendo ainda velar pelo respeito "da concorrência nas atividades abertas ao mercado sujeitas à jurisdição", pelo que se considera, para análise da concorrência, quer a estrutura do mercado da saúde oral, quer, no âmbito concreto do PNPSO, a concentração de cheques-dentista por médico-aderente.

Por último, a concretização dos poderes regulatórios da ERS no âmbito da qualidade dos tratamentos prestados passa também pela verificação, com base na informação do Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) e do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS), do cumprimento dos requisitos legais relativos ao funcionamento e atividade dos estabelecimentos. Na prossecução desta competência pretende-se aferir da garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde, o que pressupõe, i) a verificação do cumprimento, por parte dos prestadores, das normas de qualidade aplicáveis, ii) a adoção e verificação de boas práticas no que respeita aos atos dos profissionais de saúde e iii) a avaliação dos padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados.

O presente estudo está estruturado em oito capítulos. No capítulo 2, é efetuado o enquadramento legislativo, de forma cronológica, com início na criação do PNPSO, no sentido de descrever todos os procedimentos subjacentes ao programa, e em concreto, ao cheque-dentista.

No capítulo 3 analisa-se a situação internacional da prestação de cuidados de saúde oral, cobrindo-se alguns países pertencentes à Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), designadamente ao nível das políticas de prestação de cuidados de saúde dentários e da dotação de recursos humanos.

No capítulo 4 é estudado o acesso dos utentes ao PNPSO, e mais concretamente ao cheque-dentista. Inicialmente, foi identificada a oferta pública, disponibilizada em unidades de cuidados de saúde primários do SNS, e de seguida a oferta privada de serviços no âmbito do PNPSO, numa ótica de localização no território de Portugal Continental, e realizada uma análise da capacidade da rede e da emissão e utilização de cheques-dentista, entre as diferentes ARS, considerando os grupos de utentes por médicos aderentes ao PNPSO.

O capítulo 5 é dedicado à avaliação da concorrência numa dupla vertente, a primeira considerando a estrutura do mercado da saúde oral como um todo, e a segunda incidindo diretamente sobre a concentração de cheques-dentista nos prestadores aderentes ao PNPSO.

No capítulo 6 analisa-se a qualidade dos cuidados de saúde prestados no PNPSO, sob duas óticas distintas mas complementares: em primeiro lugar analisa-se a definição e os mecanismos de controlo do cumprimento de requisitos de qualidade e segurança na rede de prestadores do PNPSO; em segundo lugar são analisados os resultados dos prestadores aderentes ao PNPSO no SINAS da ERS.

O capítulo 7 descreve o ponto de vista dos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES) e dos médicos aderentes ao cheque-dentista sobre o PNPSO, com base em estudos por inquérito.

Finalmente, o capítulo 8 é dedicado às considerações e conclusões finais sobre as temáticas analisadas no decurso do presente estudo.

2. Enquadramento

Antes de se empreender as análises de acesso, concorrência e qualidade no âmbito do PNPSO, interessa inicialmente proceder à contextualização e descrição do funcionamento do programa, sua evolução normativa e em termos de procedimentos, desde o seu início em 2005.

Assim, o estudo inicia-se com uma breve resenha do contexto e a descrição cronológica do PNPSO, incidindo sobre a principal legislação relevante, a coordenação, monitorização e avaliação, a definição dos objetivos terapêuticos e o financiamento do programa.

2.1. Contexto e descrição do PNPSO

A saúde oral tem sido, ao longo dos 35 anos de existência do SNS, uma das áreas onde a cobertura pública das necessidades em saúde menos se tem feito sentir. A este propósito, Simões, Barros e Pereira (2007)[1] realçavam as "excepções à cobertura formalmente compreensiva [do SNS], sendo a mais evidente a da medicina dentária, maioritariamente privada", suportando esta afirmação em dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde que revelavam que em 2005 perto de 91% de todas as consultas de medicina dentária a utentes do SNS ocorreram em prestadores de natureza privada (e esta percentagem era de 92% quando se consideravam também os utentes não beneficiários do SNS).

No início da década passada, e no âmbito da política de saúde em Portugal, reconheceu-se a necessidade do SNS intervir na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento das doenças orais, como complemento de algumas atividades de prevenção primária que até então se desenvolviam nos centros de saúde. Assim, e havendo disponibilidade do lado da oferta, associada ao acréscimo de profissionais de medicina dentária, estavam reunidas as condições para a implementação de um programa assente na contratualização de cuidados de medicina dentária.

Neste contexto, em 2005, foi implementado o PNPSO previsto no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, tendo como objetivos a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais,

[1] Cfr. o relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, publicado em 2007 (coord. Jorge Simões, Pedro Pita Barros e João Pereira).

estabelecendo que os cuidados dentários para crianças e jovens, não satisfeitos no SNS, seriam prestados através de contratualização[2].

Em 2008, considerada a necessidade de assegurar a prestação equitativa de cuidados de saúde oral ao longo da vida, foi determinado o alargamento do PNPSO às grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário para idosos, identificados como grupos de maior vulnerabilidade em termos de saúde oral, e nesse âmbito foi introduzida a figura do cheque-dentista para acesso às consultas de medicina dentária. Em 2010, passaram a estar abrangidos os utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA e em 2014, o PNPSO passa a admitir a emissão de cheques-dentista para a intervenção precoce no cancro oral.

O enquadramento atual do PNPSO encontra-se plasmado na Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, cabendo à DGS a coordenação a nível nacional, devendo definir, através de circular normativa, as regras de aplicação dos respetivos procedimentos, assegurando a sua divulgação, nomeadamente junto dos profissionais de saúde, bem como a avaliação técnico-científica do PNPSO, através da definição e publicitação dos indicadores base de monitorização e avaliação. A coordenação da execução do PNPSO a nível regional, incluindo os procedimentos administrativos e financeiros, é, por seu turno, da responsabilidade da respetiva ARS.

O valor e o número máximo de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários são definidos por despacho do Ministro da Saúde, e a possibilidade de abrangência de outros grupos populacionais é igualmente estabelecida por despacho do Ministro da Saúde.

Na seção seguinte será apresentada a legislação relevante, de forma cronológica, com início na criação do PNPSO, no sentido de concretizar todos os procedimentos subjacentes ao programa, e em concreto, ao cheque-dentista.

2.2. Evolução normativa

O PNPSO foi criado em 2005 com o despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro,[3] no qual se definiu a natureza e os objetivos do programa. No momento de criação, o PNPSO foi concebido para abranger, como beneficiários, as crianças e jovens.

[2] Como estabelecido no despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro de 2004.
[3] Toda a legislação referida nesta secção é detalhadamente descrita no anexo I, para o qual se remete relativamente às matérias aqui expostas apenas sinteticamente.

No final desse mesmo ano foi aprovada a contratualização para o ano de 2006, num despacho onde não só se fixou o montante do benefício monetário atribuído a cada criança e jovem tratado (75 euros por criança), mas também se procedeu à delimitação exata do escalão etário dos beneficiários (concretamente, crianças dos 3 aos 16 anos, com lesões de cárie dentária em dentes temporários e permanente e proteção dos dentes, em função do risco individual). Por outro lado, este despacho veio também definir as regras a ser cumpridas pelos prestadores para efeitos de candidatura aos concursos no âmbito do PNPSO.

Em 2008, com o despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro, foi determinado o primeiro alargamento do âmbito PNPSO, designadamente a dois outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade: as grávidas e os idosos carenciados. Com este despacho é também introduzido o cheque-dentista como mecanismo para efetivar o acesso destes grupos populacionais a consultas de medicina dentária previstas no PNPSO. Este mecanismo de acesso mediante utilização de cheques-dentista passou a aplicar-se igualmente às crianças e jovens apenas um ano mais tarde.

Ainda em 2008, a adesão dos prestadores ao cheque-dentista passou a estar mais facilitada, substituindo-se a candidatura a concursos lançados pelas ARS por contratos de adesão suportados num processo disponibilizado eletronicamente.

O original diploma criador do PNPSO (o despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro) foi substituído em 2009 pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, passando esta portaria a regular o funcionamento do PNPSO nas suas diversas vertentes. Não introduzindo propriamente novidades, a portaria veio clarificar o desenho do programa ao fim de quatro anos de evolução, cobrindo de forma unificada os aspetos relativos aos grupos populacionais beneficiários, ao processo de adesão dos prestadores e à coordenação a nível nacional e regional do programa, a qual cabia à DGS e às ARS, respetivamente.

Poucos meses depois, algumas disposições daquela portaria foram concretizadas por meio de despacho, designadamente a determinação do valor do cheque-dentista e o número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários, definindo-se como limites máximos anuais 80 euros para crianças com 7 e 10 anos (até dois cheques-dentista), 120 euros para crianças de 13 anos (até três cheques-dentista), 120 euros para grávidas (até três cheques-dentista) e 80 euros (até dois cheques-dentista) para beneficiários do complemento solidário para idosos), bem

como as condições para haver lugar à emissão do segundo e terceiro cheques-dentista.

Em 2010 ocorreu o segundo alargamento do âmbito PNPSO, com o despacho n.º 16159/2010, de 18 de outubro, passando o programa a abranger também os doentes infetados com o vírus VIH/SIDA.

No ano seguinte avançou-se na concretização dos mecanismos de controlo definidos no programa, através da fixação, com a Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio, dos procedimentos e formalidades a observar tendo em vista a seleção de médicos dentistas e estomatologistas auditores do PNPSO.

Em 2013, o despacho n.º 7402/2013, de 28 de maio, relativo ao valor e o número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de beneficiários, veio introduzir alterações de relevo, não só nos benefícios propriamente ditos, mas também na definição dos grupos de crianças beneficiárias, constituindo, na verdade, um novo alargamento dos benefícios do PNPSO.

Com efeito, o despacho em causa, determinou, no caso das crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social, que:

"[...]

a) Das coortes de 7 e 10 anos, podem ser atribuídos até dois cheques-dentista por ano letivo;
b) Da coorte dos 13 anos, podem ser atribuídos até três cheques-dentista por ano letivo;
c) Aos jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 15 anos completos, que tenham sido utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos aos 13 anos de idade, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo."

A este título definiu-se ainda que, por referenciação do médico de família:

"[...]

a) Às grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde podem ser atribuídos até três cheques-dentista por gravidez;
b) Aos beneficiários do complemento solidário para idosos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista num período de 12 meses;

c) Aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, podem ser atribuídos até seis cheques dentista;
d) Às crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, com situações de cárie em dentes permanentes, que tenham disso utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo e por coorte;
e) Às crianças com idade igual ou inferior a 6 anos com situações de considerável gravidade ponderadas por critérios de dor e de grau de infeção em dentes temporários, pode ser atribuído um cheque-dentista por ano.".

Por outro lado, a limitação dos benefícios monetários deixou de se fazer na base de um valor anual por beneficiário para passar a fazer-se por valor por cheque-dentista. Com este despacho o valor de cada cheque fixa-se nos 35 euros, o que se pode comparar, ainda que de forma não perfeita, com os 40 euros que se encontravam como múltiplo subjacente ao benefício limitado por total anual.

Finalmente, o mais recente alargamento do âmbito do PNPSO ocorreu já em 2014, com o despacho n.º 686/2014, de 6 de janeiro, que determina que o programa passa a abranger a intervenção precoce no cancro oral, estabelecendo disposições referentes à atribuição de cheques. A intervenção precoce no cancro oral é desencadeada pelo médico de família, e o valor do cheque-diagnóstico e cheque-biópsia é de 15 euros e 50 euros, havendo para cada um destes tipos de cheque um limite máximo de dois cheques por utente.

Paralelamente a esta evolução normativa, a que corresponde uma efetiva evolução do PNPSO ao longo dos anos, a DGS, enquanto entidade responsável pela coordenação nacional do programa, foi emitindo Circulares Normativas, Informativas e Normas, no sentido de sintetizar e esclarecer questões no âmbito do PNPSO. Os principais documentos encontram-se resumidos em tabela que se apresenta no anexo I.

2.3. Coordenação, monitorização e avaliação do PNPSO

No âmbito da sua competência de coordenação nacional do PNPSO, entre 2008 e 2013 a DGS realizou ações de divulgação para as grávidas seguidas no SNS, idosos beneficiários de complemento solidário e crianças e jovens, tal como pode ser analisado na tabela *infra.*

Constata-se, para o período entre 2008 e 2011, que o grupo de crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos das escolas públicas e IPSS foi aquele ao qual se dirigiram mais ações de divulgação, seguido pelo grupo de idosos beneficiários do complemento solidário, e por último, as mulheres grávidas em vigilância no SNS.

Já no que se refere à repartição do valor despendido em ações de divulgação, no período em análise, destaca-se novamente o grupo de beneficiários crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos das escolas públicas e IPSS, ao qual foi alocado 91% da verba.

Tabela 1 – Ações de divulgação realizadas pela DGS

Data	Destinatários	Âmbito	Ações de divulgação	Valor despendido	%
2008	Mulheres grávidas em vigilância no SNS	Projeto de Saúde Oral nas Grávidas (SOG)	Folhetos SOG	4.250 €	1%
2008	Idosos beneficiários do Complemento Solidário	Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI)	Folhetos SOPI		
2009	Crianças e Jovens de 7, 10 e 13 anos das Escolas públicas e IPSS	Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens (SOCJ)	Filme publicitário e campanha nos canais de TV generalistas (RTP1, SIC e TVI) e por cabo (SIC Notícias)	266.430 €	75%
2009	Crianças e Jovens de 7, 10 e 13 anos das Escolas públicas e IPSS	Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens (SOCJ)	Folhetos informativos	28.992 €	8%
2009	Idosos beneficiários do Complemento Solidário	Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI)	Folhetos sobre Benefícios Adicionais de Saúde	0 €	0%
2009	Crianças e Jovens de 7, 10 e 13 anos das Escolas públicas e IPSS	Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens (SOCJ)	Reimpressão dos folhetos informativos	23.579 €	7%
2011	Crianças e Jovens de 7, 10 e 13 anos das Escolas públicas e IPSS	Projeto de Saúde Oral nas Crianças e Jovens (SOCJ)	Rodapé na revista País Positivo	2.000 €	1%
2011	Idosos beneficiários do Complemento Solidário	Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI)	Passagem de filme no Porto Canal	29.230 €	8%
			Total	354.481 €	100%

Fonte: DGS.

Para além da competência de coordenação, compete à DGS a avaliação da aplicação do PNPSO, com periodicidade anual, sem prejuízo de se poder realizar semestralmente ou trimestralmente se oportuno, sendo o impacto do PNPSO na saúde pública determinado por estudos a realizar de cinco em cinco anos

coordenados pela mesma instituição – cfr. n.º 1 do artigo 13.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março.

Não obstante, não se encontram publicamente divulgados indicadores base ou estudos de monitorização e avaliação do PNPSO, por parte da DGS, no sítio eletrónico do programa[4].

Na ótica da monitorização e avaliação podem, ainda, ser efetuadas auditorias com base em mecanismos de controlo a definir pela DGS – cfr. n.º 3 do artigo 13.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março. Nesse sentido, e de acordo com a informação recolhida junto da DGS, constatou-se que "[…] em 2012 foi efetuado um ciclo de auditoria. Foram auditados 232 médicos aderentes, de 39 Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde de 5 Regiões. Na região Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo a auditoria decorreu em maio/junho e outubro/novembro, no Alentejo e Algarve decorreu em maio/junho" – cfr. resposta da DGS ao pedido de informação realizado pela ERS.

As observações dos utentes no âmbito da auditoria interna foram efetuadas por 20 médicos dentistas e estomatologistas contratados de acordo com a Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio. A DGS mais acrescentou que se aguarda "[…] a conclusão de um novo projeto – suporte a queixas, que completará o projeto de auditoria sendo orientado para a verificação de situações de fraude" – cfr. resposta da DGS ao pedido de informação realizado pela ERS.

Por seu turno, o Tribunal de Contas procedeu a uma auditoria ao PNPSO[5], relativa ao triénio 2006/2008 e 1.º semestre de 2009, com o objetivo de "avaliar a execução física e financeira, analisar os controlos instituídos e os resultados obtidos em ganhos em saúde [...]", tendo desde logo destacado que "no plano institucional, e ao nível nacional, não se obteve evidência sobre os resultados do acompanhamento atribuído à Comissão Técnico-Científica".

Destacam-se, ainda, como principais conclusões da auditoria do Tribunal de Contas, quanto à utilização de cheques-dentista, que 91% das crianças e jovens terminaram os tratamentos iniciados com recurso a cheque-dentista, no triénio considerado, enquanto a utilização dos grupos de grávidas e idosos em 2008 ronda os 71 %, sendo o grupo de idosos aquele em que a execução é mais fraca, devido à dificuldade de

[4] A este propósito, confrontar https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp, onde se pode encontrar uma listagem de estudos nacionais de prevalência das doenças orais que estarão em curso, mas cujos respetivos documentos não se encontram disponíveis.
[5] "Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral", Relatório n.º 44/09 – 2.ª S, Processo n.º 06/09 – Audit, Volume I, do Tribunal de Contas.

identificar com oportunidade os beneficiários do complemento solidários. Considerando os recursos operacionais, o relatório da auditoria relevou a existência de assimetrias na operacionalização do programa a nível nacional. Segundo o Tribunal de Contas, foram observados, no período considerado, ganhos em saúde da população abrangida pelo PNPSO, com a ressalva de terem sido violados os princípios da universalidade e da equidade no acesso, dado não serem incluídas as crianças e jovens a frequentar escolas privadas.

Considerado, por sua vez, o papel de cada ARS na coordenação da execução do PNPSO a nível regional, o Tribunal de Contas, refere que "[a] avaliação externa realizada por Médicos Avaliadores à qualidade dos serviços de medicina oral efetuados pelos médicos prestadores foi realizada com manifestas insuficiências dado que apenas as ARS do Alentejo e do Algarve apresentaram, até à data, o processo completo nos três anos em análise."

Concretamente quanto ao financiamento utilizado, que se sintetiza na tabela que se segue, a ARS Norte apresentou o maior valor para todos os anos, seguida da ARS Lisboa e Vale do Tejo e ARS Centro. As ARS Alentejo e Algarve apresentaram alternadamente os valores mais baixos, no período considerado.

No ano de 2010 observou-se o aumento mais substancial em termos de utilização de financiamento, para as cinco ARS, tendo decrescido em 2011, com exceção para a ARS Algarve.

Tabela 2 – Financiamento utilizado em cada ARS

ARS	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	237.400 €	1.373.280 €	11.632.360 €	7.734.480 €	7.600.240 €	7.753.025 €
Centro	ND	703.480 €	3.529.760 €	2.692.720 €	2.540.320 €	2.660.840 €
LVT	293.475 €	1.415.760 €	3.577.120 €	3.567.400 €	4.101.680 €	3.559.720 €
Alentejo	150.000 €	400.705 €	750.000 €	600.000 €	650.000 €	655.000 €
Algarve	24.080 €	456.760 €	718.920 €	816.320 €	829.000 €	783.840 €

Nota: ND – Não disponibilizado. Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Considerando a despesa total nacional em cuidados de saúde oral (pública e privada) em 2010 e 2012, e sua projeção para 2020 (Patel, 2012), e o financiamento total do PNPSO, constatou-se que este último representou em 2010 apenas 3% do total da despesa, proporção que em 2012 diminuiu um ponto percentual.

Tabela 3 – Peso do financiamento do PNPSO na despesa total em cuidados de saúde oral

	2010	2011	2012	2013	2020*
Despesa total em cuidados de saúde oral (mil milhões de euros)	0,72	ND	0,75	ND	0,88*
% de Financiamento na despesa total em cuidados de saúde oral	3%	ND	2%	ND	2%*

Nota: ND – Não disponível. Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS e dos dados publicados no estudo Patel (2012). * Previsão.

Na estimativa da evolução das despesas em cuidados de saúde oral em 2020, foi considerado, no estudo de Patel (2012), uma taxa de crescimento de 2% ao ano, aqui também considerada para a previsão do financiamento do PNPSO. Assim, e de acordo com os pressupostos assumidos, a despesa total em saúde irá ascender, em 2020, a 0,88 mil milhões de euros.

Importa referir, também, que na União Europeia a 27 foram gastos em cuidados de saúde oral aproximadamente 79 mil milhões de euros em 2009 e que, se o cenário atual se mantiver (isto é, assumindo que as despesas irão crescer 2% ao ano), se poderá atingir os 93 mil milhões de euros em 2020 (Patel, 2012).

Por último, de acordo com a OCDE (2013)[6], os cuidados de saúde oral são prestados maioritariamente por prestadores privados. Os tratamentos custam em média 5% do total das despesas em saúde dos países da OCDE, com a maioria dos gastos a serem pagos a título privado (*out-of-pocket*). No ano de 2011, nos países da OCDE o pagamento privado para atendimento odontológico representou, em média, 55% do total das despesas de atendimento odontológico. Para Portugal, o total das despesas em saúde oral e as despesas privadas em saúde oral não se encontravam disponíveis, pelo que seria pertinente que as mesmas fossem disponibilizadas para se aferir de possíveis barreiras do acesso a este tipo de cuidados de saúde e permitir uma melhor definição de políticas de saúde pública.

2.4. Objetivos terapêuticos

Os objetivos terapêuticos definidos no Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), por cheque-dentista e por grupo beneficiário, para cumprimento por cada médico aderente, encontram-se sintetizados na tabela que de seguida se apresenta.

[6] OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

Para além dos objetivos terapêuticos, a instrução e motivação para a higiene oral é obrigatória no primeiro cheque-dentista e deve ser transversal aos restantes, tendo em vista assegurar a formação dos utentes para a aquisição de hábitos de higiene oral adequados às suas necessidades.

Tabela 4 – Objetivos terapêuticos por cheque-dentista

Grupo de beneficiários	Número de cheques	Objetivos terapêuticos
Crianças de 7 anos	1º cheque	Selamento de fissuras ou ao tratamento de 2 dentes primeiros molares
	2º cheque	Selamento de fissuras ou ao tratamento de 2 primeiros molares e ao tratamento de todas as situações de doença em dentes permanentes
Crianças de 10 anos	1º cheque	Selamento de fissuras ou ao tratamento de 2 dentes pré-molares
	2º cheque	Selamento de fissuras ou ao tratamento de 2 dentes pré-molares e ao tratamento de todas as situações de doença que afetem dentes permanentes
Crianças de 13 anos	1º cheque	Selamento de fissuras ou ao tratamento de 2 dentes segundos molares
	2º cheque	Selamento de fissuras ou o tratamento de 2 segundos molares e ao tratamento de todas as situações de doença em incisivos e caninos
	3º cheque	Tratamento de todas as situações de doença em dentes permanentes. Molares ou pré-molares
Grávidas em vigilância pré-natal no SNS	1º cheque	Pelo menos 1 tratamento curativo*.
	2ºs e 3ºs cheques	Pelo menos, 2 tratamentos curativos* por cada cheque.
Idosos beneficiários do Complemento Solidário	1º cheque	Pelo menos 1 tratamento curativo*.
	2ºs e 3ºs cheques	Pelo menos, 2 tratamentos curativos* por cada cheque.
Portadores de VIH/SIDA	1º cheque	Pelo menos o tratamento de 1 dente*.
	Nos 2ºs, 3ºs, 4ºs, 5ºs e 6ºs cheques	Pelo menos, 2 dentes tratados por cada cheque*.

Fonte: Área privada de médico aderente no SISO do PNPSO.
Nota: os tratamentos curativos previstos são os seguintes: restauração direta definitiva, preparação químico-mecânica, obturação canalar, exodontia de dentes permanentes.

As crianças em idade escolar, pertencentes às coortes dos 7, 10 ou 13 anos, deverão ter todos os seus dentes permanentes tratados e/ou protegidos, após cada ciclo de intervenções. Para as crianças com idade igual ou inferior a 6 anos às quais tenha sido atribuído cheque-dentista por referenciação do médico de família, nos termos da alínea d), do n.º 3, do despacho n.º 7402/2013, de 28 de maio, deverá ser-lhe solucionada a situação aguda que motivou a referenciação.

No âmbito do inquérito realizado junto dos médicos dentistas e estomatologistas aderentes ao cheque-dentista, melhor descrito na seção 7.2, foi questionada a adequação dos objetivos terapêuticos, tal como definidos e sintetizados na tabela anterior. Da análise das respostas verificou-se que 56% dos inquiridos, a nível nacional, entendeu que estes objetivos estão adequados a cada grupo de beneficiários a que se dirigem, sendo certo que entre médicos aderentes de diferentes ARS não existem diferenças de opinião relevantes.

3. Comparação internacional

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), na sua publicação *Health at a Glance 2013*,[7] evidenciou que há uma percentagem significativa da população em diferentes países que revela necessidades não satisfeitas de cuidados dentários.

Com efeito, tendo por base dados do inquérito EU-SILC 2011 (*European Union Statistics on Income and Living Conditions survey*), a OCDE realça que a Islândia, Itália e Portugal exibiram as taxas mais elevadas entre os países da UE, em 2011, de necessidades de exame dentário não satisfeitas (respetivamente, 13,7%, 11,5% e 11,4%). Nestes três países, verificaram-se elevadas desigualdades relativamente às necessidades de cuidados de saúde oral não atendidas entre os grupos de rendimento alto e baixo. Em média, nos países europeus cobertos pelo inquérito, aproximadamente 10% dos inquiridos de rendimento baixo revelaram ter necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitas, particularmente ao nível do exame dentário, em comparação com 3,4% dos inquiridos de rendimento elevado. A razão mais destacada por pessoas de rendimento mais baixo para as necessidades não satisfeitas de exame dentário foi o custo (por 68% dos inquiridos), seguida por medo de dentistas (9%). Uma proporção muito menor de pessoas com rendimento mais alto reportaram que as necessidades não atendidas relativamente aos cuidados de saúde oral se deviam ao custo (30%), enquanto a maior parcela respondeu que se deviam à falta de tempo (17%), medo (15%) ou tempo de espera elevado para conseguir uma consulta (13%).

A OCDE (2013) evidenciou ainda que para se melhorar o acesso aos cuidados saúde oral da população mais desfavorecida será necessário reduzir tanto barreiras financeiras como não financeiras, bem como promover uma oferta adequada de dentistas e outros profissionais de cuidados de saúde oral para responder à procura.

Na presente secção analisa-se, através de uma vertente macro, a situação da prestação de cuidados de saúde oral em alguns países pertencentes à OCDE, designadamente ao nível das políticas de prestação de cuidados de saúde dentários e da dotação de recursos humanos, considerando como principal fonte de consulta o *European Observatory on Health Systems and Policies*[8].

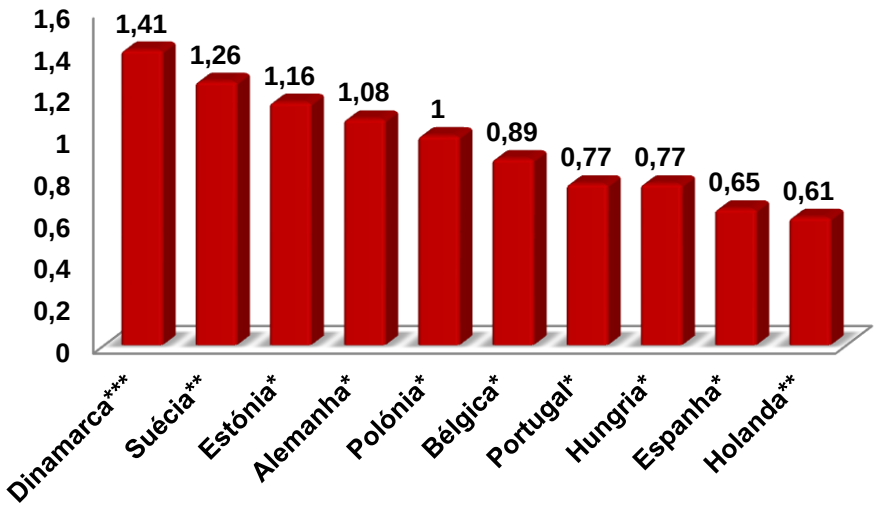
---

[7] Disponível em http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm.

[8] O *European Observatory on Health Systems and Policies* (Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde) fornece uma descrição detalhada dos sistemas de saúde europeus e informações atualizadas sobre as principais reformas e mudanças políticas no

Nesse sentido, procedeu-se à análise dos recursos humanos por referência ao número de médicos dentistas licenciados para a prática de Medicina Dentária por 1.000 habitantes. Da análise do gráfico 1, verifica-se que Portugal é o quarto país, do grupo dos países escolhidos, que apresenta um menor rácio de médicos dentistas por 1.000 habitantes e a Dinamarca a que exibe um rácio superior.

Gráfico 1 – Número de médicos dentistas por 1.000 habitantes



Fonte: Elaboração própria com base nos dados da OECD *Health Data* 2013. Nota: * dados relativos ao ano de 2011. ** dados relativos ao ano de 2010. *** dados relativos ao ano de 2009.

De seguida apresenta-se um levantamento de algumas políticas de saúde praticadas no âmbito de cuidados de saúde dentários, evidenciando-se as principais fontes de financiamento das despesas, a provisão de cuidados mais comum, bem como as eventuais regras de isenção e/ou regras específicas para determinados grupos de beneficiários.

Do levantamento efetuado foi possível concluir que existe uma significativa heterogeneidade das políticas adotadas pelos países em estudo e da abrangência tanto dos cuidados de saúde dentários prestados como dos grupos de beneficiários. Também não se verificou um padrão quanto à principal fonte de financiamento das despesas em saúde, e especificamente em cuidados dentários, nem dos grupos beneficiários abrangidos. No entanto, pode ser evidenciado que os grupos de beneficiários que têm mais destaque nas políticas de saúde são as crianças e os

setor. O sítio eletrónico do Observatório pode ser consultado em http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory.

adolescentes até os 18 anos de idade (Bélgica, Dinamarca, Estónia, França, Holanda, Inglaterra, Polónia e Suécia) e os idosos (Bélgica, Estónia, e Suécia). Nos países analisados nenhum exibiu uma prática similar ao mecanismo do cheque-dentista, como observado em Portugal.

A maioria dos países está abrangida por programas de prevenção de saúde oral, quer numa base voluntária para os prestadores interessados em participar, quer por meio de programas nacionais publicamente financiados. Estes programas geralmente incluem diversas atividades relacionadas com a educação de higiene oral nas escolas, consultas odontológicas individuais, a terapia com flúor, entre outros. O principal grupo-alvo para este tipo de programas é o das crianças até os 18 anos.

Na tabela que de seguida se apresenta, encontram-se resumidas as principais medidas no âmbito da saúde oral numa amostra de 10 países da OCDE.

Tabela 5 – Políticas públicas para os cuidados de saúde oral

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

		Essencialmente pago pelos cidadãos. Alguns pagamentos, principalmente de prevenção, são assumidos pelas regiões.	>18 anos
Estados Unidos da América	Segurança Social	Apenas 6% dos cuidados de saúde dentários são publicamente financiados. A maior parte deste financiamento é do programa Medicaid para famílias de baixo rendimento. A Medicaid paga uma pequena fração dos cuidados de saúde dentários, pois cobre apenas quando está incluído no tratamento que resultou de um problema médico. Os restantes 94% do financiamento é privado, dos quais 53% é de seguro dentário e o resto do pagamento é de *out-of-pocket*.	Pessoas abrangidas pelo Medicaid.
Estónia	Impostos	Cuidados dentários gratuitos (incluindo ortodônticos, em alguns diagnósticos).	< 19 anos
		Sistema de reembolso de 19,20€/ano e de 255,65€/ano para dentaduras.	> 63 anos ou pessoas que recebam pensões de velhice
		Sistema de reembolso de 28,77€/ano.	Mulheres grávidas, mães de crianças com idades < 1 ano, pessoas com doenças que afetam a necessidade de cuidados dentários e pessoas com incapacidade
França	Segurança Social	Exame oral anual oferecido e todos os tratamentos subsequentes.	6, 9, 12, 15 e 18 anos
Hungria	Segurança Social	Cuidados dentários maioritariamente gratuitos, com algumas exceções (próteses dentárias removíveis para pessoas com idade 18-60; custos de técnicas de cuidados dentários para as pessoas menores de 18 anos, os estudantes a tempo integral e para pessoas com mais de 60 anos; próteses para pessoas com idade inferior a 18, são exigidos copagamentos).	No âmbito do *Single-payer health insurance system*
Holanda	Segurança Social	Cuidados dentários cobertos pelo seguro de saúde básico.	<21 anos
		Pagamento privado ou opção por um seguro de saúde voluntário para cuidados dentários.	>21 anos

Inglaterra	Impostos	Cuidados dentários de segundo e terceiro nível nos hospitais, cuidados junto da comunidade (domicílios, lares, etc) e cuidados dentários gerais, em regime de ambulatório nas comunidades locais, no âmbito do SNS.	
		Grande parte da população acede gratuitamente aos tratamentos por critérios de idade ou de inclusão em grupos com benefícios especiais.	Crianças e grupos isentos
		A restante população tem os cuidados subsidiados, com pagamentos fixos em três tipos de planos de tratamento (£16,5, £45,60 ou £198).	Não isentos
Polónia	Segurança Social	Gratuito para cuidados gerais.	Crianças e adultos
		Gratuito para cuidados gerais, cirurgia oral, doença periodontal e tratamento ortodôntico.	< 18 anos
		Gratuito para próteses, atendimento de medicina dentária de emergência e cuidados preventivos.	< 19 anos
		Alguns serviços, como *check-ups*, radiografia dentária, remoção da placa dentária e próteses dentárias estão sujeitos a um número limite. O reembolso por tratamento endodôntico depende do tipo de dente e o número de canais. Alguns materiais dentários são cobertos pelo fundo nacional de saúde.	
Suécia	Impostos	Cuidados dentários gratuitos (sem pagamento de taxa).	<20
		Subsídio anual no valor de SEK 300 (€ 33) para prevenção e examinação geral.	20-29 anos
		Subsídio anual no valor de SEK 150 (€ 16) para prevenção e examinação geral.	30-74 anos
		Subsídio anual no valor de SEK 300 (€ 33) para prevenção e examinação geral.	>75 anos
		Para os restantes cuidados dentários, os utentes pagam os custos totais até SEK 3000 (€ 333) e a partir desse valor recebem um subsídio no valor de 50% dos custos para cuidados de preço entre SEK 3000 e 15000 (€ 1667) e 85% em cuidados acima desse valor.	>20 anos

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Para além das medidas apresentadas, existe um conjunto de programas para prevenção da doença oral que têm vindo a ser implementados em diversos países, nomeadamente fluoretação da água (Reino Unido, República da Irlanda, Espanha e Polónia), sal fluoretado (Suíça, Eslováquia, França, Alemanha, República Checa), programas de leite fluoretado dirigidos às crianças, mediante a sua distribuição em ambiente escolar (Bulgária, Reino Unido), *check-up* dentário para população idosa (Reino Unido), rastreio de cancro oral (Hungria), promoção de produtos sem açúcar (Suíça, Alemanha, Turquia) e melhoramento dos rótulos de alguns produtos na indústria alimentar (Reino Unido) (Patel, 2012).[9]

A melhoria da saúde oral revelou-se, em vários países, uma das conquistas mais importantes da sociedade. No que em concreto à Europa diz respeito, a prevalência e severidade de cáries e doenças periodontais destrutivas encontra-se em declínio (Patel, 2012). Não obstante os esforços que foram sendo implementados, vários estudos evidenciam que mais de 50% da população europeia sofre de alguma doença de periodontite e mais de 10% têm doença grave, cuja prevalência aumenta para 70-85% na população entre 60-65 anos de idade (Patel, 2012). No entanto, há uma falha de dados epidemiológicos relativos a doenças periodontais em vários países da União Europeia, e os que existem têm pouca qualidade (Patel, 2012). Tal informação poderia contribuir para melhorar as políticas de saúde nesses países.

[9] Patel, Reena (2012). "The State of Oral Health in Europe". Report Commissioned by the Platformfor Better Oral Health in Europe.

4. Acesso ao PNPSO

Considerando que incumbe à ERS, no âmbito dos direitos de acesso dos utentes, "assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados" cumpre inicialmente salientar a conclusão do Tribunal de Contas, da sua auditoria ao PNPSO de 2009, que destaca não serem abrangidas as crianças e jovens a frequentar escolas privadas.

Deve ainda acrescentar-se que a universalidade e a equidade no PNPSO podem, de facto, ser questionadas, desde logo por não serem abrangidos determinados indivíduos que pertenceriam aos grupos de beneficiários se estes fossem definidos em sentido lato (crianças e jovens, grávidas, idosos, utentes com VIH/SIDA), concretamente as crianças e jovens de determinadas coortes e a frequentarem escolas privadas, os idosos não beneficiários de complemento solidário e as grávidas não seguidas no SNS.

Por outro lado, a discriminação positiva subjacente ao benefício atribuído aos idosos com complemento solidário não segue a mesma lógica nem para o grupo das grávidas, nem para o grupo de crianças e jovens que frequentam escolas públicas ou instituições particulares de solidariedade social, que não necessitam de preencher qualquer tipo de requisito em termos condição económica para beneficiar de cheque-dentista.

Refira-se, ainda assim, que a justificação para a definição dos grupos de utentes beneficiários assenta na maior vulnerabilidade destes grupos em matéria de saúde oral, o que, como se verá adiante, é corroborado pela opinião expressa pelos ACES e pelos médicos aderentes ao PNPSO.

Para além de grupos beneficiários específicos, os limites da abrangência do programa residem também na definição de um número máximo de cheques-dentista a atribuir a cada grupo e de um conjunto de tratamentos que podem ser prestados.

Importa também realçar que a emissão do segundo cheque-dentista e seguintes dependem do diagnóstico e do plano de tratamento definido pelo médico aderente na primeira consulta. Numa situação em que o médico aderente não verifique a necessidade de continuação do tratamento, os utentes dos grupos beneficiários do PNPSO não terão acesso aos cheques subsequentes mesmo que se verifique uma necessidade clínica posterior. Só poderão ter acesso à nova avaliação e plano de

tratamento no ano seguinte, e apenas se ainda pertencer a um grupo beneficiário do programa. Esta situação consubstancia um limite no acesso a cuidados de saúde oral decorrente das regras do PNPSO.

Sem prejuízo das considerações acabadas de fazer, no presente capítulo analisa-se o acesso ao PNPSO numa ótica sobretudo focada na localização regional da oferta pública e privada de serviços e na capacidade instalada nessa rede de oferta.

Desde a inicial conformação do SNS que claramente foi assumido que a sua organização deveria, sem prejuízo da superintendência ou tutela do Ministro da Saúde, assentar na estruturação que melhor serviria a identificação dos cuidados de saúde necessários à recuperação do bem-estar físico e mental e à garantia do acesso dos utentes onde quer que estes vivam.

Com efeito, o SNS deve prestar "integradamente cuidados globais ou garant[ir] a sua prestação" e possibilitar ao utente o acesso, com caráter "de equidade e de forma integrada, [a] todos os cuidados globais, com o objetivo de minimizar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados" – cfr. alíneas b) e d) da Base XXIV da LBS.

Nesse âmbito, cada uma das ARS desempenha um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas suas áreas de influência, em concreto no âmbito do PNPSO, atuando como coordenadora regional do programa e responsável pelos procedimentos administrativos e financeiros.

Torna-se, por isso, fundamental avaliar o acesso dos utentes quer à oferta pública, traduzida pelos cuidados prestados pelos Higienistas Orais (HO), quer à oferta privada, identificada pelos médicos aderentes ao cheque-dentista no PNPSO, numa ótica nacional e regional, com o intuito de identificar possíveis áreas onde o acesso por parte dos utentes aos cuidados de saúde abrangidos pelo programa poderá estar limitado e/ou ser insuficiente.

4.1. Oferta pública

Na presente secção procedeu-se à caracterização da oferta pública de serviços no âmbito do PNPSO, traduzida pelos cuidados prestados pelos HO, disponibilizada em unidades de cuidados de saúde primários do SNS, apresentando-se dois indicadores, para o período compreendido entre 2009 e 2013, por ARS: o número de crianças e

jovens tratados e o número de tratamentos realizados. Assim, as análises que se seguem deverão ser consideradas à luz do número de HO em funções nas unidades de cuidados de saúde primários, bem como o universo de crianças e jovens em cada ARS.

De acordo com a tabela *infra*, a ARS Alentejo é aquela que detém maior número de HO por 100.000 habitantes em exercício de funções, seguida da ARS Algarve, ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Centro e ARS Norte. Note-se também que com a exceção da ARS Norte e ARS Centro, os rácios exibidos a nível regional são superiores ao nacional.

Tabela 6 – Distribuição de HO por 100.000 habitantes e por ARS

ARS	HO por 100.000 habitantes[10]
Norte	0,1364
Centro	0,9925
LVT	1,7528
Alentejo	2,7903
Algarve	2,2503
Portugal Continental	1,1026

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Por ofício remetido às ARS foi solicitada informação quanto ao número de utentes atendidos, por grupo de utentes beneficiários do SNS, por ano e unidade. Nas suas respostas as ARS apenas remeteram dados sobre o número de crianças e jovens atendidos, ressalvando que algumas das consultas foram realizadas pelo HO em meio escolar, pelo que a informação de algumas das ARS refere-se ao ano letivo e não ao ano civil[11].

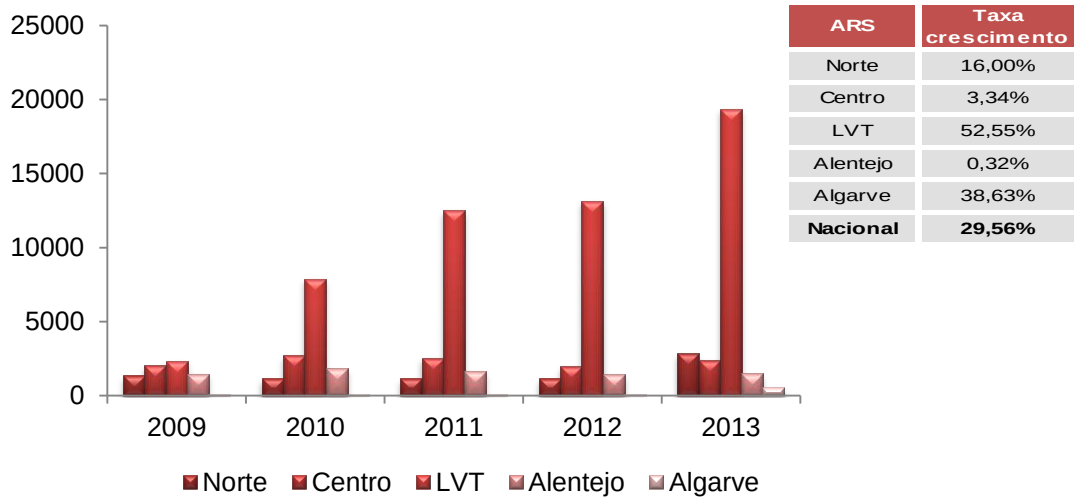
A ARS Lisboa e Vale do Tejo destaca-se neste indicador por ter apresentado um número de crianças e jovens tratados substancialmente superior às restantes ARS, a partir de 2010, atingindo o máximo em 2013 (aproximadamente 19.000 crianças e jovens tratados). No primeiro ano considerado, 2009, o número de crianças e jovens tratados atingiu o valor mínimo para as ARS Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo,

[10] A ARS Alentejo identificou Centro de Saúde e não ACES, e na resposta da ARS Centro foram identificadas as unidades de cuidados primários das ULS Guarda e ULS Castelo Branco e da ARS Norte a Unidade de Saúde Pública do Alto Minho (ULS Alto Minho).
[11] Concretamente, as ARS Norte e Alentejo enviaram informação relativa a anos letivos, e não anos civis.

sendo que a partir dessa data cresceu consecutivamente apenas para a ARS Lisboa e Vale do Tejo. Por seu turno, a ARS Algarve foi a que apresentou menos crianças atendidas por HO em todos os anos considerados, sendo esse número bastante reduzido (rondando as 100 crianças e jovens), embora tenha aumentado substancialmente para 2013 (para cerca de 550 crianças e jovens).

Analisada a taxa de crescimento anual média, a nível nacional, entre os anos de 2009 e 2013, verifica-se que o número de crianças e jovens atendidos por HO aumentou a 29,56% ao ano a nível nacional, revelando-se este crescimento mais acentuado na ARS Lisboa e Vale do Tejo e menos na ARS Alentejo. As restantes ARS exibiram uma taxa de crescimento positiva, embora inferior à nacional.

Gráfico 2 – Número de crianças e jovens atendidos, entre 2009 e 2013[12]



ARS	Taxa crescimento
Norte	16,00%
Centro	3,34%
LVT	52,55%
Alentejo	0,32%
Algarve	38,63%
Nacional	**29,56%**

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Foi igualmente solicitado a cada uma das ARS informação quanto ao número de tratamentos realizados em estabelecimentos prestadores de cuidados primários com HO, por ano, distinguindo-se o tipo de tratamento.

Por questão de disponibilidade de informação mais completa possível para as cinco ARS, foi considerado o número de tratamentos de aplicação de selantes e fluor

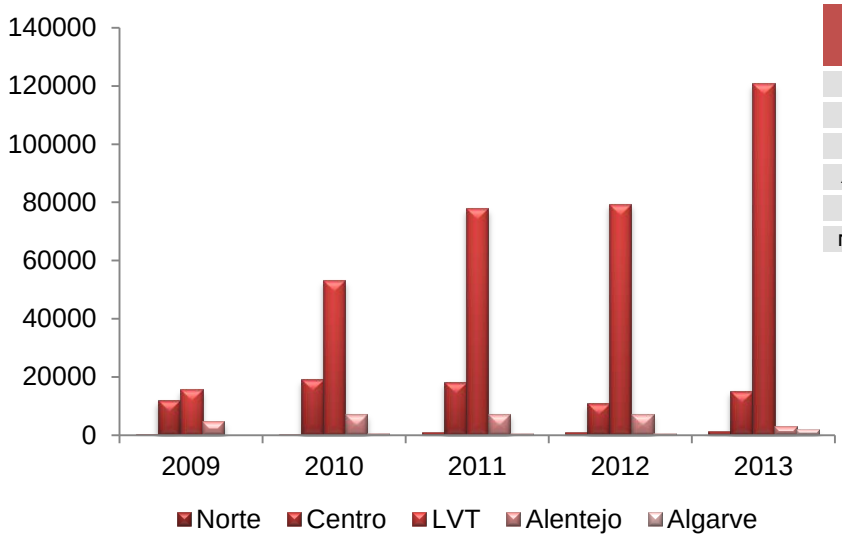
[12] A informação relativa a 2013 para a ARS Alentejo não corresponde à totalidade do ano, por se encontrar em curso a recolha de informação quanto a alguns ACES no momento da resposta ao pedido de elementos da ERS por aquela ARS.

prestados ao grupo de crianças e jovens[13] no período de 2009 a 2013[14], em unidades de cuidados de saúde primários. Foram ainda mencionados pelas ARS outros tratamentos realizados por HO, nomeadamente tratamentos de destartarização, polimentos e instrução e motivação higiene oral.

No que se refere ao número de selantes aplicados por HO, sintetizado no gráfico 3, a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresenta-se como a ARS com maior número de tratamentos realizados, e a ARS Algarve como aquela que aplicou menos tratamentos, com exceção do ano de 2013, em que a ARS Norte foi aquela a apresentar o menor valor.

A aplicação de selantes teve uma taxa de crescimento anual positiva, no período considerado, com exceção da ARS Alentejo, que verificou uma quebra neste tipo de tratamento. A ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentou a maior taxa de crescimento anual, nos cinco anos em análise. As restantes ARS, com exceção da ARS Algarve, exibiram uma taxa de crescimento positiva, mas inferior à nacional.

Gráfico 3 – Número de selantes, entre 2009 e 2013



ARS	Taxa de crescimento
Norte	25,82%
Centro	4,78%
LVT	50,25%
Alentejo	-8,66%
Algarve	30,34%
Nacional	34,01%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

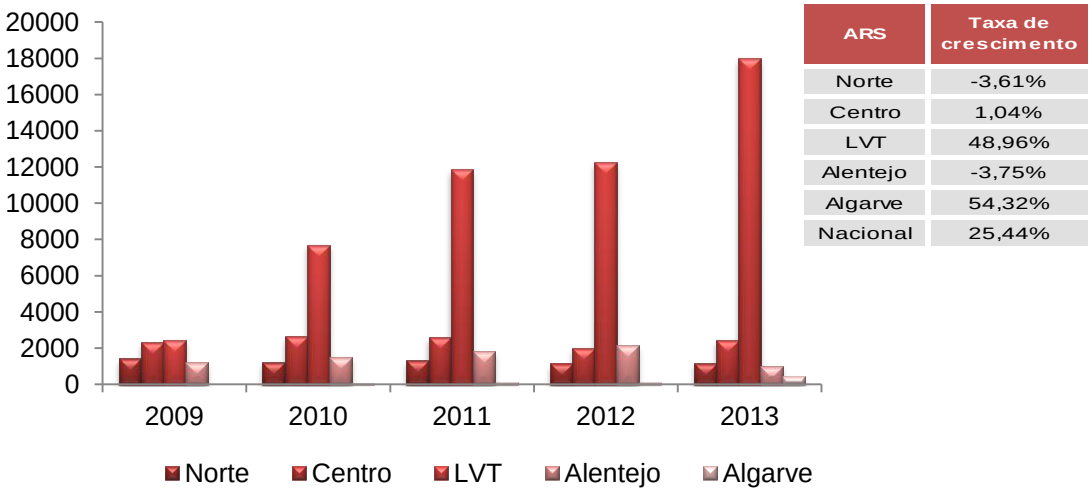
[13] Sendo as consultas realizadas pelos HO em ambiente escolar, as ARS Norte e Alentejo enviaram informação relativa a anos letivos, e não anos civis.

[14] A ARS Algarve identificou a realização de zero tratamentos em 2009, e a ARS Alentejo não teria disponível informação para todas as unidades de cuidados de saúde primários dotadas de HO, para o ano de 2013, pelo que a informação para esse ano se encontra incompleta. A ARS Norte remeteu informação do número de tratamentos completa do ACES Entre o Douro e Vouga I - Feira/Arouca e quanto a número de tratamentos de fluor, deste ACES e da Unidade de Saúde Pública do Alto Minho.

Já no que se refere aos tratamentos de aplicação de fluor, verifica-se uma tendência semelhante à dos selantes, não obstante o número de selantes aplicados ser substancialmente superior ao número de tratamentos de fluor, como se retira do gráfico de seguida apresentado.

Comparando a tendência de crescimento de aplicação de fluor com a aplicação de selantes, a ARS Norte e a ARS Alentejo apresentaram uma taxa de crescimento média anual negativa. A ARS Algarve exibiu a maior taxa de crescimento anual (54,32%), enquanto a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentou uma taxa superior em 23,52 pontos percentuais relativamente à taxa de crescimento nacional. Por sua vez, a ARS Centro evidenciou uma taxa de crescimento positiva, inferior à nacional, de 1,04%.

Gráfico 4 – Número de tratamentos de aplicação de fluor, entre 2009 e 2013



ARS	Taxa de crescimento
Norte	-3,61%
Centro	1,04%
LVT	48,96%
Alentejo	-3,75%
Algarve	54,32%
Nacional	25,44%

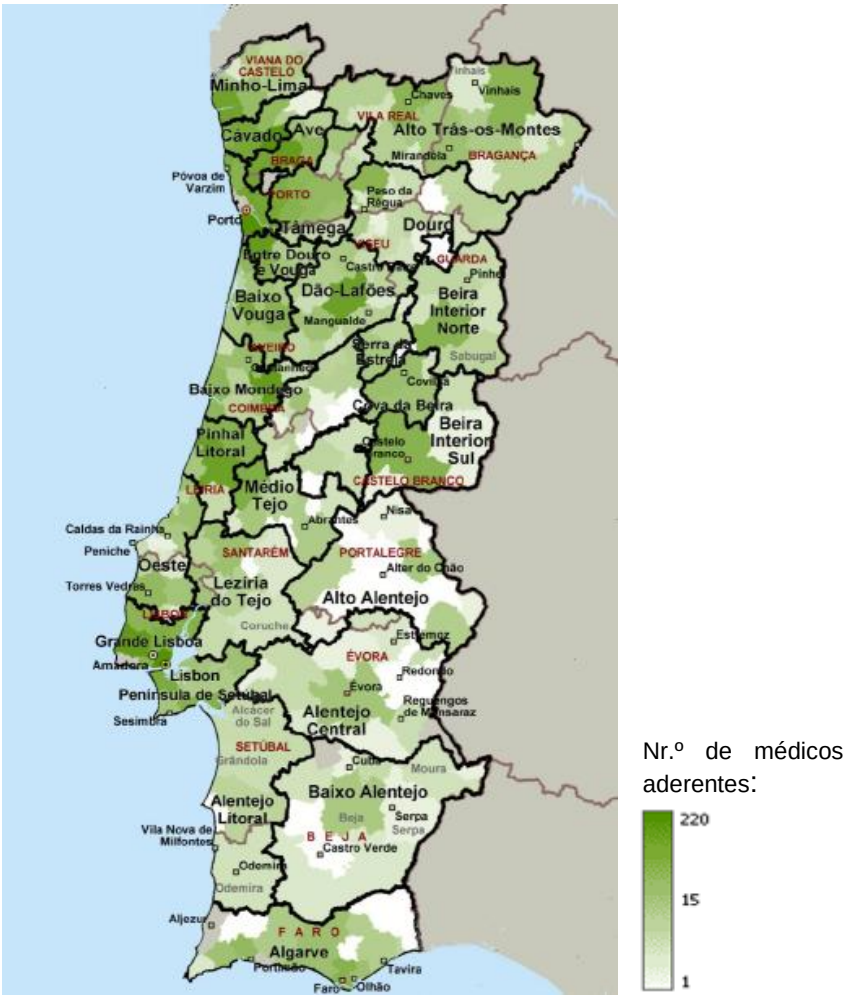
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Em síntese, a nível nacional verificou-se um crescimento no número de crianças e jovens tratados, bem como da aplicação de selantes e tratamentos de fluor, entre 2009 e 2013. No entanto, a realidade entre ARS foi distinta verificando-se que a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentou sempre uma taxa de crescimento acima da nacional e a mais elevada de todas as ARS, com exceção para o número de tratamentos de fluor. No outro extremo, encontra-se a ARS Alentejo que, durante o período em análise, exibiu a taxa de crescimento mais baixa relativamente às restantes ARS.

4.2. Oferta privada

Na presente seção é identificada a oferta relativa de médicos aderentes ao PNPSO[15], numa ótica de localização geográfica, tendo em consideração a divisão do território Continental por ARS, e os concelhos ao qual pertence cada estabelecimento onde médicos aderentes ao cheque-dentista prestam cuidados de saúde oral (ver figura 1).

Figura 1 – Distribuição de médicos aderentes ao PNPSO



Nr.º de médicos aderentes:

Fonte: Elaboração própria com base na aplicação MapPoint.

Da análise da figura 1 resulta que a ARS Alentejo e a ARS Algarve são as que exibem um menor número de médicos aderentes ao PNPSO por concelho. Verificou-se também que somente em cinco concelhos não existe qualquer médico aderente ao

[15] Para o estudo da oferta privada considerou-se a informação disponível no sítio eletrónico do PNPSO: https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp.

PNPSO, concretamente, os concelhos de Alvito, de Barrancos e de Mourão, na ARS Alentejo, os concelhos de Castanheira de Pêra, na ARS Centro, e o concelho de Boticas, na ARS Norte.

Considerados os grupos populacionais de beneficiários do PNPSO[16], verifica-se que os residentes nos concelhos da ARS Alentejo acima identificados (onde não existem médicos aderentes) representam 1,32% de toda a população da ARS incluída no programa, devendo realçar-se o facto de Barrancos e Mourão serem concelhos limítrofes, o que pode gerar maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde no âmbito do PNPSO por parte da população destes concelhos. Na ARS Centro e na ARS Norte a população integrada nos grupos de beneficiários que não dispõe de nenhum médico aderente ao PNPSO no seu concelho de residência corresponde a 0,42% e a 0,21%, respetivamente.

4.3. Análise da capacidade

Para análise da adequação da capacidade da rede do PNPSO, identificada pelos médicos aderentes, às necessidades da população, foram calculados rácios de médicos aderentes ao cheque-dentista por 1.000 habitantes, em cada grupo de beneficiários, para cada uma das NUTS III, com base na morada do estabelecimento onde prestam cuidados[17]. Para além dos grupos abrangidos pelo PNPSO, foi também considerada a população total de cada grupo, a nível nacional.

Como aproximação da distribuição geográfica da população de mulheres grávidas, considerou-se o número de nados vivos, em 2012, por local de residência da mãe, por referência a NUTS III.

Para o grupo de crianças e jovens, por aproximação, foi considerada a população residente, por NUTS III[18], dos grupos etários dos 5-9 anos e dos 10-14 anos, na medida em que a atribuição de cheques a este grupo se restringe às coortes entre os 7 e 15 anos de idade, e dado que a crianças com idade igual ou inferior a seis anos apenas pode ser atribuído um cheque-dentista em situações de considerável gravidade[19]. Mais se refira que, para este exercício, foram consideradas todas as

[16] O cálculo da população abrangida em cada grupo de beneficiários, para o ano de 2012, é descrito na seção 4.3. Análise da Capacidade.
[17] Informação disponibilizada por cada uma das ARS, em resposta ao pedido de informação da ERS.
[18] Informação relativa a NUTS de 2002, disponível em http://www.ine.pt.
[19] Nos termos do despacho n.º 7402/2013, de 28 de maio.

crianças e jovens e não apenas as que frequentam a rede escolar pública e instituições particulares de solidariedade social.

A população idosa aqui considerada inclui a população com idade igual ou superior a 65 anos, e não apenas os beneficiários do complemento solidário para idosos, por local de residência pertencente a NUTS III, no ano de 2012.

Com base na informação sintetizada na tabela 7, verifica-se que todas as NUTS III da ARS Alentejo (Alentejo Central, Alentejo Litoral, Alto Alentejo, Baixo Alentejo) e da ARS Algarve (Algarve), e as NUTS III pertencentes à ARS Lisboa e Vale do Tejo, com exceção do Médio Tejo (Grande Lisboa, Lezíria do Tejo, Oeste, Península de Setúbal), exibem os rácios de médicos aderentes ao cheque-dentista, por 1.000 habitantes, mais baixos e inferiores ao verificado a nível nacional, quer com base no grupo de nados vivos, quer com base no grupo de crianças e jovens.

Relativamente ao rácio de médicos aderentes ao cheque-dentista por 1.000 habitantes, para o grupo de idosos, verifica-se que a maioria das NUTS III exibe um rácio inferior ao nacional, com exceção das NUTS III pertencentes à ARS Norte e, na ARS Centro, as NUTS III Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão-Lafões e Pinhal Litoral.

A ARS Norte (a ARS com maior número de médicos aderentes ao cheque-dentista)[20] e a ARS Centro foram as que exibiram, em média, os rácios mais elevados em todos os grupos, o que pode ser explicado pelo elevado número de médicos aderentes relativamente à população pertencente a cada grupo, situando-se assim na melhor posição relativa em termos de ajustamento da oferta à população abrangida.

Como resultada da tabela 7, a NUTS Alto Trás-os-Montes apresenta o maior rácio de médicos por 1.000 habitantes para os grupos das grávidas e das crianças e jovens, embora o rácio de idosos seja reduzido, o que poderá justificar-se pelo envelhecimento populacional, com o aumento relativo de idosos face ao número de crianças observado em todas as NUTS III. Por outro lado, a NUTS Alentejo Litoral apresentou o menor rácio em todos os grupos populacionais, o que poderá ser explicado por um número reduzido de médicos aderentes ao cheque-dentista.

[20] De acordo com a informação prestada pelas ARS sobre o número de médicos que apresentaram cheques-dentista para pagamento.

Tabela 7 – Rácio de médicos aderentes, por 1.000 habitantes

ARS	NUTS III 2010	Rácio de nados vivos	Rácio de crianças e jovens	Rácio de idosos
ARS Norte	Alto Trás-os-Montes	158,27	11,02	3,16
	Ave	95,18	6,74	4,79
	Cávado	104,32	7,96	6,20
	Douro	109,05	7,14	2,92
	Entre Douro e Vouga	106,65	8,12	4,93
	Grande Porto	90,77	7,59	4,44
	Minho-Lima	106,54	8,25	3,32
	Tâmega	84,59	5,71	4,77
ARS Centro	Baixo Mondego	92,21	7,87	3,06
	Baixo Vouga	92,82	7,68	4,04
	Beira Interior Norte	134,00	9,72	2,83
	Beira Interior Sul	100,97	8,77	2,55
	Cova da Beira	88,68	6,42	2,19
	Dão-Lafões	114,79	8,77	3,70
	Pinhal Interior Norte	102,44	7,09	2,60
	Pinhal Interior Sul	105,88	7,13	1,75
	Pinhal Litoral	82,67	6,23	3,30
	Serra da Estrela	115,04	8,08	2,20
ARS LVT	Grande Lisboa	31,44	3,23	1,67
	Lezíria do Tejo	47,40	3,74	1,72
	Médio Tejo	74,23	5,67	2,24
	Oeste	38,84	3,10	1,63
	Península de Setúbal	33,00	3,06	1,81
ARS Alentejo	Alentejo Central	40,80	3,56	1,32
	Alentejo Litoral	31,17	2,88	1,02
	Alto Alentejo	64,20	5,11	1,70
	Baixo Alentejo	42,53	3,90	1,49
ARS Algarve	Algarve	49,77	4,45	2,35
Nacional		66,56	5,63	2,89

Fonte: Elaboração própria com base em dados do INE e nas respostas das ARS.

Como seria de esperar, as NUTS III com população de maior dimensão são aquelas onde existe também um maior número de médicos aderentes ao cheque-dentista, embora essa dotação de médicos possa não ser suficiente para fazer face à procura potencial estimada.

As conclusões da presente análise deverão sempre ser confrontadas com a procura efetiva, relacionada com a utilização de cheques, na medida em que um maior número de médicos e estabelecimento prestadores numa ARS não garante, por si, uma maior utilização.

4.4. Emissão e utilização de cheques-dentista

A informação relativa aos cheques-dentista emitidos e utilizados foi cedida por cada ARS, em resposta a ofício remetido pela ERS, dizendo respeito ao período de 2008 a 2013.

A informação foi solicitada distinguindo-se como grupos de utentes beneficiários os grupos de "Crianças e Jovens", "Grávidas", "Idosos" e "Utentes VIH/SIDA", tendo a ARS Norte e a ARS Algarve identificado ainda os subgrupos de Saúde Oral Crianças e Jovens (SOCJ), Saúde Infantil (SOSI), Crianças e Jovens – Idades Intermédias (SOCJi) e Crianças de 16 anos (SOC16); para permitir a comparação dos dados, estes subgrupos foram agregados no grupo "Crianças e Jovens". Refira-se que no caso da ARS Alentejo, os dados remetidos sobre crianças e jovens são relativos ao ano letivo e não ao ano civil.

Procedendo à comparação entre ARS, a ARS Norte é aquela que, no período considerado, emitiu mais cheques-dentista, seguida da ARS Lisboa e Vale do Tejo e Centro. A ARS Alentejo apresenta o menor número de cheques-dentista emitidos, com exceção para o ano de 2009, em que a ARS Algarve apresenta o menor número.

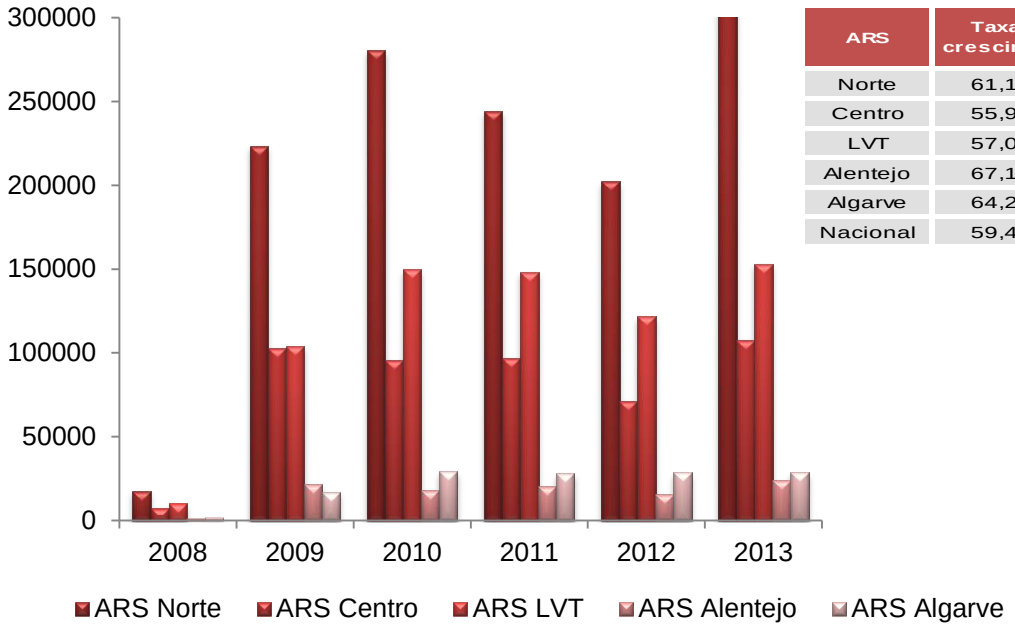
Os valores relativos a 2008 incluem apenas os grupos de grávidas e idosos, em 2009 foi adicionado o grupo de crianças e jovens[21], e em 2010 passaram a estar abrangidos pelo PNPSO os utentes com VIH/SIDA. Assim, o mínimo atingido no número de cheques-dentista emitidos e utilizados em 2008, e o seu aumento substancial em 2009, poderá dever-se ao alargamento do programa ao grupo de crianças e jovens.

Porém, o aumento do número de cheques-dentista emitidos de 2009 para 2010, para todas as ARS com exceção da ARS Alentejo, não se terá devido ao alargamento aos utentes com VIH/SIDA, que na totalidade representaram apenas cerca de 50 dos cheques-dentista emitidos em 2010.

[21] Neste grupo, em 2009, eram elegíveis para a emissão de cheques-dentista os subgrupos SOCJ e SOSI. Em 2010 passou a incluir-se também SOCJi, e em 2013 SOC16.

A emissão de cheques-dentista atinge o seu máximo no ano de 2013, para todas as ARS com exceção da ARS Algarve, em que o valor não varia muito relativamente ao ano anterior. As taxas de crescimento anual de cheques-dentista emitidos, entre 2008 e 2013, foram superiores a 55% nas cinco ARS, todas aproximadas à taxa de crescimento médio nacional. A taxa mais elevada foi exibida pela ARS Alentejo, que apresentou em média um aumento de 67,14% ao ano.

Gráfico 5 – Cheques-dentista emitidos, por ARS, entre 2008 e 2013



ARS	Taxa de crescimento
Norte	61,11%
Centro	55,91%
LVT	57,08%
Alentejo	67,14%
Algarve	64,26%
Nacional	59,42%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

No que se refere à utilização de cheques-dentista, a ARS Norte apresenta-se novamente numa posição cimeira, enquanto a ARS Alentejo apresenta menos cheques-dentista utilizados, entre 2008 e 2013.

Entre 2010 e 2012 assistiu-se a uma tendência decrescente de emissão de cheques-dentista nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo, e pouco variável nas restantes ARS. Porém, contrapondo com o número de cheques-dentista utilizados (ver gráfico 6), este manteve-se relativamente estável, aumentando mesmo nas ARS Alentejo e Algarve. Com efeito, o número total de cheques-dentista utilizados, relativamente aos emitidos

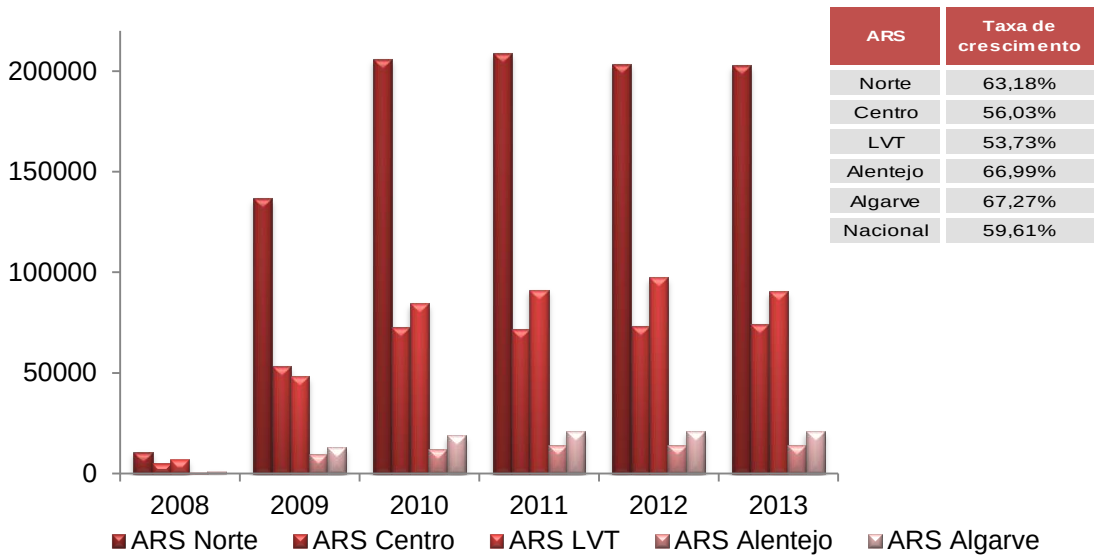
(não desagregado por ARS), apresentou uma tendência crescente entre 2010 e 2012, indiciando uma maior adesão por parte dos utentes ao programa.

Por seu turno, entre o ano de 2012 e 2013, não obstante ter-se verificado um aumento do número de cheques-dentista emitidos em todas as ARS, exceto a ARS Algarve, (ver gráfico 5), tal não se repercutiu no número de cheques-dentista utilizados, que não variou significativamente entre esses dois anos, tendo-se mesmo assistido a um decréscimo da utilização nas ARS Norte e Lisboa e Vale do Tejo (ver gráfico 6), o que se pode dever a constrangimentos económicos suscetíveis de reduzir a utilização dos cheques-dentista, nomeadamente por despesas de deslocação associadas.

Da comparação entre o gráfico 5 e o gráfico 6 observam-se diferenças, em alguns casos acentuadas, entre o número de cheques-dentista emitidos e utilizados, que serão analisadas mais pormenorizadamente adiante.

No período de 2008 a 2013 o número de cheques-dentista utilizados cresceu, a nível nacional, na ordem dos 53% ao ano. Verifica-se que a ARS Algarve é aquela que exibe a taxa de crescimento anual mais elevada de todas as ARS, não sendo a única a encontrar-se acima da taxa média nacional.

Gráfico 6 – Cheques-dentista utilizados, por ARS, entre 2008 e 2013



ARS	Taxa de crescimento
Norte	63,18%
Centro	56,03%
LVT	53,73%
Alentejo	66,99%
Algarve	67,27%
Nacional	59,61%

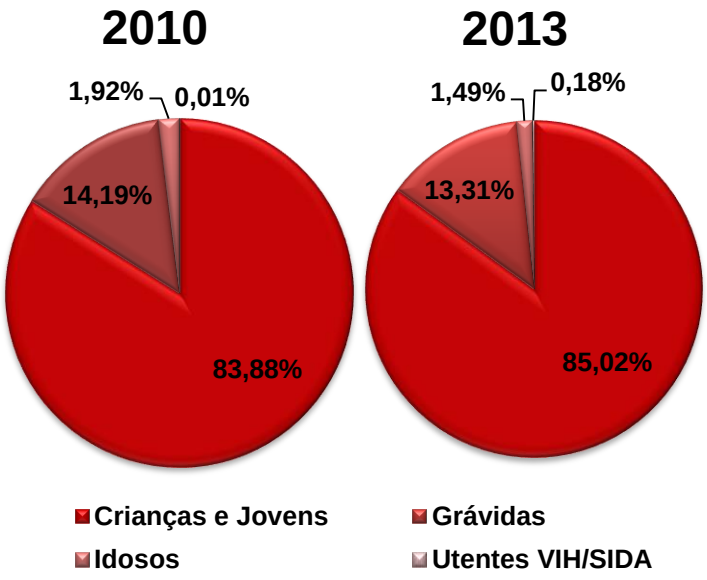
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Não foram reportadas diferenças significativas entre ARS na importância relativa dos grupos de utentes beneficiários ao nível da emissão de cheques-dentista, sendo o grupo de crianças e jovens aquele ao qual são emitidos mais cheques-dentista, representando cerca de 84%, em 2010, e 85% em 2013, e o dos utentes com VIH/SIDA, o menos representativo. Por esse motivo, procedeu-se à análise da participação de cada grupo a nível nacional, comparando-se os anos de 2010 (ano de entrada dos utentes infetados com VIH/SIDA, e em que se tem a totalidade dos grupos considerados) e 2013, nos gráficos que de seguida se apresentam.

Assistiu-se, de 2010 para 2013, a uma redução, em termos percentuais e absolutos da emissão de cheques-dentista no grupo de idosos, de 2% para 1%, tendo todas as ARS observando essa tendência decrescente, enquanto que nas grávidas se verificou uma redução percentual de 14%, em 2010, para 13%, em 2013, embora, em termos absolutos, essa redução apenas se tenha verificado na ARS Norte.

No que se refere aos utentes infetados com VIH/SIDA, ainda que a sua importância relativa quanto ao número de cheques-dentista emitidos seja reduzida (de 0,01% em 2010 e de 0,18% em 2013), observou-se uma variação absoluta de 1.057 cheques-dentista emitidos, comparando o ano de entrada desse grupo no PNPSO, 2010, com o ano de 2013, embora continue a representar um peso relativamente baixo no total de cheques-dentista emitidos.

Gráfico 7 – Cheques-dentista emitidos, por grupo, em 2010 e em 2013



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Por forma a identificar se os cheques-dentista emitidos foram utilizados, foi construído um indicador denominado "taxa de utilização"[22], que representa o rácio de cheques-dentista utilizados sobre os emitidos.

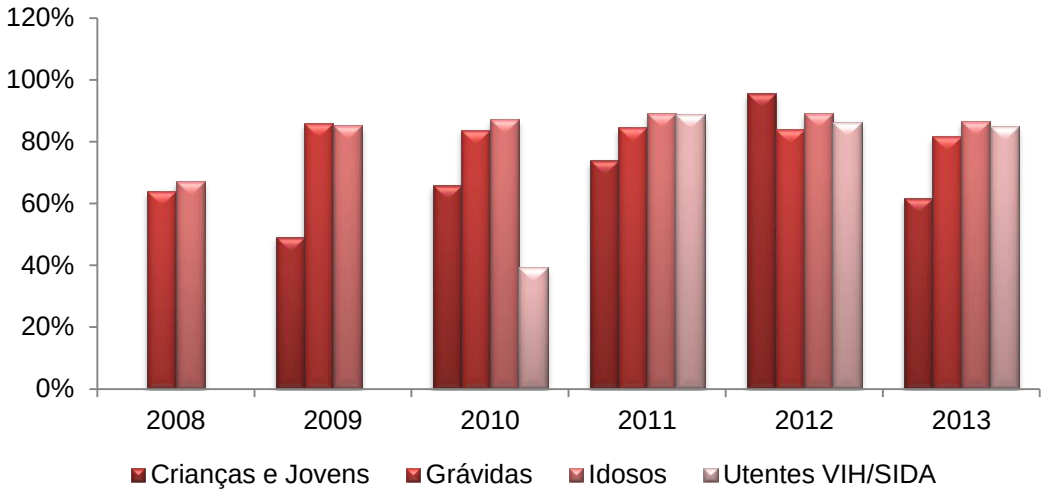
Para análise do gráfico 8 dever-se-á ter em conta o ano em que cada grupo se tornou elegível para emissão do cheque-dentista. Assim, todos os grupos no ano de entrada observaram as taxas de utilização mais reduzidas, sendo certo que tanto as grávidas e idosos, como os utentes infetados com VIH/SIDA, estabilizaram a partir do ano posterior ao de entrada, em 2009 e 2011 respetivamente, apresentando as grávidas uma taxa de utilização variando entre 82% e 86%, e os idosos e utentes com VIH/SIDA entre 85% e 89%. Não obstante a tendência de estabilização revelada, no último ano as taxas de utilização decresceram em todos os grupos.

De destacar que a variação da taxa de utilização do primeiro para o segundo ano de participação dos utentes com VIH/SIDA foi bastante mais acentuada, na ordem dos 50 pontos percentuais acima do que se verificou nos outros dois grupos mencionados (grávidas e idosos), estes com um comportamento muito idêntico. Refira-se, ainda, que no ano de 2012 a taxa de utilização dos utentes com VIH/SIDA ronda os 100% nas ARS Centro, Alentejo e Algarve.

Tendência diferente foi revelada pelo grupo das crianças e jovens, para os quais a taxa de utilização cresceu até ao ano de 2012, atingindo 96%, e decresceu no último ano para 62%. Contudo, importa notar que este decréscimo na taxa de utilização, ainda que significativo, deveu-se ao aumento do número de cheques-dentista emitidos, que passou de 344.184, em 2012, para 527.800, em 2013, não se tendo registado variação relevante no número de cheques-dentista utilizados, que decresceu apenas ligeiramente, de 329.150 para 326.109.

[22] Esclareça-se que uma taxa de utilização superior à unidade (número de cheques-dentista utilizados superior ao número de cheques-dentista emitidos) poderá dever-se, nomeadamente, à possibilidade de um cheque-dentista ser utilizado numa ARS que não a de emissão, bem como pela utilização do cheque-dentista em ano civil subsequente ao de emissão.

Gráfico 8 – Taxa de utilização, por grupo, entre 2008 e 2013



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

As análises que de seguida se apresentam pretendem aferir se os utentes dão continuidade aos tratamentos iniciados com o primeiro cheque-dentista, com recurso ao cálculo de dois rácios: o rácio de emissão do primeiro cheque-dentista face ao total de cheques emitidos, e o rácio de utilização do primeiro cheque-dentista face ao total de cheques-dentista utilizados.

Relembre-se que o número de cheques-dentista subsequentes não é idêntico para todos os grupos de utentes beneficiários considerados; concretamente as crianças e jovens podem ter acesso, no máximo e dependendo da coorte em que se inserem, a três cheques dentista por ano letivo, aos idosos beneficiários do complemento solidário para idosos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista num período de 12 meses, às grávidas três cheques-dentista por gravidez, e aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA seis cheques-dentista[23].

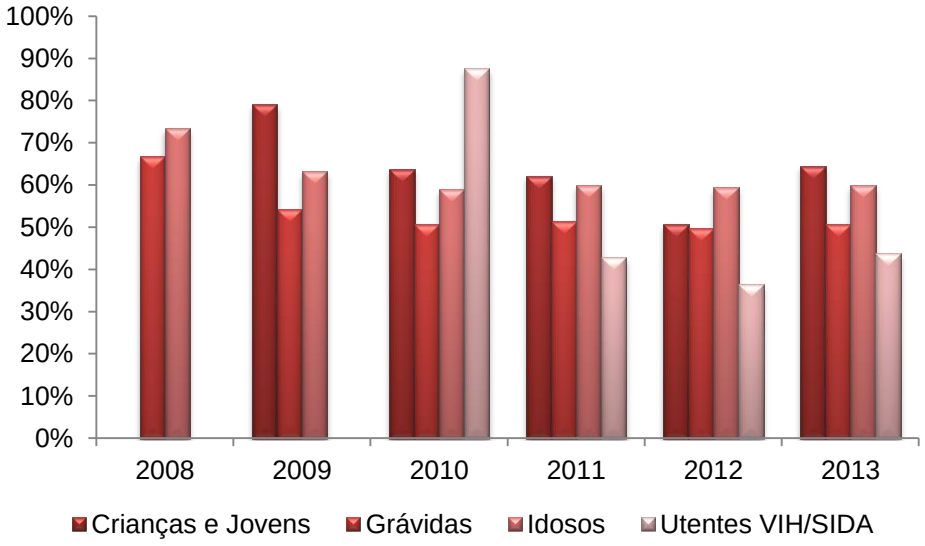
No primeiro ano de participação de cada grupo, verifica-se um grande peso dos primeiros cheques-dentista relativamente aos cheques subsequentes, sendo esta constatação mais pronunciada nos utentes com VIH/SIDA, o que poderá estar associado quer à não observância de necessidade clínica para a continuidade de tratamentos, por indicação do médico aderente, quer à não utilização por parte dos utentes do primeiro cheque, o que inviabiliza a emissão dos subsequentes.

[23] Nos termos do despacho n.º 7402/2013, de 28 de maio.

O rácio de primeiros cheques-dentista emitidos, face ao total de emitidos, decresce a partir do ano de entrada, até ao ano de 2012, denotando uma maior emissão de cheques subsequentes, o que não implica necessariamente que estes sejam utilizados, e que esteja assim garantida a maior continuidade dos tratamentos iniciados com o primeiro cheque.

Embora o comportamento do grupo das grávidas se assemelhe ao dos idosos, em termos de tendência, a importância de primeiros cheques emitidos no total é superior nos idosos, na medida em que apenas lhe pode ser emitido um cheque subsequente.

Gráfico 9 – Rácio de primeiros cheques-dentista emitidos, face ao total de emitidos



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

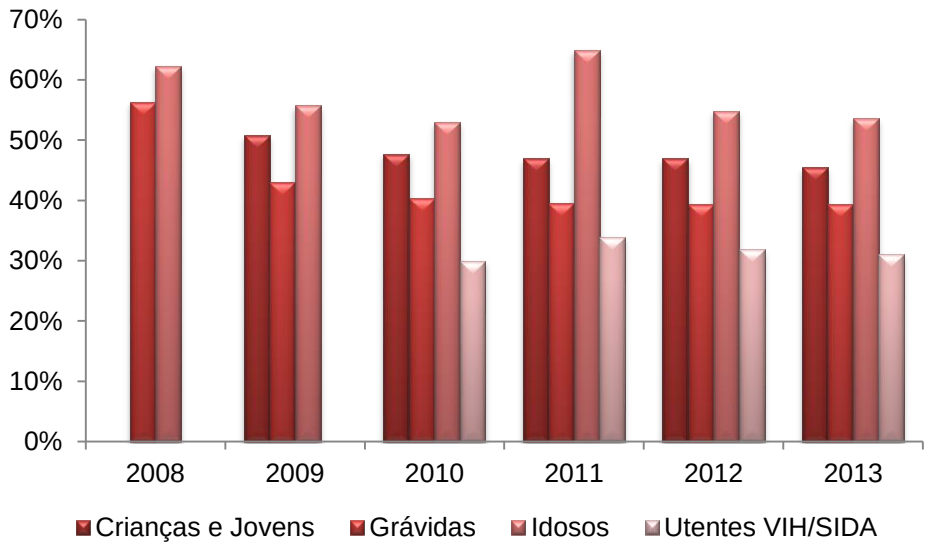
Observa-se uma diferença em termos da percentagem de primeiros cheques-dentista emitidos face ao total e utilizados face ao total (ver gráfico 10, em comparação com o gráfico 9).

Utilizando como exemplo o grupo das crianças e jovens, enquanto a percentagem de primeiros cheques emitidos assume o valor máximo de 79%, para o ano de 2009, no

mesmo ano a percentagem de primeiros cheques utlizados no total representa apenas 51%, e de forma idêntica nos restantes grupos[24].

Considerando que o grupo de idosos é aquele ao qual pode ser emitido menos cheques-dentista (dois), seguido de grávidas (três), crianças e jovens (três) e utentes com VIH/SIDA, o gráfico que de seguida se apresenta captura essencialmente o efeito associado ao menor peso relativo dos primeiros cheques-dentista no total de cheques, para cada grupo.

Gráfico 10 – Rácio de primeiros cheques-dentista utilizados, face ao total de utilizados



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Completando a análise anterior, apresenta-se a taxa de utilização média de primeiros cheques-dentista (número de primeiros cheques-dentista utilizados sobre o número de primeiros cheques-dentista emitidos), em comparação com a taxa de utilização média do total de cheques-dentista (ver tabela 8), no período entre 2008 e 2013, de onde se retira que em todas as ARS, com a exceção de Lisboa e Vale do Tejo, a taxa média de utilização dos primeiros cheques é inferior à taxa média de utilização total. Assim, não se concluiu que a continuidade de tratamentos se encontre comprometida.

[24] Refira-se como exceção o grupo dos idosos para o ano de 2011, em que a percentagem de cheques utilizados é superior à de emitidos, face ao total de utilizados e emitidos, respetivamente.

Tabela 8 – Taxa média de utilização de total de cheques-dentista, e primeiros cheques dentista, por ARS, entre os anos de 2008 e 2013

ARS	Taxa de utilização total	Taxa de utilização 1.ºs cheques
ARS Norte	76%	67%
ARS Centro	73%	70%
ARS LVT	61%	62%
ARS Alentejo	65%	57%
ARS Algarve	72%	63%
Nacional	**71%**	**64%**

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Em suma, no período entre 2008 e 2012, a ARS Norte foi a que emitiu e na qual são utilizados mais cheques-dentista, enquanto a ARS Alentejo apresentou um menor número de cheques-dentista emitidos e utilizados, com exceção para o ano de 2009, ano em que a ARS Algarve emitiu menos cheques-dentista.

O grupo de crianças e jovens apresentou-se como aquele ao qual são emitidos mais cheques-dentista, seguido das grávidas, dos idosos, e por último, os utentes com VIH/SIDA, grupo com menor número de cheques-dentista emitidos.

No que se refere à efetiva utilização do cheques-dentista emitidos, o grupo de grávidas e de idosos, primeiros grupos a beneficiar de cheques-dentista, em 2008, comportam-se de forma idêntica no período considerado.

As taxas de crescimento anual dos cheques-dentista emitidos e utilizados, entre 2008 e 2013, foram positivas e superiores a 50%, tanto a nível nacional como em cada uma das ARS.

No ano de adesão a taxa de utilização de cheques-dentista é inferior aos restantes anos, e reduz-se de 2012 para 2013. Por outro lado, enquanto a taxa de utilização das grávidas, dos idosos e dos utentes com VIH/SIDA estabilizou a partir do ano posterior ao de entrada, na ordem dos 80 a 90%, apresentando uma ligeira quebra no ano de 2013, o grupo de crianças e jovens revelou um aumento da taxa de utilização de 2009 a 2012, ano em que atingiu o máximo de 96%, reduzindo-se consideravelmente em 2013, embora tal redução se tenha devido ao aumento significativo do número de cheques-dentista emitidos e não a uma redução relevante no número de cheques utilizados.

Relativamente ao impacto dos primeiros cheques-dentista emitidos e utilizados, estes têm uma taxa média de utilização inferior à do total de cheques-dentista, em todas as ARS, exceto em Lisboa e Vale do Tejo, pelo que não se conclui que a continuidade de tratamentos esteja comprometida.

Cruzando as conclusões aqui obtidas com aquelas da secção 4.1, destaca-se que o reduzido número relativo de tratamentos realizados e de rácio de HO nas unidades de cuidados primários da ARS Norte contrasta com o maior número de cheques emitidos nesta ARS. Esta questão, aliada à conclusão de que o grupo crianças e jovens é o mais significativo em termos de emissão de cheques-dentista, poderá dever-se à ausência de HO suficientes para, no ambiente escolar, sinalizarem as crianças que realmente necessitam de cuidados, ou ainda à emissão de cheques-dentista de cuidados preventivos que poderiam ser realizados por HO na unidade de cuidados de saúde primários, caso estes existissem.

5. Concorrência

A análise de concorrência no presente estudo visa identificar eventuais repercussões da introdução do PNPSO nos mercados de prestação de serviços de saúde oral.

Com efeito, o âmbito do PNPSO tem uma clara sobreposição com os mercados de saúde oral, e na medida em que o programa assenta na contratualização com prestadores privados, podendo os médicos dentistas e estomatologistas livremente aderir ao programa, as distorções eventualmente introduzidas à concorrência far-se-iam sentir no mercado como um todo.

Tendo como ponto de partida o "Estudo sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral", realizado pela ERS em 2009[25] (doravante estudo da ERS de 2009), onde se concluiu que o mercado nacional da saúde oral seria concorrencial, pretende-se nesta secção atualizar aquela análise para aferir de eventuais alterações associadas à evolução do PNPSO. Note-se que em 2009 o PNPSO já estava em funcionamento embora não incluísse todos os grupos beneficiários que integra atualmente. Por esse motivo, a análise empreendida não constitui um estudo em que se compare o mercado antes e depois da implementação do PNPSO, mas antes uma comparação entre dois momentos do tempo em que o programa se encontrava em estados de evolução distintos, como de resto já se verificou.

Por outro lado, importa igualmente analisar o mercado específico do PNPSO, como segmento de mercado da saúde oral, através de uma análise da concentração da produção, assente no volume de cheques-dentista apresentados para pagamento por cada médico aderente.

Assim, o presente capítulo analisa a concorrência numa dupla vertente, a primeira direcionada para estrutura do mercado da saúde oral como um todo, e a segunda incidindo diretamente sobre a concentração de cheques-dentista nos prestadores integrados no PNPSO.

[25] Disponível no sítio eletrónico da ERS, em www.ers.pt.

5.1. Estrutura dos mercados de saúde oral

O PNPSO estabelece-se no mercado da saúde oral, assente na contratualização com médicos dentistas e estomatologistas que pretendam livremente aderir ao cheque-dentista, por forma a impulsionar assim o acesso das populações mais vulneráveis aos cuidados de saúde oral.

A adesão ao cheque-dentista por parte dos profissionais de saúde oral, que inicialmente se fazia por meio de candidatura dos prestadores a concursos[26] lançados pelas ARS, foi em 2008[27] facilitada pela introdução do formulário de contrato eletrónico, passando a encontrar-se sempre patente a liberdade de adesão.

Assim, considerando a liberdade de adesão dos médicos ao cheque-dentista, no âmbito do PNPSO, bem como a liberdade dos utentes beneficiários de escolherem o médico aderente a que se dirigirem para beneficiar do cheque-dentista, entende-se que eventuais efeitos do PNPSO far-se-ão sentir no mercado de saúde oral como um todo.

5.1.1. Mercados relevantes de serviços de saúde oral

O primeiro passo para se proceder à avaliação da concorrência em qualquer setor de atividade consiste na definição e caracterização dos mercados relevantes para a análise a efetuar. De facto, como se estabelece na alínea a) do art. 38.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, incumbe à ERS, para efeitos do objetivo de defesa da concorrência, "identificar os mercados relevantes que apresentam características específicas sectoriais".

A noção de mercado relevante enquanto conjunto de produtos e/ou serviços e áreas geográficas que exercem pressão concorrencial entre si visa, sobretudo, identificar os condicionalismos concorrenciais que os diferentes operadores têm de enfrentar no mercado em que se inserem, e que são suscetíveis de restringir o seu comportamento.

No já referido estudo da ERS de 2009 sobre este setor, procedeu-se a uma sustentada delimitação dos mercados relevantes de serviços de saúde oral, na sua dimensão de serviço e geográfica, delimitação essa que se recupera aqui.

[26] Cf. artigo 5.º do despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro de 2005.
[27] Cf. despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro.

Mercado do produto/serviço

Nos termos do parágrafo 7.º da Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes[28], "um mercado do produto relevante compreende todos os produtos e/ou serviços considerados permutáveis ou substituíveis pelo consumidor devido às suas características, preços e utilização pretendida".

Assim, e tendo em vista o conteúdo daquele parágrafo, considera-se que, no contexto desta análise, importa ter em conta um conjunto de fatores para a definição do mercado relevante, nomeadamente, as características do produto/serviço, os preços e a sua finalidade de utilização pelos utentes.

Segundo o parágrafo 13.º da mesma Comunicação, "as empresas estão sujeitas a condicionalismos concorrenciais de três ordens, a saber, a substituibilidade do lado da procura, a substituibilidade do lado da oferta e a concorrência potencial. Do ponto de vista económico, para a definição do mercado relevante, a substituição do lado da procura constitui o elemento de disciplina mais imediato e eficaz sobre os fornecedores de um dado produto, em especial no que diz respeito às suas decisões em matéria de preços".

Mas a definição de mercado relevante do produto/serviço passará tanto pela consideração da substituibilidade da procura de atos efetuados como pela consideração da substituibilidade do lado da oferta.

Assim, na ótica da substituibilidade da oferta, no estudo da ERS de 2009 foram analisadas todas as condicionantes de natureza organizativa da prestação de serviços de saúde oral em Portugal, concluindo-se ser adequado definir como serviço relevante o conjunto dos atos efetuados por estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral, com vista à satisfação das necessidades dos utentes.

Incrementalmente, a análise também na ótica da substituibilidade da procura levou à consideração de um delimitação sensivelmente menos abrangente, em que se excetuam os atos de cirurgia oral e cirurgia maxilofacial, devido à sua natureza particular distinta, uma vez que visam atender necessidades diferentes dos utentes e exigem dos profissionais competências específicas diversas.

[28] Comunicação (97/C 372/03) da Comissão Europeia (JOUE n.º C 372/5 de 9.12.1997).

Mercado geográfico

Na determinação da dimensão geográfica de um dado mercado relevante considera-se a área geográfica na qual as empresas intervêm na oferta e procura dos produtos/serviços relevantes, onde as condições de concorrência são suficientemente homogéneas e, por fim, que se pode distinguir de outras áreas geográficas em virtude da diferença nas condições da concorrência existentes nestas últimas. Trata-se de determinar uma área territorial onde as condições objetivas de concorrência do produto/serviço relevante sejam similares para todos os operadores económicos.

No estudo da ERS de 2009 a delimitação geográfica dos mercados de saúde oral baseou-se numa análise empírica dos fluxos de utentes desses serviços (ao todo, 11.482 utentes), com informação recolhida pela ERS junto de uma amostra representativa do tecido de prestadores na área de serviços de saúde oral. Da distribuição dos utentes, por intervalo de distância, concluiu-se que as zonas geográficas de abrangência dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral teriam áreas de cerca de 2.000 km^2.

De outras análises de natureza semelhante que a ERS vem realizado, pode concluir-se que áreas de abrangência com essa grandeza serão típicas na prestação de cuidados de saúde. Em consequência, a ERS definiu já uma matriz regional aplicável a avaliações em saúde, nomeadamente para a definição de mercados geográficos relevantes daqueles tipos de cuidados de saúde que têm alcances dessa ordem de grandeza. No anexo II apresenta-se a formação dessas áreas geográficas – as Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) – a partir da agregação de concelhos. Estas RRAS serviram, então, de base à definição dos mercados relevantes de serviços de saúde oral.

Em síntese, no estudo da ERS de 2009 definiram-se os mercados relevantes de serviços de saúde oral, para efeitos de avaliação concorrencial, como sendo cada uma das RRAS em que atuam os prestadores de serviços de saúde oral, independentemente dos seus profissionais principais (estomatologistas, médicos dentistas ou odontologistas), sendo o serviço de saúde oral em causa o conjunto de todos os atos que tais profissionais podem efetuar, excetuando-se os atos de cirurgia oral e cirurgia maxilofacial.

Na avaliação concorrencial que agora se apresenta recorreu-se a esta mesma definição de mercados relevantes, não só como forma de se possibilitar uma comparação da evolução da estrutura dos mercados de 2009 até hoje, mas sobretudo

porque os pressupostos subjacentes àquela definição mantiveram-se na sua essência inalterados.

5.1.2. Critérios de análise do mercado

As características estruturais dos mercados no setor não público da prestação de serviços de saúde oral poderão colocar, assim como em outros setores da prestação de cuidados de saúde, algumas dificuldades resultantes do carácter endógeno de elementos como, por exemplo, o volume de negócios.

Os prestadores com acordos ou convenções, com subsistemas de saúde ou seguradoras, poderão apresentar uma elevada dependência face a utentes que fazem uso desses acordos e convenções, em termos de procura pelos seus serviços. Tendo em conta a importância para as empresas de deter um acordo ou convenção, os volumes de negócios movimentados no mercado dos serviços de saúde oral serão endógenos face à atual distribuição de acordos e convenções pelos prestadores.

Assim, atentas as características endógenas referidas, pode-se recorrer à utilização de outro elemento de aferição da dimensão real de todos os prestadores que permite mitigar as aparentes diferenças causadas pela diferenciação da procura entre utentes de subsistemas e seguradoras e outros utentes.

Como salienta a própria Comissão Europeia, existem outros elementos, para além das vendas, que constituem igualmente parâmetros válidos para aferição das posições relativas dos agentes económicos no mercado, os quais, considerando as especificidades do setor ou do produto em causa, permitem obter a informação desejada. Um desses elementos é, justamente, a capacidade produtiva dos prestadores.[29]

No caso concreto da prestação de serviços de saúde oral, foram determinadas as dimensões dos prestadores e aferidas suas capacidades produtivas por meio do número de colaboradores dos estabelecimentos. Concretamente, as dimensões dos prestadores serviram de base, no estudo, para o cálculo das suas quotas de mercado,

[29] Conforme a Comunicação da Comissão Europeia relativa à definição de mercados relevantes, parágrafo 54.

as quais, por sua vez, foram utilizadas para o cálculo dos Índices Herfindahl-Hirschmann (IHH)[30].

Toda a informação relativa aos estabelecimentos e entidades prestadoras de serviços de saúde oral consta da base de dados da ERS (o Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados, SRER) resultante do registo obrigatório de prestadores de cuidados de saúde, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 3.º da Portaria n.º 382006, de 6 de janeiro.[31]

5.1.3. Estrutura e concentração dos mercados relevantes

A aferição do grau de concentração do mercado é comummente feita por meio da análise das quotas de mercado, dos rácios de concentração[32] ou dos IHH.[33]

O IHH é uma medida de concentração de mercado usada como um indicador do poder de mercado ou da concorrência entre as empresas. Pode-se, com base nos níveis absolutos do IHH, concluir sobre a concentração nos mercados, uma vez que fornecem uma indicação inicial da pressão concorrencial nos mercados. De acordo com a Comissão Europeia, em termos gerais, quando o IHH está abaixo de 1.000, a

[30] Neste sentido, vejam-se as *guidelines* da Comissão Europeia (Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004). O IHH é uma medida específica de concentração de mercado, equivalente à soma dos quadrados das quotas de mercado das empresas. Este índice varia entre 0, mercado perfeitamente concorrencial, e 1, monopólio (habitualmente, este índice é apresentado como resultado do cálculo com quotas de mercado na base 100, variando assim entre 0 e 10.000). Quanto mais alto o IHH, mais a produção está concentrada num pequeno número de empresas.

[31] Refira-se que foram considerados apenas os profissionais que estarão dedicados unicamente à prestação dos serviços de saúde oral (médicos estomatologistas, médicos dentistas e odontologistas).

[32] De acordo com as "Orientações para a apreciação das concentrações horizontais nos termos do regulamento do Conselho relativo ao controlo das concentrações de empresas" da Comissão Europeia (JOUE n.º C 31 de 5/2/2004), os rácios de concentração avaliam a quota de mercado agregada de um pequeno número das empresas mais importantes num determinado mercado.

[33] Importa referir, no entanto, que nenhum dos métodos é absolutamente eficaz ou determinante, acrescendo que uma qualquer análise deverá ter sempre presente outros elementos, tais como as características do mercado, a sua estrutura, a existência ou inexistência de barreiras à entrada ou à saída, o número de concorrentes e o grau de inovação.

concentração do mercado é considerada baixa, entre 1.000 e 2.000 pode ser considerada moderada, e acima de 2.000 pode ser considerada alta.[34]

Concentração ao nível das entidades

A oferta total de serviços de saúde oral identificada no SRER é representada por 4.668 entidades com e sem fins lucrativos, sendo que estas entidades detêm 5.641 estabelecimentos.[35]

Tendo em conta os mercados relevantes, apresenta-se, na tabela 9, a distribuição da oferta, em termos de estabelecimentos, bem como as presenças das entidades por RRAS, isto é, os números de entidades privadas atuantes em cada uma das RRAS, com um ou mais estabelecimentos prestadores de serviços de saúde oral ali localizados.

Tabela 9 – Estabelecimentos de prestação de serviços de saúde oral e entidades presentes por RRAS

RRAS	Estabelecimentos		N.º entidades presentes
	Número	% do total	
Norte	2.313	41%	
Braga	255	5%	221
Bragança	43	1%	34
Chaves	43	1%	37
Felgueiras	267	5%	227
Guimarães	295	5%	274
Mirandela	58	1%	40
Porto	900	16%	836
São João da Madeira	198	4%	185
Vila Real	104	2%	90
Viana do Castelo	150	3%	127
Centro	1.280	23%	
Aveiro	233	4%	207
Caldas da Rainha	143	3%	132
Castelo Branco	39	1%	32
Coimbra	230	4%	204
Covilhã	42	1%	30
Entroncamento	105	2%	97
Guarda	66	1%	54

[34] *Vide* as Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004.
[35] Os números totais de entidades e estabelecimentos foram obtidos no SRER em abril de 2014.

Leiria	155	3%	140
Lousã	63	1%	55
Seia	19	0%	17
Sertã	16	0%	16
Viseu	169	3%	153
Lisboa	1.497	27%	
Lisboa	1.156	20%	1.035
Setúbal	341	6%	316
Alentejo	303	5%	
Beja	37	1%	35
Coruche	29	1%	25
Elvas	23	0%	23
Évora	26	0%	26
Montemor-o-Novo	18	0%	17
Moura	13	0%	13
Odemira	13	0%	11
Ponte de Sor	14	0%	14
Portalegre	17	0%	16
Santarém	74	1%	64
Sines	39	1%	34
Algarve	248	4%	
Portimão	122	2%	109
Faro	126	2%	111
Total nacional	5.641	100%	

Com base nestes dados apresentados, das entidades presentes e respetivos estabelecimentos, é realizada a análise da concentração em cada mercado geográfico relevante, calculando-se, para cada entidade presente numa RRAS, a quota de mercado correspondente, somando-se os números de colaboradores dos estabelecimentos ali localizados.

Com as quotas de mercado, por sua vez, foram calculados os IHH, que são apresentados na tabela 10, indicando os níveis de concentração dos mercados relevantes e fornecendo igualmente indicação da concorrência entre os prestadores. Recorde-se que um IHH abaixo de 1.000 indica uma baixa concentração do mercado, entre 1.000 e 2.000 a concentração é considerada moderada e acima de 2.000 a concentração do mercado pode ser considerada alta.

Tabela 10 – Concentração nos mercados de serviços de saúde oral

RRAS	IHH	Classificação
Norte		
Braga	83	Baixa
Bragança	528	Baixa
Chaves	607	Baixa
Felgueiras	132	Baixa
Guimarães	98	Baixa
Mirandela	795	Baixa
Porto	59	Baixa
São João da Madeira	145	Baixa
Vila Real	232	Baixa
Viana do Castelo	333	Baixa
Centro		
Aveiro	108	Baixa
Caldas da Rainha	141	Baixa
Castelo Branco	891	Baixa
Coimbra	115	Baixa
Covilhã	626	Baixa
Entroncamento	190	Baixa
Guarda	351	Baixa
Leiria	159	Baixa
Lousã	268	Baixa
Seia	927	Baixa
Sertã	860	Baixa
Viseu	156	Baixa
Lisboa		
Lisboa	38	Baixa
Setúbal	71	Baixa
Alentejo		
Beja	552	Baixa
Coruche	523	Baixa
Elvas	1.262	Moderada
Évora	782	Baixa
Montemor-o-Novo	754	Baixa
Moura	1.151	Moderada
Odemira	1.200	Moderada
Ponte de Sor	1.238	Moderada
Portalegre	1.521	Moderada
Santarém	259	Baixa
Sines	526	Baixa
Algarve		
Portimão	186	Baixa
Faro	152	Baixa

Como se constata, em 32 mercados o grau de concentração é baixa, com IHH inferior a 1.000 – um grau de concentração reduzido que normalmente não é suscetível de colocar problemas de natureza concorrencial.[36] Por sua vez, em cinco das 37 RRAS, os mercados de serviços de saúde oral são moderadamente concentrados. É ainda assinalável o facto de não se encontrar qualquer mercado de serviços de saúde oral com uma concentração em termos estruturais que se possa considerar elevada.

Uma análise também interessante é a que resulta da comparação entre estas estruturas de mercado e as verificadas em 2009 pela ERS. Recorde-se que se manteve no presente estudo a mesma definição de mercados relevantes de serviços de saúde oral, fazendo-se também uso dos mesmos procedimentos de tratamento de dados e de análise do grau de concentração, pelo que está plenamente assegurada a comparabilidade intertemporal dos resultados.

Tabela 11 – Evolução da concentração nos mercados de serviços de saúde oral

RRAS	IHH 2014	IHH 2009	Variação
Norte			
Braga	83	117	-34
Bragança	528	566	-38
Chaves	607	748	-141
Felgueiras	132	157	-25
Guimarães	98	100	-2
Mirandela	795	613	182
Porto	59	38	21
São João da Madeira	145	203	-58
Vila Real	232	292	-60
Viana do Castelo	333	242	91
Centro			
Aveiro	108	143	-35
Caldas da Rainha	141	264	-123
Castelo Branco	891	690	201
Coimbra	115	144	-29
Covilhã	626	850	-224
Entroncamento	190	423	-233
Guarda	351	536	-185
Leiria	159	165	-6
Lousã	268	482	-214
Seia	927	1.250	-323

[36] De acordo com o parágrafo 19 das Orientações da Comissão Europeia para a apreciação das concentrações horizontais, publicadas no Jornal Oficial n.º C 31/03, de 5 de fevereiro de 2004, "É pouco provável que a Comissão identifique preocupações em termos de concorrência de tipo horizontal num mercado com um IHH (…) inferior a 1.000".

Sertã	860	1.939	-1.079
Viseu	156	184	-28
Lisboa			
Lisboa	38	63	-25
Setúbal	71	102	-31
Alentejo			
Beja	552	738	-186
Coruche	523	801	-278
Elvas	1.262	727	535
Évora	782	954	-172
Montemor-o-Novo	754	1.622	-868
Moura	1.151	2.066	-915
Odemira	1.200	1.378	-178
Ponte de Sor	1.238	2.500	-1.262
Portalegre	1.521	3.913	-2.392
Santarém	259	364	-105
Sines	526	1.445	-919
Algarve			
Portimão	186	264	-78
Faro	152	242	-90

Tal comparação permite constatar que na grande maioria das regiões, a estrutura do mercado dos serviços de saúde oral evoluiu no sentido da diminuição da concentração. De facto, apenas em 5 das 37 RRAS houve um crescimento do IHH, e apenas num desses casos (o de Elvas), o índice passou de baixo a moderado (de acordo com a classificação que se vem adotando). Em sentido oposto, a três RRAS que em 2009 revelavam um IHH elevado (Portalegre, Ponte de Sor e Moura) viram o grau de concentração do mercado reduzir-se para um nível moderado.

Concentração ao nível dos grupos

Da análise da informação sobre os operadores presentes nos mercados de saúde oral, constata-se que alguns prestadores estão inseridos em grupos empresariais, definidos como conjuntos de entidades ligadas entre si por relações de capital ou de gestão. A consideração destas relações de grupo pode alterar o nível de concorrência nos mercados, na medida em que as estratégias das várias entidades de cada grupo possam ser concertadas, e não concorrentes. Assim, realiza-se nesta secção uma análise da concentração dos mercados ao nível dos grupos empresariais.

A constituição de grupos empresariais não existe explicitamente na base do SRER, mas a sua reconstituição pode ser realizada a partir da análise das estruturas

acionistas das entidades. Considerando as entidades com os mesmos sócios maioritários, distribuíram-se as 4.668 entidades em 4.550 grupos empresariais.

Tendo em consideração a existência destes grupos empresariais, é expectável que haja mudanças na concentração dos mercados, uma vez que o cálculo das quotas de mercado precisa de ser reformulado, devendo-se somar as quotas de mercado das entidades que integram cada um dos grupos em cada um dos mercados relevantes. As diferenças entre os IHH calculados relativamente às entidades e os IHH calculados com referência aos grupos empresariais podem ser vistas na tabela 12.

Tabela 12 – Diferenças entre IHH: grupos empresariais vs. entidades

RRAS	IHH grupos	IHH entidades	Diferença
Norte			
Braga	83	83	0
Bragança	722	528	195
Chaves	607	607	0
Felgueiras	133	132	1
Guimarães	103	98	5
Mirandela	935	795	140
Porto	71	59	11
São João da Madeira	147	145	2
Vila Real	236	232	4
Viana do Castelo	333	333	0
Centro			
Aveiro	120	108	12
Caldas da Rainha	156	141	15
Castelo Branco	891	891	0
Coimbra	134	115	19
Covilhã	626	626	0
Entroncamento	191	190	1
Guarda	353	351	2
Leiria	171	159	12
Lousã	268	268	0
Seia	927	927	0
Sertã	860	860	0
Viseu	158	156	2
Lisboa			
Lisboa	46	38	8
Setúbal	72	71	1
Alentejo			
Beja	552	552	0
Coruche	523	523	0
Elvas	1262	1262	0

Évora	782	782	0
Montemor-o-Novo	754	754	0
Moura	1.151	1.151	0
Odemira	1.200	1.200	0
Ponte de Sor	1.238	1.238	0
Portalegre	1.521	1.521	0
Santarém	259	259	0
Sines	526	526	0
Algarve			
Portimão	199	186	14
Faro	156	152	4

Como se pode notar, todas as mudanças ocorrem em mercados geográficos com concentração baixa (com IHH inferior a 1.000) e não há qualquer diferença substancial entre os diferentes índices de concentração, não havendo nenhuma mudança de classificação em termos de concentração (no caso, de concentração baixa para moderada). Isso dever-se-á ao facto de os grupos empresariais de maior dimensão serem formados por entidades presentes em vários mercados geográficos, diluindo assim o efeito expectável sobre as concentrações dos mercados.

Assim sendo, mesmo com a consideração das relações empresariais que podem ditar a concentração de estratégias concorrenciais, não se identifica no território continental qualquer mercado geográfico relevante com uma estrutura de mercado com níveis de concentração preocupantes.

5.2. Concentração dos cheques-dentista por médicos

O cheque-dentista representa o instrumento de acesso aos cuidados de saúde oral prestados pelos médicos aderentes ao PNPSO, sendo certo que a simples emissão do cheque-dentista, quer no âmbito escolar, quer pelo médico de família, não determina, por si, a utilização dos referidos cheques.

Por outro lado, a adesão por parte dos médicos ao cheque-dentista não tem como consequência direta a atração da procura dos grupos beneficiários, sendo o número de cheques-dentista apresentados para pagamento a variável identificativa do papel desempenhado por cada médico aderente no mercado, mais do que o simples facto de ser médico aderente, e assim admitida como medida de concentração de mercado.

Assim, o volume de cheques-dentista que cada médico apresenta para pagamento assume-se como revelador do grau de concorrência no mercado de prestação de cuidados de saúde oral no PNPSO, na seção que ora se apresenta.

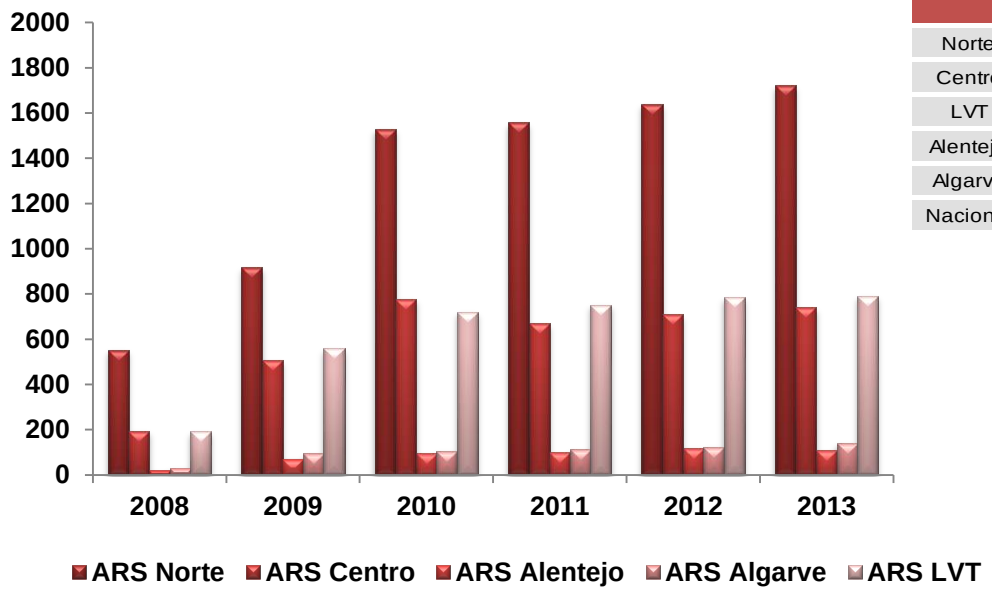
Com base em informação disponibilizada pelas ARS, relativa ao número de cheques-dentista apresentados para pagamento, entre os anos de 2008 e 2013, procedeu-se primeiramente à análise da evolução do número de médicos que, em cada ARS, apresentaram efetivamente para pagamento cheques-dentista, no período considerado. Desta forma, mais do que se considerar o número de médicos que aderiram ao cheque-dentista em cada ano, foram identificados aqueles selecionados pelos utentes beneficiários para utilizar os cheques-dentista atribuídos.

A ARS Norte, no período considerado, teve o maior número de médicos a apresentar cheques-dentista para pagamento. As ARS Centro e Lisboa e Vale do Tejo apresentaram número semelhante de médicos com cheques-dentista para pagamento. Não obstante, é de destacar que a ARS Centro foi a única das cinco ARS a não apresentar sempre uma tendência crescente neste indicador, tendo no ano de 2011 apresentado uma redução de médicos a apresentar cheques-dentista para pagamento.

As ARS Alentejo e Algarve tiveram idêntico número de médicos a apresentarem cheques-dentista para pagamento, no período considerado, embora a ARS Alentejo tenha um número ligeiramente inferior em todos os anos considerados.

Desde o ano de 2008, o número de médicos aderentes aumentou a uma taxa média anual entre os 20,83%, na ARS Norte e os 30,57%, na ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo as cinco ARS apresentado um comportamento em linha com o verificado a nível nacional.

Gráfico 11 – Número de médicos aderentes que apresentaram cheques-dentista



ARS	Taxa de crescimento
Norte	20,83%
Centro	24,89%
LVT	30,57%
Alentejo	28,72%
Algarve	26,50%
Nacional	23,35%

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Porém, o aumento do número de médicos não implica, necessariamente, que o número de cheques por médico tenha aumentando, pelo que foi calculado o rácio de cheques-dentista por médico, relacionando o número de cheques-dentista apresentados para pagamento em cada ano com o número de médicos que apresentaram cheques-dentista para pagamento nesse ano. Importa salientar que tal não invalida que existissem mais médicos aderentes ao cheque-dentista que não foram contabilizados neste rácio por não terem apresentado cheques-dentista para pagamento nesse ano.

Entre o ano de 2008 e 2010, em todas as ARS não só o número de médicos aumentou como também aumentou o número médio de cheques-dentista por médico. Entre 2008 e 2009 os aumentos mais significativos foram observados na ARS Algarve, seguida da ARS Alentejo, enquanto a ARS Norte apresentou a menor variação. Em 2010, não só se observou um aumento mais acentuado do número de médicos para a ARS Norte (ver gráfico acima), como apresentou igualmente o maior rácio de cheques-dentista por médico e a maior variação absoluta face ao ano de 2009 (149,54 cheques-dentista).

De 2010 para 2011 todas as ARS, com exceção do Algarve, viram o rácio reduzir-se, sendo essa redução mais acentuada na ARS Norte. Não obstante, tal não se deveu ao eventual efeito de um aumento significativo de médicos aderentes, no ano de 2011, que inclusive se reduziu para a ARS Centro, como constatado anteriormente. Nos anos de 2012 e 2013 os rácios denotam algum sinal de estabilização.

Tabela 13 – Rácio de cheques-dentista por médico

ARS	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	10,08	32,60	182,14	123,93	115,78	118,46
Centro	8,29	31,44	136,36	108,23	106,68	100,28
LVT	9,21	63,11	122,20	115,78	125,31	110,28
Alentejo	9,27	100,85	136,41	94,94	149,34	128,98
Algarve	19,42	120,20	167,97	179,02	167,14	148,02

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

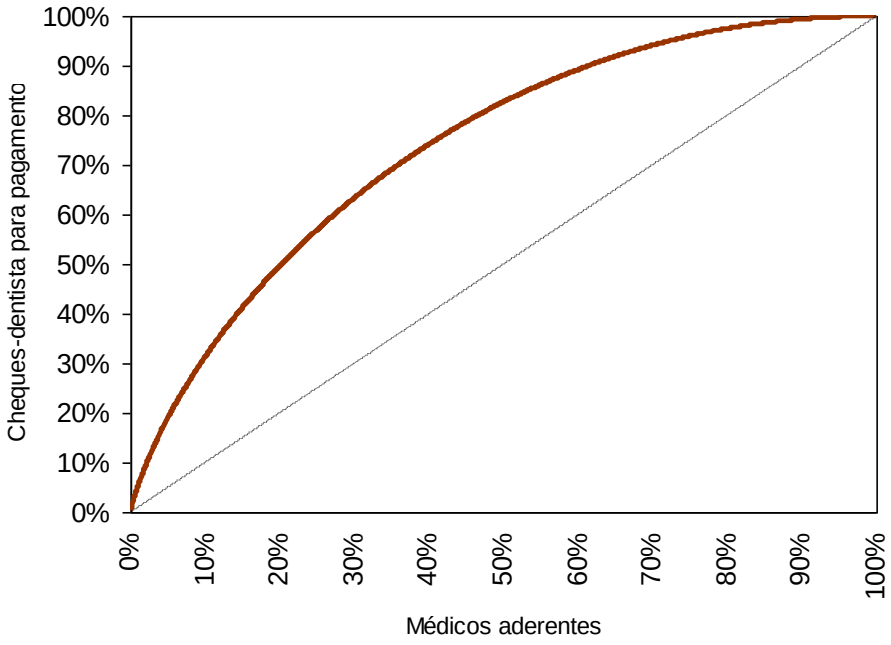
Dos rácios apresentados não se retira, porém, conclusões quanto ao comportamento para além da média, mas tão só se identifica claramente que após os dois primeiros anos considerados, no ano de entrada do grupo de crianças a jovens, o rácio de cheques-dentista por médico aumentou significativamente.

Assim, apresenta-se seguidamente uma análise com maior detalhe à distribuição de cheques-dentista por médicos, com recurso ao cômputo de curvas de concentração e ao cálculo de índices de concentração por ARS e a nível nacional.

No que respeita à concentração de cheques-dentista por médico[37], em 2013 as ARS apresentaram um comportamento semelhante e próximo do observado a nível nacional, com os 20% de médicos com mais cheques-dentista a concentrarem 50% do total de cheques apresentados para pagamento em cada uma das regiões de saúde, como resulta da curva de concentração que se apresenta de seguida[38]. A nível regional, destaca-se que os 20% de médicos da ARS Lisboa e Vale do Tejo com mais cheques-dentista representaram 52% do total de cheques-dentista, um grau de concentração superior ao nacional e a todas as demais ARS; no outro extremo está a ARS Algarve, onde 20% dos médicos representaram 41% do total de cheques-dentista apresentados para pagamento.

[37] Por médico que apresentou cheques a pagamento no ano de 2013.
[38] Os gráficos para cada uma das ARS encontram-se no anexo III.

Gráfico 12 – Curva de concentração, nacional



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Procedeu-se, ainda, a um exercício de comparação entre a concentração do mercado de saúde oral global (o que é descrito em detalhe na secção 5.1), e a concentração na utilização de cheques-dentista, com base nos IHH respetivos, a nível nacional e para cada ARS.

Importa realçar que ao analisar-se o IHH por ARS, está a considerar-se uma área geográfica mais lata do que o mercado relevante, pelo que se pretende com este exercício apenas uma análise comparativa entre a concentração na atividade global dos serviços de saúde oral e a concentração no âmbito do PNPSO, não sendo relevante qualquer interpretação dos valores dos IHH segundo os intervalos de concentração definidos pela Comissão Europeia, tal como efetuado anteriormente. Por outro lado, a comparação é apenas aproximada, na medida em que o cálculo do primeiro IHH tem como base a estrutura dos mercados de saúde oral, considerando o número de colaboradores em cada estabelecimento como *proxy* da capacidade instalada, enquanto o segundo considera a produção efetiva, traduzida pelo número de cheques-dentista apresentados para pagamento por cada médico aderente ao programa.

Como se pode verificar na tabela 14, o IHH calculado com base na distribuição de cheques-dentista é inferior ao da distribuição da capacidade instalada no setor da saúde oral, para todas as ARS e a nível nacional, excetuando as ARS Alentejo e

Algarve, o que indicia um nível de concentração mais reduzido no âmbito do PNPSO. Recorde-se que da análise da concentração dos mercados de serviços de saúde oral, apresentada na secção 5.1, se havia concluído pela existência de uma concentração baixa ou moderada.

Tabela 14 – Concentração no mercado saúde oral e no cheques-dentista

ARS	IHH Saúde Oral	IHH Cheques-dentista
Norte	28,35	10,78
Centro	32,38	24,18
LVT	25,44	25,14
Alentejo	164,65	170,02
Algarve	96,65	109,07
Nacional	10,86	5,33

Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Em síntese, o número de médicos que apresentaram cheques-dentista para pagamento em cada uma das ARS aumentou a partir de 2008 a uma taxa média anual entre os 20,83% na ARS Norte e os 30,57% na ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo as cinco ARS apresentado um comportamento em linha com o verificado a nível nacional.

No que se refere à concentração, em todas as ARS não só o número de médicos aumentou de 2008 a 2010, como também aumentou o número médio de cheques-dentista por médico. Em 2010, não só se observou um aumento mais acentuado do número de médicos na ARS Norte, como esta ARS apresentou igualmente o maior rácio de cheques-dentista por médico e a maior variação absoluta face ao ano de 2009. Nos anos de 2012 e 2013 os rácios denotam algum sinal de estabilização.

Da análise das curvas de concentração conclui-se que 20% dos médicos é responsável pela utilização de 50% dos cheques-dentista, a nível nacional, não havendo grandes diferenças entre ARS no grau de concentração. Por outro lado, com base na análise comparada do IHH, por ARS, o PNPSO revela-se como menos concentrado do que o setor global da saúde oral.

6. Qualidade no PNPSO

No presente capítulo aborda-se a questão da qualidade, em sentido lato, dos cuidados prestados no âmbito do PNPSO. O tema é tratado sob duas óticas distintas mas complementares: em primeiro lugar analisa-se a definição e os mecanismos de controlo do cumprimento de requisitos de qualidade e segurança na rede de prestadores do PNPSO; em segundo lugar são analisados os resultados que os prestadores aderentes ao PNPSO obtiveram no SINAS da ERS.

6.1. Requisitos de contratualização

Com a criação da ERS, através do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro[39], nasceu a obrigação dos prestadores de cuidados de saúde efetuarem um registo público. Esta obrigação veio a ser posta em prática apenas em junho de 2006, com a implementação pela ERS de um procedimento de registo público de prestadores, após a publicação da Portaria n.º 38/2006, de 6 de janeiro, onde se clarificou que o registo incide sobre os prestadores de todas tipologias e naturezas, desde que sujeitos à regulação da ERS.[40]

Por seu turno, o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que aprovou o novo regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde, tem como objetivo garantir que a prestação de cuidados de saúde pelo sector privado se realize com respeito por parâmetros mínimos de qualidade, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados. Com este diploma, o licenciamento das unidades privadas de serviços de saúde é assumido como essencial para se assegurar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde, constituindo assim, para as tipologias de prestadores abrangidas, condição obrigatória para o acesso ao mercado.[41]

A concretização deste regime jurídico do licenciamento, para cada tipologia de prestadores de cuidados de saúde, carecia de regulamentação ao nível dos respetivos

[39] A ERS foi, entretanto, reestruturada pelo Decreto-Lei 127/2009, de 27 de maio.
[40] Esta Portaria foi mais tarde revogada pela Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro.
[41] O Decreto-Lei n.º 164/2013, de 6 de dezembro, alterou o Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, revendo, em função da natureza das atividades que desenvolvem, as tipologias das unidades privadas de serviços de saúde sujeitas a procedimento simplificado, bem como o prazo estabelecido para a adequação das unidades em funcionamento.

requisitos de funcionamento. Nessa sequência, a saúde oral foi a primeira área em que ocorreu a implementação deste regime de licenciamento, através da publicação da Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio, onde se estabelecem os "[…] requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas ou consultórios dentários", que incluem, nos termos do seu artigo 9.º, as condições de licenciamento que devem ser respeitadas por estes prestadores.

Assim, para efeitos de acesso ao mercado da prestação de cuidados de saúde oral, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde necessitam não só de se encontrar registados na ERS, mas também de obter licença ao abrigo deste regime. Ora, estando a prestação de serviços por operadores privados contratados ao abrigo do PNPSO integrada no mercado de saúde oral, daqui decorre, naturalmente, que por imperativo legal os estabelecimentos com médicos aderentes ao PNPSO deverão igualmente respeitar as obrigações de registo na ERS e licenciamento.

No que concretamente se refere às regras de adesão e contratualização no PNPSO, o despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro[42] definiu que, para efeitos de adesão ao PNPSO, podiam "[...] candidatar-se aos concursos que para o efeito se venham a realizar estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respetivas ordens profissionais, os quais deverão desenvolver a sua atividade em clínicas e consultórios licenciados, ou que possuam condições higio-sanitárias e de segurança devidamente comprovadas, bem como se encontrem em situação regular perante o fisco e a segurança social"[43].

Os despachos n.º 787/2007, de 13 de dezembro de 2006[44], e o n.º 12874/2008, de 24 de abril[45], que aprovaram a contratualização da prestação de cuidados dentários para os anos de 2007 e 2008, não conduziram a grandes modificações face ao despacho anterior, destacando-se apenas que "[p]ara efeito de apresentação de candidaturas, os estomatologistas e médicos dentistas podem apresentar declaração, sob compromisso de honra, relativamente ao cumprimento das condições [...] relativas ao exercício em clínicas ou consultórios licenciados, ou que possuam condições higio-sanitárias e de segurança, devidamente comprovadas para o exercício da atividade a que se destina,

[42] Publicado no Diário da República, 2.ª série, de 11 de janeiro.
[43] Cfr. artigo 5.º do despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro.
[44] Publicado no Diário da República, 2.ª série, de 16 de janeiro.
[45] Publicado no Diário da República, 2.ª série de 7 de maio.

devendo ser entregues, no prazo de seis meses, os respetivos documentos comprovativos".[46]

Um ano depois, com a publicação da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, definiu-se que a adesão dos prestadores passava a depender da subscrição, por parte dos médicos estomatologistas e dentistas interessados, de contrato de adesão, disponível no sítio eletrónico criado para o efeito[47], remetendo à ARS competente "a) Declaração de compromisso de honra que garanta aos utentes beneficiários desta prestação a qualidade da prestação dos cuidados e a observância de todas as exigências e condições higio-sanitárias das instalações e equipamentos, em igualdade de circunstâncias com os demais utentes dos seus consultórios; b) Cópia de cédula profissional." – cfr. artigo 2.º da Portaria.

Como se pode perceber, com esta Portaria deixou de haver menção ao licenciamento dos estabelecimentos onde se prestam cuidados no âmbito do PNPSO, embora anteriormente este não fosse também requisito de carácter obrigatório.

Não obstante, de todo o exposto resulta evidente que o registo na ERS e a titularidade de licença de funcionamento não podem deixar de ser considerados requisitos essenciais para que um estabelecimento prestador de cuidados de saúde possa aceder ou manter uma relação contratual com o Estado, quer seja ou não ao abrigo do PNPSO. E na verdade, o registo e o licenciamento não necessitariam de constar como requisitos obrigatórios nas regras de contratualização do PNPSO, na medida em que são assumidos como condições básicas para aceder ao mercado da saúde oral, estando os prestadores, desde logo e nesse contexto, sujeitos aos normais mecanismos de supervisão do cumprimento dos requisitos de funcionamento.

No entanto, e ainda que o registo e o licenciamento devam ser assegurados no sector da saúde oral como um todo, o Estado, na sua condição de parte contratante de serviços de saúde ao sector privado, e no caso concreto a DGS como entidade competente para definir as normas do processo de contratualização no PNPSO[48], poderia contemplá-los expressamente como exigências basilares para garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, fazendo depender a possibilidade de contratação do cumprimento de tais requisitos.

Assim, além da criação de uma dupla barreira de controlo do cumprimento das obrigações de registo e de licenciamento (na medida em que no processo de adesão à

[46] Cfr. artigo 5.º do despacho n.º 12874/2008, de 24 de abril.
[47] Sítio eletrónico do PNPSO, em www.saudeoral.min-saude.pt.
[48] Nos termos do artigo 6.º do despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro.

rede do PNPSO poderiam ser sinalizados os casos de tentativa de adesão por prestadores incumpridores de qualquer um dos requisitos em causa), estar-se-ia a impor uma penalização adicional aos prestadores em incumprimento dos requisitos de funcionamento, traduzida pela impossibilidade de aceder à contratação para prestação de serviços no âmbito do PNPSO.

A este respeito, refira-se que tal mecanismo de controlo já se encontra previsto no novo regime das convenções do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro. Neste regime geral de contratação da prestação de cuidados de saúde por prestadores privados (com ou sem fins lucrativos) no âmbito do SNS, o registo na ERS e a titularidade de licenciamento são requisitos de idoneidade para a celebração de convenções, respetivamente nos termos das alíneas c) e b) do n.º 1 do artigo 5.º do referido decreto-lei.

Sem prejuízo do quadro legal e regulamentar agora descrito, verifica-se que, na prática, as diversas ARS, embora com procedimentos distintos, têm adotado um entendimento da necessidade de garantir "a qualidade da prestação dos cuidados e a observância de todas as exigências e condições higio-sanitárias das instalações e equipamentos" dos prestadores que aderem ao PNPSO que passa pela verificação, junto da ERS, da sua situação em termos do registo e do licenciamento, o que, como foi visto, não é diretamente imposto pela regulamentação em vigor.

No que concerne ao concreto panorama quanto ao cumprimento das obrigações de registo e licenciamento por parte dos estabelecimentos onde exercem funções os médicos aderentes ao PNPSO, foi possível explorar a informação disponível e traçar um retrato, ainda que com as ressalvas que se assinalam abaixo.

Das listas de médicos aderentes enviadas pelas ARS à ERS consta a identificação das entidades jurídicas em que os médicos prestam os seus serviços no âmbito do PNPSO. Nessas listas existem, ao todo, 2.129 entidades jurídicas diferentes, identificadas de forma inequívoca pelo respetivo número de identificação fiscal (NIF), ou seja, há 2.129 NIF diferentes nas listas de médicos aderentes ao PNPSO. Um cruzamento desta lista com as bases do registo público na ERS permitiu identificar 165 entidades (cerca de 7,8%) que não têm qualquer informação nesse registo, nem na qualidade de entidade responsável pela gestão de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nem na de sócios de entidades registadas. Estas 7,8% de entidades não identificadas no registo da ERS representam perto de 5% dos médicos aderentes ao PNPSO.

Será precipitado, contudo, afirmar que estas 165 entidades correspondem a prestação de cuidados de saúde em desrespeito pela obrigação de registo na ERS, na medida em que há vários fatores que podem concorrer para esta constatação, desde logo a eventualidade da informação sobre os NIF conter erros, seja no registo da ERS, seja no PNPSO (a este respeito deve realçar-se que tanto num como no outro registo a informação introduzida nos sistemas é da responsabilidade dos próprios prestadores), mas também a possibilidade de os médicos aderentes se terem identificado no PNPSO como associados a um NIF diferente daquele que consta no registo na ERS da entidade gestora do(s) estabelecimento(s) onde efetivamente prestam cuidados (p.e., usando o seu próprio NIF e não o da entidade a que está associado).

No que concerne à verificação da titularidade de licenciamento, e novamente com recurso ao cruzamento entre as listas do PNPSO e a base de registos na ERS, apurou-se que 419 das 1.964 entidades (ou seja, 21%) presentes no PNPSO e registadas na ERS não têm licença atribuída a qualquer um dos estabelecimentos por si geridos. Note-se, a este propósito, que o licenciamento incide individualmente sobre cada um dos estabelecimentos com as valências sujeitas, pelo que é possível encontrar entidades que gerem simultaneamente estabelecimentos licenciados e outros em incumprimento dessa obrigação. Estas entidades que surgem no PNPSO e que não estarão licenciadas têm associados 17% de todos os médicos aderentes ao programa.

6.2. Avaliação dos prestadores no SINAS

O Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) é um sistema de avaliação da qualidade global dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, desenvolvido pela ERS, que inclui um módulo dedicado à avaliação dos prestadores na área da saúde oral: o SINAS@Saúde.Oral[49]. Sendo o SINAS vocacionado para a avaliação individual dos prestadores em diversas dimensões da qualidade, neste estudo recorreu-se às avaliações produzidas neste módulo para se aferir da qualidade dos estabelecimentos em que pelo menos um dos médicos é aderente ao cheque-dentista, e comparar tais avaliações com as dos estabelecimentos não aderentes ao cheque-dentista. O SINAS@Saúde.Oral assenta numa avaliação multidimensional da qualidade global dos serviços de saúde, cobrindo as dimensões “Registo na ERS e

[49] Todas as informações relativas aos SINAS, bem como à classificação dos prestadores já avaliados, a título voluntário, pode ser consultada em https://www.ers.pt/pages/265.

Licenciamento", "Organização e Procedimentos", "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações". Assim, na comparação dos estabelecimentos com médicos aderentes ao cheque-dentista com os estabelecimentos que não têm médicos aderentes ao cheque-dentista considerou-se também cada uma das referidas dimensões.

Importa notar que nesta área o SINAS afere da existência e cumprimento de procedimentos e requisitos conducentes à melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados, não avaliando a prática clínica na sua vertente técnica ou deontológica.

Por outro lado, deve realçar-se que o modelo de avaliação do SINAS se processa em dois níveis: no primeiro nível afere-se do cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, sendo a validação desse cumprimento demonstrada pela atribuição de uma estrela, e permitindo aos prestadores o acesso ao segundo nível de avaliação; este segundo nível, nas dimensões em que tal é aplicável, comporta o cálculo de um *rating* individual para os prestadores que demonstraram cumprir com os parâmetros de qualidade exigidos no primeiro nível.[50]

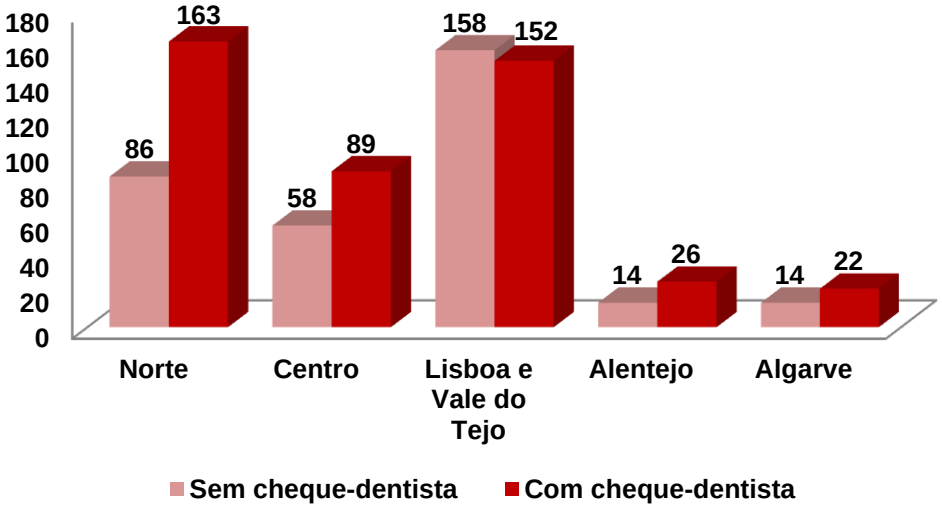
Em agosto de 2013, a ERS publicou os primeiros resultados da avaliação no âmbito do módulo SINAS@Saúde.Oral, que servem de base à análise que seguidamente se apresenta. Neste módulo foram avaliados, a título voluntário, 788 estabelecimentos onde se prestam cuidados de saúde oral, incluindo clínicas e consultórios com medicina dentária, estomatologia ou odontologia, correspondendo a cerca de um em cada cinco prestadores registados e licenciados no universo de Portugal continental (19,3%).

Na presente análise foram desconsiderados seis dos estabelecimentos avaliados por terem entretanto cessado atividade, pelo que a atual amostra conta com 782 estabelecimentos de cuidados de saúde oral. Destes, 452 (cerca de 58%) são estabelecimentos em que pelo menos um dos médicos prestadores de cuidados de saúde oral é aderente ao cheque-dentista. Verifica-se, assim, uma adesão significativa ao sistema de avaliação por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde oral aderentes ao cheque-dentista.

[50] Os dados que servem de base à avaliação são submetidos pelos prestadores sendo, pois, da sua exclusiva responsabilidade. No entanto, a ERS realiza auditorias sistemáticas a estabelecimentos selecionados aleatoriamente, com o intuito de verificar, *in loco*, a consistência da informação submetida.

Apresentada a distribuição de estabelecimentos por ARS (ver gráfico 13), constata-se que 163 estabelecimentos da ARS Norte têm pelo menos um médico aderente ao cheque-dentista (65% do total de estabelecimentos desta região avaliados no SINAS), na ARS Centro 89 (que corresponde a 81%), na ARS Lisboa e Vale do Tejo 152 (49% do total), na ARS Alentejo 26 (65% do total), e na ARS Algarve 22 (61% do total).

Gráfico 13 – Distribuição geográfica dos participantes na avaliação SINAS@Saúde.Oral



Note-se que a elegibilidade para integrar a avaliação é decidida pela ERS através da verificação do cumprimento dos requisitos legais de registo e licenciamento (este apenas aplicável aos prestadores do setor privado). Os 782 estabelecimentos que se submeteram à avaliação nas outras três dimensões já implementadas, "Organização e Procedimentos", "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações", cumprem estes requisitos.

Na tabela 15 apresenta-se para cada uma das três dimensões acima referidas um indicador que representa a percentagem do total de itens da lista de verificação que o prestador cumpre, distinguindo-se entre estabelecimentos em que exerce pelo menos um médico aderente ao cheque-dentista, denominados por "Aderentes", e estabelecimentos sem qualquer médico aderente ao cheque-dentista, "Não aderentes", no sentido de se aferir de eventuais diferenças significativas nos valores médios de cada uma das dimensões para os dois grupos identificados. Para tal

recorreu-se a um teste estatístico não paramétrico, concretamente o teste de Mann-Whitney[51].

Neste teste estatístico assume-se na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ser ou não aderente ao cheque-dentista), e na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre os dois grupos.

Como se pode observar na tabela 15, identificam-se elevados níveis de cumprimento tanto nos participantes aderentes ao cheque-dentista como nos não aderentes. Nas dimensões "Organização e Procedimentos" e "Segurança do Doente", ambos os grupos revelaram-se muito homogéneos o que significa que a qualidade não é diferente entre os aderentes e os não aderentes. Somente na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações" é que se verificou diferenças significativas entre os aderentes e os não aderentes, apresentando os aderentes ao cheque-dentista um maior nível de cumprimento das condições de qualidade (i.e., os itens da lista de verificação).

Tabela 15 – Análise da percentagem de cumprimento das condições de qualidade

		Média		Desvio-padrão	
Dimensão avaliada	**Mann-Whitney**	**Aderentes**	**Não aderentes**	**Aderentes**	**Não aderentes**
Organização e Procedimentos	71507,50	0,90412	0,90595	0,00462	0,00451
Segurança do Doente	72724,50	0,80829	0,81160	0,00929	0,00984
Adequação e Conforto das Instalações	69192*	0,95435	0,95055	0,00336	0,00345

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0{,}1$; ** Nível de significância $p < 0{,}05$; *** Nível de significância $p < 0{,}01$.

Recorde-se que no primeiro nível de classificação do SINAS confirma-se o cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, através da análise de pontos críticos. A validação desse cumprimento é demonstrada pela atribuição de uma estrela, o que permite aos prestadores o acesso ao segundo nível de avaliação.

[51] A utilização do teste de Mann-Whitney exige que os dados provenham de amostras independentes de populações (como é o caso de ser ou não aderente ao cheque-dentista), mas as distribuições de probabilidade não necessitam de ser normais. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todas as dimensões exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, concluindo-se que as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Assim, com base nos resultados do SINAS, avaliou-se a atribuição de estrela em cada uma das dimensões, distinguindo-se novamente entre estabelecimentos com médicos aderentes e sem médicos aderentes ao cheque-dentista, de modo a identificar se há diferenças significativas entre os dois grupos de prestadores neste nível de avaliação. Para tal, aplicou-se o teste de Qui-quadrado como forma de averiguar a independência entre os dois grupos. No teste Qui-quadrado assume-se na hipótese nula que obter ou não estrela é independente de ser ou não aderente ao cheque-dentista, e na hipótese alternativa, a obtenção de estrela é dependente de se ser ou não aderente.

Através da análise da tabela 16, verifica-se que dos 452 estabelecimentos aderentes ao cheque-dentista participantes na avaliação do SINAS, 81% obtiveram estrela na dimensão "Organização e Procedimentos", 69% na dimensão "Segurança do Doente", e 94% na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações". Verificou-se também que destes 452, 276 (que corresponde a 61%) obtiveram estrela em todas as dimensões avaliadas. Por sua vez, dos 330 participantes na avaliação e não aderentes ao cheque-dentista, 199 (que corresponde a 60%) obtiveram estrela em todas as dimensões avaliadas.

Através da análise do teste Qui-quadrado, concluiu-se pela não rejeição da hipótese nula, o que significa que a atribuição da estrela é independente do estabelecimento ser ou não aderente ao cheque-dentista. Não obstante, embora não sendo estatisticamente significativas, pode notar-se que todas as diferenças vão no sentido de os médicos aderentes terem melhores resultados.

Tabela 16 – Análise dos resultados do primeiro nível de avaliação (estrela)

Rating	Aderente ao cheque-dentista	Obtiveram estrela	Não Obtiveram estrela	Qui-quadrado
Organização e Procedimentos	Sim	81%	19%	1,014
	Não	78%	22%	
Segurança do Doente	Sim	69%	31%	0,052
	Não	68%	32%	
Adequação e Conforto das Instalações	Sim	94%	6%	1,45
	Não	92%	8%	

Nota: Na coluna Qui-quadrado está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0{,}1$; ** Nível de significância $p < 0{,}05$; *** Nível de significância $p < 0{,}01$.

No que respeita ao segundo nível de avaliação, a que só acedem os prestadores que tenham obtido estrela no primeiro nível, a publicação de resultados sob a forma de

rating tem por objetivo mostrar a distribuição dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde por níveis de qualidade de forma clara e objetiva, sendo utilizadas para o efeito metodologias estatísticas adaptadas à especificidade das áreas em avaliação e à tipologia de indicadores utilizados.

Através da análise da tabela 17, constata-se que dos 452 estabelecimentos aderentes ao cheque-dentista participantes na avaliação do SINAS, 42 obtiveram nível de qualidade I, 117 nível de qualidade II e 205 nível de qualidade III, na dimensão "Organização e Procedimentos". Por sua vez, na dimensão "Segurança do Doente", 36 obtiveram nível de qualidade I, 98 nível de qualidade II e 179 nível de qualidade III. E, na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações", 41 obtiveram nível de qualidade I, 133 nível de qualidade II e 251 nível de qualidade III. Também se verificou que dos 452 participantes na avaliação e aderentes ao cheque-dentista, 130 (que corresponde a 28,8% do total dos participantes aderentes ao cheque-dentista) obtiveram nível de qualidade III em todas as dimensões avaliadas. Por sua vez, dos 330 participantes na avaliação e não aderentes ao cheque-dentista, 60 (que corresponde a 18,2% do total dos participantes não aderentes ao cheque-dentista) obtiveram nível de qualidade III em todas as dimensões avaliadas.

Tabela 17 – Análise dos resultados do segundo nível de avaliação (*rating*)

Dimensão avaliada	Aderente ao cheque-dentista	Nível de qualidade I	Nível de qualidade II	Nível de qualidade III	Total
Organização e Procedimentos	Sim	42	117	205	364
	Não	34	100	122	256
Segurança do Doente	Sim	36	98	179	313
	Não	26	82	118	226
Adequação e Conforto das Instalações	Sim	41	133	251	425
	Não	25	123	155	303

De seguida (ver tabela 18) apresenta-se o *rating* médio dos estabelecimentos, distinguindo-se estabelecimentos aderentes e não aderentes ao cheque-dentista, por forma a verificar-se se há diferenças significativas dos valores médios no *rating*. Para tal recorreu-se novamente ao teste de Mann-Whitney, na medida em que os dados provêm de amostras independentes de populações (como é o caso de ser ou não aderente ao cheque-dentista), e devido a este teste não exigir que as variáveis sigam

uma distribuição normal[52]. No teste é assumido na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ser ou não aderente ao cheque-dentista), e na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre os dois grupos.

Conforme se revela na tabela 18, verificam-se diferenças significativas entre os estabelecimentos aderentes ao cheque-dentistas e os não aderentes, nas dimensões "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações", em que os participantes aderentes ao cheque-dentista exibiram um maior nível de qualidade. Por sua vez, na dimensão "Organização e Procedimentos" ambos os grupos revelaram-se muito homogéneos, o que significa que a qualidade obtida através desta dimensão não é diferente entre aderentes e não aderentes.

Tabela 18 – Nível de avaliação (*rating*) médio, por estabelecimento aderente ao cheque-dentista

Dimensão avaliada	Aderente ao cheque-dentista	Média	Desvio-padrão	Mann-Whitney
Organização e Procedimentos	Sim	2,565	0,040	42667,00
	Não	2,422	0,048	
Segurança do Doente	Sim	2,500	0,041	33811,00*
	Não	2,417	0,049	
Adequação e Conforto das Instalações	Sim	2,623	0,034	60157,50*
	Não	2,588	0,042	

Nota: Na coluna Mann-Whitney está descrito o resultado da Estatística de teste. *Nível de significância $p < 0{,}1$; ** Nível de significância $p < 0{,}05$; *** Nível de significância $p < 0{,}01$.

Em síntese, a análise de qualidade apresentada foi realizada com base nos dados disponíveis no módulo SINAS@Saúde.Oral do SINAS, para uma amostra de 782 estabelecimentos, em que 452 são estabelecimentos em que pelo menos um dos médicos prestadores de cuidados de saúde oral é aderente ao cheque-dentista, para as dimensões "Organização e Procedimentos", "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações". Verificou-se um elevado nível de qualidade quer por parte de estabelecimentos com cheque-dentista quer sem cheque-dentista, sendo o comportamento de estabelecimentos aderentes e não aderentes ao cheque-dentista homogéneo nas duas primeiras dimensões. Por seu turno, na dimensão "Adequação e

[52] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todos os *ratings* exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, logo as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Conforto das Instalações" encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre estabelecimentos com médicos aderentes ou não ao cheque-dentista, com maior nível de cumprimento dos critérios de qualidade pelos aderentes.

Em suma, no que se refere à atribuição de estrela, com base no cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, através da análise de pontos críticos, constatou-se que 61,1% dos participantes no SINAS e aderentes ao cheque-dentista obtiveram estrela em todas as dimensões avaliadas, contra 60,3% dos participantes não aderentes ao cheque-dentista. Não obstante, concluiu-se que a atribuição da estrela é independente do estabelecimento ser ou não aderente ao cheque-dentista.

Na distribuição dos estabelecimentos no *rating,* 28,8% do total dos participantes aderentes ao cheque-dentista obtiveram nível de qualidade III em todas as dimensões avaliadas, enquanto dos participantes não aderentes ao cheque-dentista 18,2% obtiveram nível de qualidade III em todas as dimensões avaliadas, tendo-se encontrado diferenças significativas entre os estabelecimentos aderentes ao cheque-dentista e os não aderentes nas dimensões "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações", com os participantes aderentes ao cheque-dentista a exibirem um maior nível de qualidade.

7. O PNPSO na ótica dos ACES e dos médicos

Enquanto agentes relevantes na concretização do PNPSO, para além dos grupos de utentes beneficiários e das entidades coordenadoras a nível nacional, DGS, e regional, as ARS, encontram-se, do lado da oferta, os ACES e os médicos aderentes ao cheque-dentista.

Na presente secção descreve-se a avaliação do PNPSO feita na ótica destes dois últimos intervenientes, com recurso à interpretação das respostas a dois inquéritos realizados, o primeiro de cariz obrigatório dirigido aos ACES, considerado o seu papel de porta de entrada no PNPSO, quer através da prestação de cuidados pelos HO, quer pela emissão de cheques-dentista pelos médicos de família, e o segundo, de carácter facultativo, remetido a uma lista de médicos fornecida por cada uma das ARS, atualmente ou em algum momento do tempo aderentes ao cheque-dentista.

7.1. Avaliação do PNPSO por parte dos ACES

Considerando o papel das unidades de cuidados de saúde primários no PNPSO, quer através da referenciação por parte dos médicos de família pela emissão de cheques-dentista, nomeadamente para grávidas acompanhadas no SNS, idosos beneficiários do complemento solidário, utentes infetados com VIH/SIDA e crianças com idade igual ou inferior a seis anos, quer através dos cuidados prestados pelos HO em algumas unidades de cuidados primários, entendeu-se oportuno realizar um inquérito aos ACES enquanto "[...] serviços públicos de saúde [...] que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica."[53]

Com o objetivo de se avaliar o ponto de vista das unidades de cuidados de saúde primários, foi realizado um inquérito aos ACES por meio do questionário que se apresenta no Anexo IV.

Este questionário foi dividido em seis secções, tal como descrito na tabela 19, tendo sido considerados todos os ACES existentes em território nacional, dos quais 24 se

[53] Cfr. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado, pelos Decretos-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, n.º 102/2009, de 11 de maio, n.º 248/2009, de 22 de setembro, e 253/2012, de 27 de novembro.

situam na ARS Norte, nove[54] na ARS Centro, 15 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, quatro na ARS Alentejo e três na ARS Algarve.

Tabela 19 – Descrição da estrutura do questionário

Seções	Descrição
Identificação do ACES	Designação e ARS.
Equipamento para a prestação de cuidados de saúde por parte do HO	Número e adequação: às necessidades da população e aos cuidados de saúde.
Informação disponibilizada pelo PNPSO	Conteúdo da informação.
Grupos populacionais abrangidos pelo PNPSO	Cuidados de saúde necessários.
Avaliação geral sobre o PNPSO	Avaliação considerando a seguinte escala: Muito bom; Bom; Razoável; Pouco Adequado e Nada adequado.
Escala de Avaliação	Aspetos avaliados: Informação, financiamento, equipamento e ao papel do HO, e impacto do PNPSO no estado de saúde da população.*

* Nota: Foi usada uma escala de Likert: 1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 – Indiferente, 4 – Concordo, e 5 – Concordo Totalmente.

Como metodologia para análise do inquérito recorreu-se, nas primeiras cinco secções, a estatísticas descritivas adequadas às questões formuladas. Na secção seis, para além de se terem realizado as estatísticas descritivas, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskall-Wallis para se aferir das diferenças significativas dos valores médios do grau de concordância entre as respostas dadas em cada uma das ARS. Numa perspetiva genérica, no teste estatístico realizado a hipótese nula é de a variável ser igual entre grupos (neste caso, entre ARS), e no caso da hipótese alternativa, a variável é diferente entre grupos.

Por último, realizou-se uma análise fatorial com rotação Oblimin, com recurso ao *software* estatístico SPSS versão 22, para se identificar as dimensões de avaliação do PNPSO ao nível das quais os ACES exibem maior grau de concordância, considerada uma escala de concordância de Likert com os níveis 1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 – Indiferente, 4 – Concordo, e 5 – Concordo Totalmente.

Relativamente ao número de estabelecimentos integrados no ACES dotados do equipamento necessário para a prestação de cuidados por HO, constatou-se que a nível nacional existem no total 135, dos quais 22 situam-se na ARS Norte, 26 na ARS Centro, 62 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 21 na ARS Alentejo e quatro na ARS Algarve. No mesmo sentido, a ARS Lisboa e Vale do Tejo foi a que exibiu um maior

[54] Na ARS Centro foram considerados nove ACES em vez dos oito atualmente existentes na medida em que a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE respondeu pelo ACES Beira Interior Sul e pelo ACES Pinhal Interior Sul.

número de estabelecimentos integrados no ACES com equipamentos necessário para a prestação de cuidados por HO e a ARS Algarve um menor número de equipamentos necessários à prestação desses cuidados (ver tabela 20).

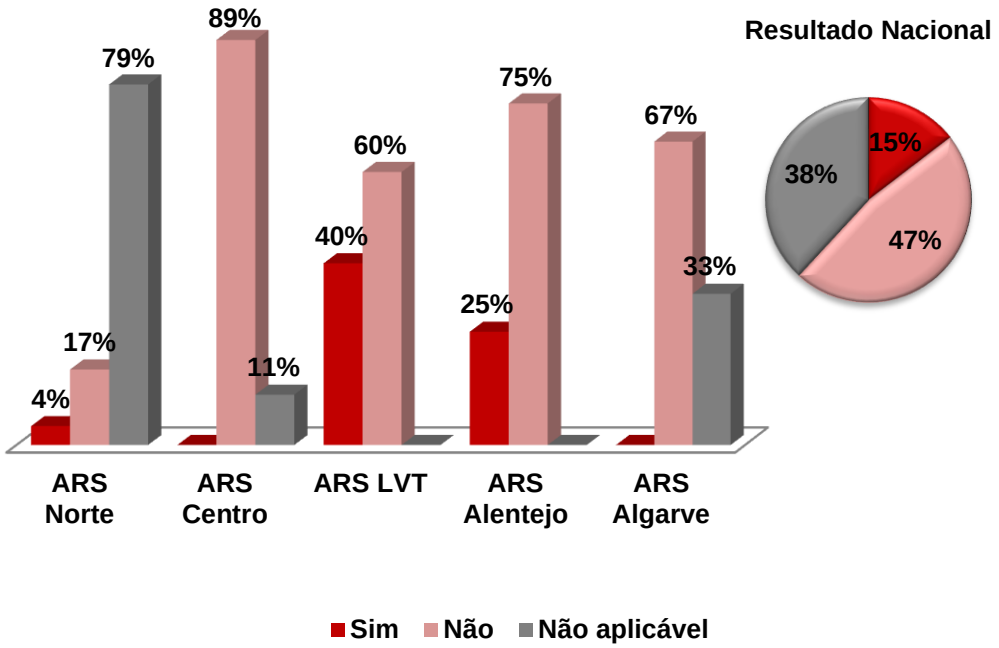
A nível do rácio de equipamentos para a prestação de cuidados de saúde por HO por 100.000 habitantes e por ARS, verificou-se que a ARS Norte e a ARS Algarve exibiram um rácio inferior ao nacional. A ARS Alentejo, por sua vez, foi a que evidenciou um rácio mais elevando entre todas as ARS.

Tabela 20 – Equipamento para a prestação de cuidados de saúde por HO

ARS	N.º de equipamentos	Rácio de equipamentos por 100.000 habitantes
Norte	22	0,60
Centro	26	1,52
LVT	62	1,70
Alentejo	21	4,19
Algarve	4	0,90
Nacional	135	1,35

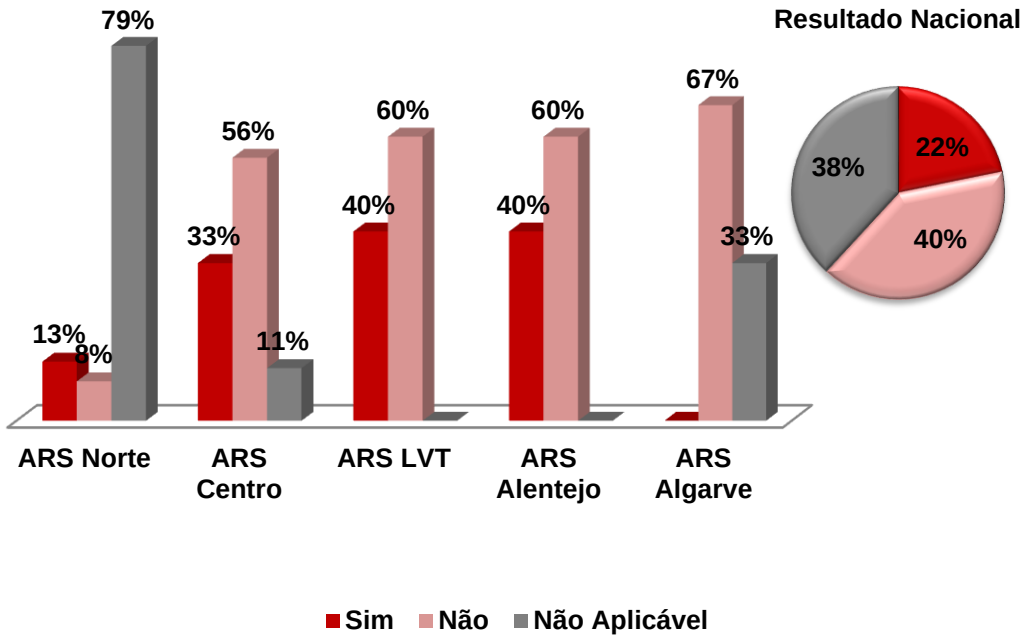
Quando questionados sobre a adequação do número de equipamentos dos estabelecimentos integrados nesse agrupamento às necessidades da população, a nível nacional, oito ACES (que correspondem a 15%) consideram que sim, 26 (que correspondem a 47%) que não e 21 (que correspondem a 38%) "não aplicável", na medida em que na resposta anterior revelaram que não possuíam equipamento. Numa análise regional, constatou-se que na ARS Norte, 4% dos ACES indicou sim, 17% não, e 79% "não aplicável", na ARS Centro 89% indicaram que não e 11% "não aplicável", na ARS Lisboa e Vale do Tejo 40% indicaram que sim e 60% não, na ARS Alentejo 25% indicaram que sim e 75% não, e na ARS Algarve 67% indicaram que não e 33% "não aplicável" (ver gráfico 14). Nesse sentido, torna-se importante destacar que dos ACES dotados de equipamento necessário para a prestação de cuidados por HO, tanto a nível nacional como regional, a maioria destacou que o equipamento dos estabelecimentos integrados não estava adequado às necessidades da população.

Gráfico 14 – Adequação do número de equipamentos às necessidades da população



Ainda no âmbito dos equipamentos, mas considerando as suas condições/estado de manutenção, verificou-se que a nível nacional 12 ACES (que correspondem a 22%) assumiram que sim e 22 (40%) que não; em 21 ACES (que correspondem a 38%) a resposta é não aplicável, na medida em que na resposta anterior assumiram que não possuíam equipamento. Numa análise regional, constatou-se que na ARS Norte 13% dos ACES indicaram sim, 8% não e 79% não aplicável, na ARS Centro 33% indicaram que sim, 56% não e 11% não aplicável, na ARS Lisboa e Vale do Tejo 40% indicaram que sim e 60% que não, na ARS Alentejo 40% indicaram que sim e 60% que não, e na ARS Algarve 67% indicaram que não e 33% não aplicável (ver gráfico 15). Nesse sentido, torna-se importante realçar que dos ACES que revelaram que eram dotados de equipamento necessário para a prestação de cuidados por HO, tanto a nível nacional como regional, com exceção dos ACES pertencentes à ARS Norte, a maioria destacou que os equipamentos não estão em condições adequadas.

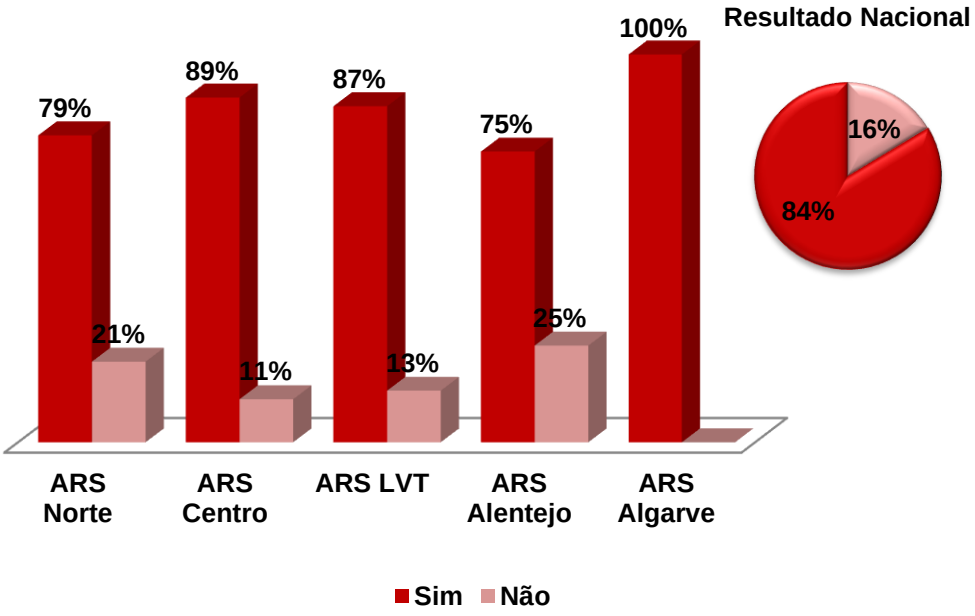
Gráfico 15 – Condições dos equipamentos para a prestação de cuidados de saúde pelo HO



A ERS questionou também os ACES quanto à adequação da informação disponibilizada sobre o PNPSO aos grupos de utentes beneficiários a que o programa se dirige. A nível nacional 46 ACES (que correspondem a 84%) assumiram que sim, e nove (que correspondem a 16%) que não. A nível regional, na ARS Norte, 79% dos ACES indicaram que sim e 21% que não; na ARS Centro, 89% indicaram que sim e 11% não; na ARS Lisboa e Vale do Tejo 87% indicaram que sim e 13% que não; na ARS Alentejo 75% indicaram que sim e 25% que não; e na ARS Algarve todos os ACES indicaram que o conteúdo da informação disponibilizada sobre o PNPSO é adequada ao grupo de utentes beneficiários a que o programa se dirige (ver gráfico 16).

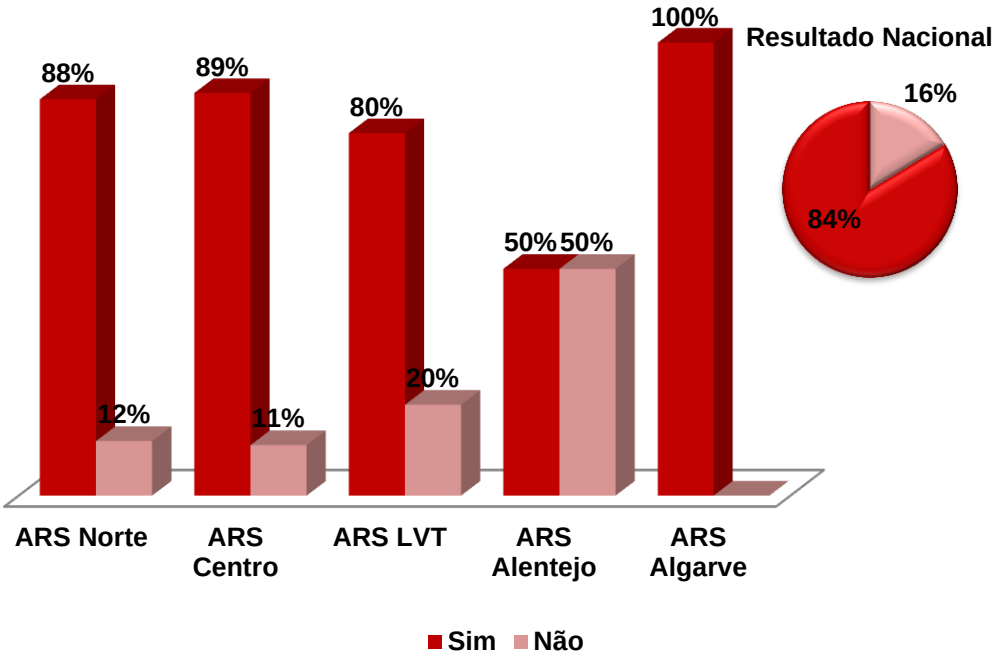
Aos nove ACES que referiram que o conteúdo da informação disponibilizada não era adequada, foi questionado quais o(s) grupo(s) de beneficiário(s) onde se verifica que a informação não é adequada. Os grupos de beneficiários mais destacados foram o de crianças e jovens (referidos por seis ACES) e o dos idosos beneficiários do complemento solidários (referidos por seis ACES), seguidos pelo grupo de utentes portadores de VIH/SIDA (referidos por cinco ACES) e, por último, o grupo de mulheres grávidas (referidos por quatro ACES).

Gráfico 16 – Adequação da informação disponibilizada pelo PNPSO



Noutra ótica, 46 ACES (que correspondem a 84% do total de ACES) concordaram que os grupos de beneficiários abrangidos pelo programa são os mais necessitados de cuidados de saúde oral e, os restantes nove (que correspondem a 16%) indicaram que a seleção de grupos de beneficiários não é a mais adequada. A nível regional, constatou-se que na ARS Norte, 88% dos ACES assumiram que os grupos populacionais abrangidos pelo PNPSO são os que efetivamente mais necessitam de cuidados de saúde oral e 12% responderam que não; na ARS Centro, 89% indicaram que sim, 11% indicou que não; na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 80% indicaram que sim e 20% que não; na ARS Alentejo 50% indicaram que sim e 50% que não; na ARS Algarve todos os ACES responderam afirmativamente quanto à adequação dos grupos alvo do programa (ver gráfico 17). Importa notar que a maioria do ACES assumiu que os grupos populacionais abrangidos pelo PNPSO são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral.

Gráfico 17 – Abrangência pelo PNPSO dos grupos populacionais mais necessitados de cuidados



Aos nove ACES que referiram que os grupos populacionais abrangidos pelo PNPSO não são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral, foi questionado qual(ais) outro(s) grupo(s) de beneficiário(s) deveriam ser abrangidos pelo programa, tendo sido mencionados os seguintes grupos[55]:

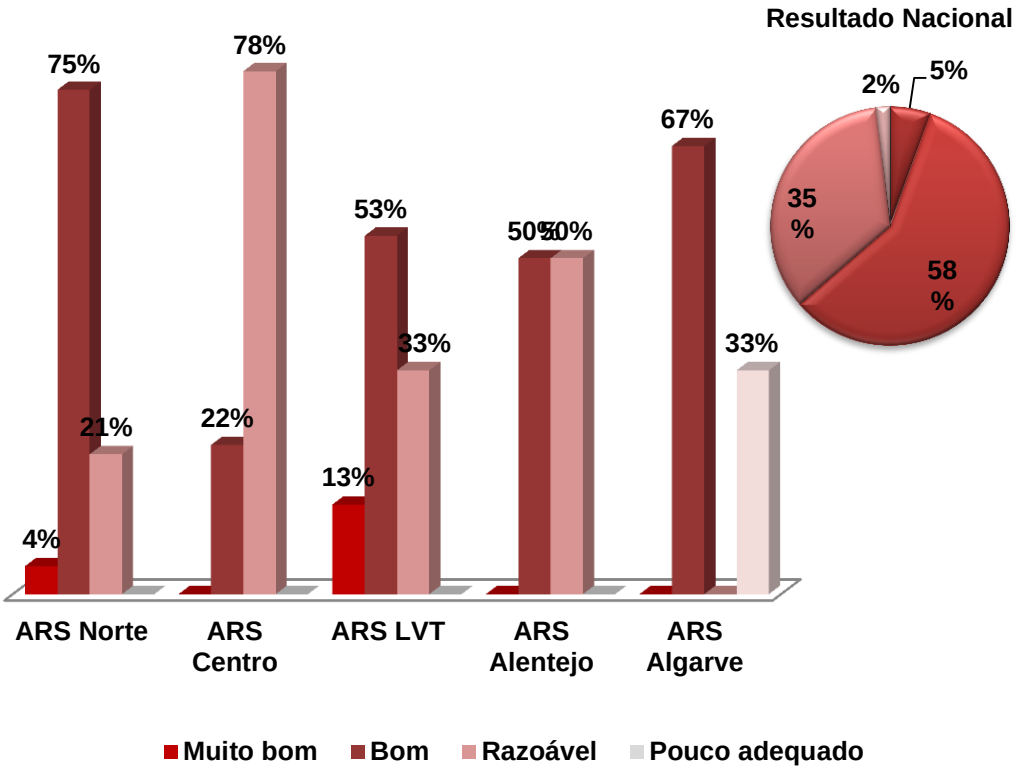
- utentes com patologias associadas: diabetes, asma, cardíacos, oncológicos, entre outros (quatro ACES);
- substituição do grupo de beneficiários das coortes dos 7 e 10 pelas coortes dos 7 e 11 anos (um ACES);
- utentes da coorte dos 3 aos 6 anos, para tratamento de dentes de leite após os 6 e até aos 8 anos (um ACES);
- doentes transplantados (um ACES);
- toda a população idosa (um ACES);
- utentes com comprovada insuficiência económica (dois ACES);
- utentes toxicodependentes em reabilitação (um ACES);
- alargamento até aos 16 anos do rastreio nas escolas (um ACES).

[55] Importa notar que a pergunta sobre o(s) grupo(s) de beneficiário(s) que deveriam constar no programa era de reposta aberta, pelo que os ACES descreveram mais que um grupo possível de beneficiários.

Na avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO, a nível nacional, 5% dos ACES avaliaram como “Muito bom”, 58% como “Bom”, 35% como “Razoável”, e 2% como “Pouco Adequado”. Nenhum ACES indicou que o PNPSO era “Nada adequado”. Por ARS, verificou-se que na ARS Norte, 4% dos ACES avaliou o programa como “Muito Bom”, 75% como “Bom” e 21% como “Razoável”; na ARS Centro, 22% classificaram de “Bom” e 78% de “Razoável”; na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 13% avaliaram como “Muito Bom”, 53% como “Bom” e 33% como “Razoável”; na ARS Alentejo 50% classificaram de “Bom” e 50% de “Razoável”; e na ARS Algarve, 67% dos ACES atribuiriam a classificação de “Bom” e 33% de “Pouco adequado” (ver gráfico 18).

Em suma, do inquérito resultou que do ponto de vista dos ACES o PNPSO apresent um bom funcionamento.

Gráfico 18 – Avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO



Na seção seis do questionário dirigido aos ACES, pretendeu-se avaliar, através de uma escala de concordância de Likert[56], diversas matérias relacionadas com a informação, o financiamento, o equipamento e o papel do HO, e o impacto do PNPSO no estado de saúde da população.

[56] Foi usada uma escala de Likert: 1 – Discordo totalmente, 2 – Discordo, 3 – Indiferente, 4 – Concordo, e 5 – Concordo Totalmente.

De seguida, na tabela 21, são exibidos os valores médios, por ARS, das respostas a cada uma das questões da secção seis do questionário. Verifica-se, assim, que das questões 1 a 5, que visavam avaliar a informação do PNPSO, a questão que teve uma maior concordância foi "5-Os profissionais dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são o principal veículo na divulgação do PNPSO para todas as ARS". Verificou-se também alguma homogeneidade das respostas por parte dos ACES no grupo referido, situando-se em média entre 3 e 4,07 na escala de Likert.

A questão relativa ao financiamento, "6-O PNPSO tem o financiamento adequado para as necessidades da população", apresentou para todas as ARS um nível médio de concordância entre o discordo totalmente e o indiferente.

As questões 7 e 8, relativas ao número e ao estado dos equipamentos a ser utilizados pelo HO, apresentaram diferentes graus de concordância entre as ARS, sendo este mais heterogéneo na questão 8.

No grupo de questões 9 a 13, com as quais se pretendia avaliar o papel do HO no PNPSO, obteve-se um maior grau de concordância na questão "11-Os HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são fundamentais para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista", com a exceção dos ACES da ARS Norte.

No grupo de questões 14 a 20, que avaliam o papel do PNPSO no estado de saúde da população, obteve-se, na generalidade, um elevado grau de concordância, com exceção da questão "20-A maior adesão ao PNPSO deveu-se ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários", com que a maioria das ARS discordou.

Tabela 21 – Valores médios do grau de concordância, por ARS

Categorias	Questões	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Informação	**1-**A informação disponibilizada aos utentes beneficiários sobre o PNPSO é adequada e transmitida em momento oportuno.	3,17	3,33	3,67	3,25	4,00
	2-O conteúdo da informação é de fácil entendimento pelos utentes beneficiários.	3,29	3,67	3,47	3,00	3,67
	3-A informação do PNPSO é específica para cada grupo de utentes beneficiários.	3,75	3,89	4,07	4,00	3,67
	4-A informação disponibilizada pelo PNPSO esteve sempre atualizada face às alterações que foram ocorrendo no programa.	3,38	3,78	3,67	3,25	3,00
	5-Os profissionais dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são o principal veículo na divulgação do PNPSO.	4,13	4,22	4,07	4,25	4,33
Financiamento	**6-**O PNPSO tem o financiamento adequado para as necessidades da população.	2,96	2,56	3,13	2,75	1,67
Equipamentos	**7-**Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o número de equipamentos adequado para as necessidades da sua população em termos de higiene oral.	1,71	1,67	2,53	2,25	1,67
	8-Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o equipamento, a ser utilizado pelo HO, em condições adequadas.	1,92	2,67	3,07	4,25	3,33
Papel do HO	**9-**O número de HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários é adequado às necessidades da população.	1,50	1,67	2,53	1,25	3,00
	10-Todos os estabelecimentos que têm equipamento têm HO.	1,79	2,22	3,80	3,75	3,67
	11-Os HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são fundamentais para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.	2,96	4,33	4,60	4,75	4,67
	12-Os médicos de família dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm um idêntico papel ao dos HO para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.	2,88	3,22	2,80	3,00	4,00
	13-A prevenção de doenças orais poderia ser feita na totalidade em estabelecimentos de cuidados de saúde primários pelo HO, caso houvesse um suficiente número de profissionais e de equipamentos.	3,75	4,33	4,60	4,50	3,67
PNPSO no estado de saúde	**14-**O PNPSO contribuiu para a melhoria do estado de saúde oral da população.	4,29	4,67	4,87	4,50	5,00
	15-A prevenção no âmbito do PNPSO reduziu a gravidade das doenças orais.	4,00	4,22	4,80	4,75	5,00
	16-O PNPSO assenta em procedimentos que facilitam o seu funcionamento.	3,71	3,67	4,13	4,00	4,33
	17-O PNPSO abrange os grupos de beneficiários mais necessitados.	3,71	3,67	4,13	4,00	3,67
	18-O PNPSO deveria abranger novos grupos populacionais.	3,79	4,44	4,27	4,75	4,33
	19-A adesão por parte dos utentes beneficiários desse ACES ao PNPSO aumenta de ano para ano.	3,58	3,67	4,13	3,25	3,67
	20-A maior adesão ao PNPSO deveu-se ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários.	2,46	2,78	1,93	2,25	4,00

De seguida (ver tabela 22) pretendeu-se aferir da relevância das diferenças na avaliação do PNPSO feita pelas várias ARS, isto é, verificar se há diferenças significativas nos valores médios do grau de concordância relativa às questões colocadas. Para tal, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, que é uma alternativa não paramétrica ao teste ANOVA. Para se poder aplicar o referido teste, tem de se garantir que os dados têm de provir de amostras independentes de populações (como é o caso das ARS), que não necessita de ser normal[57].

No teste Kruskal-Wallis é assumido na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ARS), e na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre grupos.

Na avaliação da afirmação "8-Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o equipamento, a ser utilizado pelo HO, em condições adequadas", revelaram-se diferenças significativas entre ARS, o que indicia tratar-se de uma realidade com grande heterogeneidade regional. Note-se que em termos médios foi obtida uma avaliação, a nível nacional, de 2,60, mas por ARS os valores médios variaram entre 1,92 e os 4,25. Assim sendo, os ACES da ARS Norte discordam com a afirmação de o equipamento para utilização pelo HO estar em condições adequadas, enquanto que os da ARS Alentejo revelaram concordar com a existência de equipamento nas condições adequadas.

Relativamente à afirmação "9-O número de HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários é adequado às necessidades da população" verificou-se que há diferenças significativas de concordância entre ARS, e de acordo com os valores médios a ARS que evidenciou uma avaliação superior foi a ARS Algarve, que, em média, se assume com indiferente à afirmação e inferior a ARS Alentejo, em média entre o "Discordo" e o "Discordando totalmente".

A avaliação da afirmação "10-Todos os estabelecimentos que têm equipamento têm HO" revelou diferenças significativas entre ARS. Obteve-se 2,65 de avaliação média, a nível nacional, e entre ARS esses valores variaram entre 1,79 e 3,80, o que leva a concluir que os ACES da ARS Norte são os que mais discordam da afirmação enquanto os da ARS Lisboa e Vale de Tejo têm uma maior coincidência entre estabelecimento com equipamento e, simultaneamente, com HO.

[57] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todas as variáveis da escala de avaliação exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, logo as variáveis não seguem uma distribuição normal.

Também a avaliação da afirmação “11-Os HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são fundamentais para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista” apresentou diferenças significativas entre ARS. A nível nacional foi obtido um valor médio de 3,85 e entre ARS os valores médios da escala variaram entre 4,75, na ARS Algarve, e 2,96, na ARS Norte. No entanto, a ARS Norte foi a que revelou um nível médio de escala inferior, e bem destinto das restantes ARS, evidenciando um escala próxima da indiferença.

A afirmação “14-O PNPSO contribuiu para a melhoria do estado de saúde oral da população” também suscitou avaliações significativamente diferentes, atingindo o valor máximo de concordância na ARS Algarve e o mínimo, ainda que elevado, na ARS Norte. Foi também verificada heterogeneidade significativa quanto à afirmação “15-A prevenção no âmbito do PNPSO reduziu a gravidade das doenças orais”, com todas as ARS a terem elevados níveis de concordância.

A afirmação “18-O PNPSO deveria abranger novos grupos populacionais” obteve diferenças significativas nos valores médios do grau de concordância entre ARS e, com a exceção da ARS Norte, as restantes ARS revelaram um nível médio de concordância acima da média nacional.

Da afirmação “19-A adesão por parte dos utentes beneficiários desse ACES ao PNPSO aumenta de ano para ano” resultaram diferenças significativas nos valores médios do grau de concordância entre ARS, verificando-se a nível nacional um valor médio de concordância de 3,73, e a nível regional uma variação dos valores entre 3,25, na ARS Alentejo e 4,13 na ARS Lisboa e Vale do Tejo.

E, por último, a questão “20-A maior adesão ao PNPSO deveu-se ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários” também evidenciou diferenças significativas nos valores médios do grau de concordância entre ARS, atingindo uma média a nível nacional na escala do discordo, e a nível regional revelando diferenças com a ARS Algarve com um valor médio de 4 e a ARS Lisboa e vale do Tejo com 1,93.

Tabela 22 – Diferenças significativas nos valores médios do grau de concordância entre ARS

Questões	Teste Qui-Quadrado	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
1-A informação disponibilizada aos utentes beneficiários sobre o PNPSO é adequada e transmitida em momento oportuno.	3,16	3,38	1,05	1,00	5,00
2-O conteúdo da informação é de fácil entendimento pelos utentes beneficiários.	1,69	3,40	0,96	1,00	5,00
3-A informação do PNPSO é específica para cada grupo de utentes beneficiários.	1,73	3,87	0,84	2,00	5,00
4-A informação disponibilizada pelo PNPSO esteve sempre atualizada face às alterações que foram ocorrendo no programa.	2,11	3,49	1,10	1,00	5,00
5-Os profissionais dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são o principal veículo na divulgação do PNPSO.	0,429	4,15	0,80	2,00	5,00
6-O PNPSO tem o financiamento adequado para as necessidades da população.	6,35	2,85	1,01	1,00	5,00
7-Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o número de equipamentos adequado para as necessidades da sua população em termos de higiene oral.	5,01	1,96	1,09	1,00	5,00
8-Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o equipamento, a ser utilizado pelo HO, em condições adequadas.	14,39***	2,60	1,37	1,00	5,00
9-O número de HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários é adequado às necessidades da população.	8,88**	1,87	1,12	1,00	5,00
10-Todos os estabelecimentos que têm equipamento têm HO.	17,99***	2,65	1,54	1,00	5,00
11-Os HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são fundamentais para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.	19,09***	3,85	1,42	1,00	5,00
12-Os médicos de família dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm um idêntico papel ao dos HO para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.	3,01	2,98	1,19	1,00	5,00
13-A prevenção de doenças orais poderia ser feita na totalidade em estabelecimentos de cuidados de saúde primários pelo HO, caso houvesse um suficiente número de profissionais e de equipamentos.	9,39*	4,13	1,17	1,00	5,00
14-O PNPSO contribuiu para a melhoria do estado de saúde oral da população.	13,57***	4,56	0,54	3,00	5,00
15-A prevenção no âmbito do PNPSO reduziu a gravidade das doenças orais.	18,19***	4,36	0,68	3,00	5,00
16-O PNPSO assenta em procedimentos que facilitam o seu funcionamento.	5,89	3,87	0,84	2,00	5,00
17-O PNPSO abrange os grupos de beneficiários mais necessitados.	4,71	3,84	0,86	2,00	5,00
18-O PNPSO deveria abranger novos grupos populacionais.	9,01*	4,13	0,84	2,00	5,00
19-A adesão por parte dos utentes beneficiários desse ACES ao PNPSO aumenta de ano para ano.	9,02*	3,73	0,71	2,00	5,00
20-A maior adesão ao PNPSO deveu-se ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários.	10,36**	2,44	1,03	1,00	5,00

*Nível de significância $p < 0{,}1$; ** Nível de significância $p < 0{,}05$; *** Nível de significância $p < 0{,}01$.

Em síntese, as matérias em que se encontrou diferenças significativas na avaliação por parte dos ACES e que, no futuro, poderão ser melhoradas em algumas ARS, são aquelas relativas à existência de equipamentos e de HO adequados às necessidades da população, a prossecução de um consenso sobre o papel do HO para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista, a possibilidade da prevenção de doenças orais poder ser feita na totalidade em estabelecimentos de cuidados de saúde primários pelo HO, caso houvesse um suficiente número de profissionais e de equipamentos, a eventual pertinência do PNPSO abranger novos grupos populacionais, e as questões associadas ao grau de adesão por parte dos utentes beneficiários ao PNPSO.

De seguida realizou-se uma análise fatorial que permite, a partir de um conjunto inicial de variáveis, identificar um conjunto menor de variáveis latentes (fatores), as quais captam as relações mais importantes na realidade em estudo. O objetivo final é a redução da dimensão dos dados, sem perda significativa de informação (Pereira e Patrício, 2013)[58]. Em concreto e recorrendo à análise fatorial, pretende-se avaliar as principais dimensões em que o PNPSO é avaliado pelos ACES.

Os resultados dos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), e de esfericidade de Bartlett permitem saber se a aplicação da análise fatorial tem validade para as variáveis escolhidas. No teste KMO obteve-se um valor de 0,810 (ver tabela 23), o que se interpreta com sendo indicativo de que a análise de componentes principais pode ser feita. Por seu turno, o teste de esfericidade de Bartlett indica que deve rejeitar-se a hipótese nula de não haver correlação entre as principais dimensões em que os ACES avaliam o PNPSO.

Tabela 23 - Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,810
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	121,219
	df	21
	Sig.	0,000

O método de componentes principais foi o utilizado para a realização de extração de fatores. Aplicou-se também a rotação através do método varimax, do qual resulta que, para cada componente principal, existam apenas alguns pesos significativos e todos

[58] Pereira, A. e Patrício, T. (1999). SPSS – Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo, 8.ª edição.

os outros sejam próximos de zero (não significativos). Nos critérios de aceitação dos resultados, considerou-se os valores próprios mais elevados, superiores a um, e constatou-se que nenhum item estava em mais de um fator, apoiando a independência das dimensões e a consistência da análise (ver tabela 24). Cada valor próprio representa a quantidade de variância explicada por cada componente. Da tabela 24 retira-se que três componentes principais explicam 76,61% da variância total de todos os componentes.

Tabela 24 - Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somas de extração de carregamentos ao quadrado			Somas rotativas de carregamentos ao quadrado[a]
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total
1	2,75	39,285	39,285	2,75	39,285	39,285	2,658
2	1,57	22,425	61,71	1,57	22,425	61,71	1,742
3	1,043	14,903	76,613	1,043	14,903	76,613	1,159

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
a. Quando os componentes são correlacionados, as somas de carregamentos ao quadrado não podem ser adicionadas para se obter uma variância total.

Da análise fatorial levada a cabo, cujos resultados se exibem na tabela 25, verifica-se que os fatores extraídos, mais relevantes, do conjunto de questões apresentadas aos ACES foram a informação do PNPSO (nomeadamente a disponibilização aos utentes, o conteúdo, a adequação aos grupos beneficiários, e a atualização), o impacto do PNPSO no estado de saúde da população (o papel da prevenção do PNPSO e a necessidade de abrangência a novos grupos de beneficiários), e a maior adesão ao PNPSO como reflexo apenas do alargamento a novos grupos de utentes beneficiários. Em síntese, e integrando os fatores nas categorias gerais do inquérito, a informação e o impacto do PNPSO no estado de saúde da população são as matérias mais relevantes na ótica da avaliação do desempenho do programa pelos ACES.

Tabela 25 – Resultados da análise fatorial

Fatores	Componente		
	Informação do PNPSO	Impacto do PNPSO	Adesão ao PNPSO
A informação disponibilizada aos utentes beneficiários sobre o PNPSO é adequada e transmitida em momento oportuno.	0,876		
O conteúdo da informação é de fácil entendimento pelos utentes beneficiários.	0,835		

A informação do PNPSO é específica para cada grupo de utentes beneficiários.	0,712		
A informação disponibilizada pelo PNPSO esteve sempre atualizada face às alterações que foram ocorrendo no programa.	0,788		
O PNPSO contribuiu para a melhoria do estado de saude oral da população.		0,885	
A prevenção no âmbito do PNPSO reduziu a gravidade das doenças orais.		0,895	
A maior adesão ao PNPSO deveu-se apenas ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários.			0,963

Método de Extração: Análise de Componente Principal.
Método de Rotação: Oblimin com Normalização de Kaiser.

Em suma, da avaliação do PNPSO, por parte dos ACES, resultou que os rácios de equipamentos para a prestação de cuidados de saúde por HO, por 100.000 habitantes e por ARS, são inferiores ao exibido a nível nacional na ARS Norte e na ARS Algarve, enquanto a ARS Alentejo apresentou rácio superior a todas as ARS. Tanto a nível nacional como regional, a maioria destacou que o equipamento dos estabelecimentos integrados não estava adequado às necessidades da população, nem, com exceção dos ACES pertencentes à ARS Norte, em condições adequadas.

A maioria dos ACES entende que a informação disponibilizada sobre o PNPSO é adequada, enquanto no que se refere à abrangência do programa, a maioria concordou que os grupos de beneficiários contemplados são os mais necessitados de cuidados de saúde oral. Na ótica dos ACES, em geral, o PNPSO tem um bom funcionamento.

Por último, considerando as categorias de informação, financiamento, equipamentos, o papel do HO e do impacto do PNPSO no estado de saúde da população, os fatores sobre os quais os ACES revelam maior consenso são a informação do programa e o impacto do PNPSO no estado de saúde da população.

7.2. Análise do PNPSO por parte dos médicos dentistas e estomatologistas

Uma vez que os médicos dentistas e/ou estomatologistas (de agora em diante ambos denominados médicos) são atores fundamentais do PNPSO, revelou-se oportuno a realização de um questionário, a nível nacional, remetido aos médicos atualmente aderentes e aos que, tendo aderido ao programa em anos anteriores, deixaram entretanto de ser aderentes.

O questionário utilizado (integralmente reproduzido no Anexo V) divide-se em duas seções principais, tal como descrito na tabela 26. Relativamente aos médicos que deixaram de ser aderentes ao cheque-dentista, pretendeu-se avaliar os principais motivos dessa decisão. Para os médicos atualmente aderentes, o questionário pretendeu captar a sua perceção a respeito do PNPSO, em concreto sobre o funcionamento do mecanismo do cheque-dentista, identificar as motivações para a adesão ao cheque-dentista e verificar da existência de eventuais desajustamentos do programa, nomeadamente no que se refere aos grupos abrangidos, ao número de cheques e aos objetivos terapêuticos.

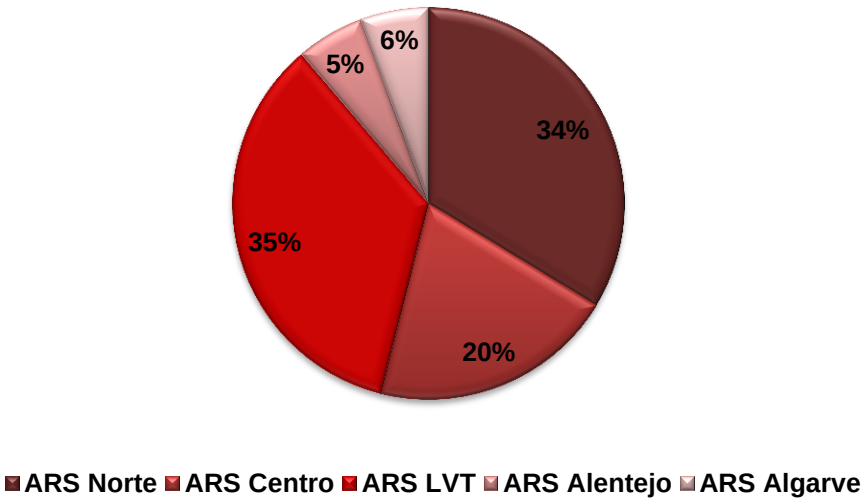
Tabela 26 – Descrição da estrutura do questionário

Seções	Descrição
Aplicável a médicos não aderentes ao cheque-dentista	Principais motivos que levaram os médicos a deixarem de ser aderentes ao cheque-dentista.
Aplicável a aderentes ao cheque-dentista	Grupo de utentes beneficiários que mais utiliza o cheque-dentista.
	A adequação do número de cheques-dentista a cada grupo de utentes beneficiários e a validade dos cheques-dentista.
	A terapêutica incluída em cada cheque-dentista.
	O valor do cheque-dentista.
	O processo de pagamento dos cheques-dentista.
	Incidência de doença oral por grupo de beneficiário e utilização dos cheques-dentista.
	Impacto da introdução do cheque-dentista no estado de saúde da população
	Instrução e motivação para a higiene oral.
	Realização de auditorias e fiscalizações aos estabelecimentos dos médicos aderentes.
	Avaliação geral sobre o PNPSO.

O inquérito foi realizado com base num questionário em formulário *web*, remetido por *e-mail* a todos os médicos atualmente aderentes ao cheque-dentista ou que o foram em algum momento, conforme listagens disponibilizadas pelas ARS. Assim o questionário foi enviado a 3.532 médicos, tendo-se obtido 853 respostas completas e válidas no período de 20 de fevereiro a 10 de março de 2014.

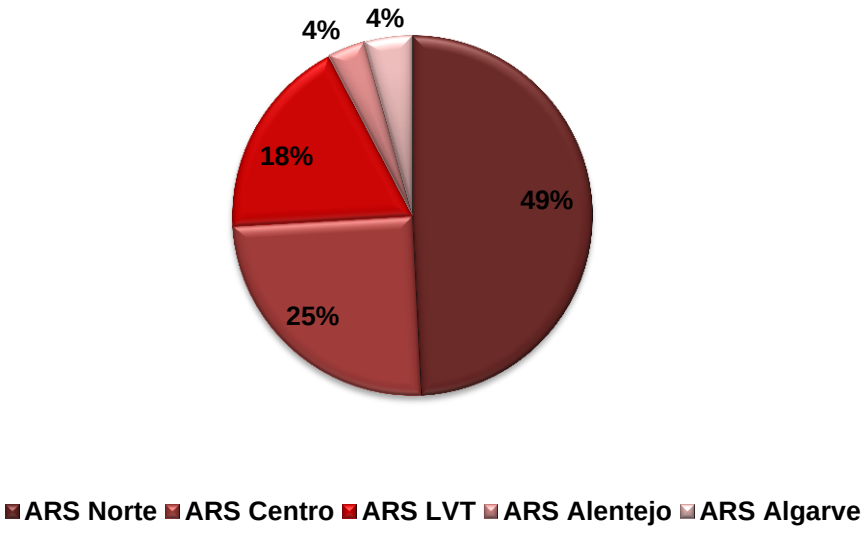
Da amostra recolhida verificou-se que dos 853 inquiridos, 89 deixaram de ser aderentes ao PNPSO (cheque-dentista), sendo os restantes 764 médicos aderentes atualmente. Assim, verifica-se que, na totalidade dos inquiridos, 10,4% deixaram de ser médicos aderentes ao PNPSO, e a nível regional, 34% são médicos na ARS Norte, 20% na ARS Centro, 35% na ARS LVT, 5% na ARS Alentejo e 6% na ARS Algarve (ver gráfico 19).

Gráfico 19 – Caraterização da amostra: médicos que deixaram de ser aderentes ao PNPSO



Relativamente aos médicos atualmente aderentes ao PNPSO, 49% são médicos na ARS Norte, 25% na ARS Centro, 18% na ARS LVT, 4% da ARS Alentejo e 4% da ARS Algarve (ver gráfico 20).

Gráfico 20 – Caraterização da amostra: médicos aderentes ao PNPSO



Como metodologia para avaliação do inquérito aplicaram-se as estatísticas descritivas mais adequadas às questões em análise e, na parte do questionário dirigido aos médicos aderentes, recorreu-se também ao teste não paramétrico Kruskall-Wallis para se aferir da significância das diferenças entre dos valores médios das ARS – os resultados do teste, bem como o seu nível de significância, podem ser consultados no Anexo VI. Relembre-se que para se poder aplicar o referido teste, os dados devem provir de amostras independentes de populações (como é o caso das ARS), que não necessita de ser normal[59]. No teste Kruskal-Wallis é assumido na hipótese nula que a variável é igual entre grupos (neste caso entre ARS), e na hipótese alternativa, a variável é diferentes entre grupos. Na análise das questões, que se segue, apenas se evidencia a interpretação dos resultados dos testes Kruskall-Wallis.

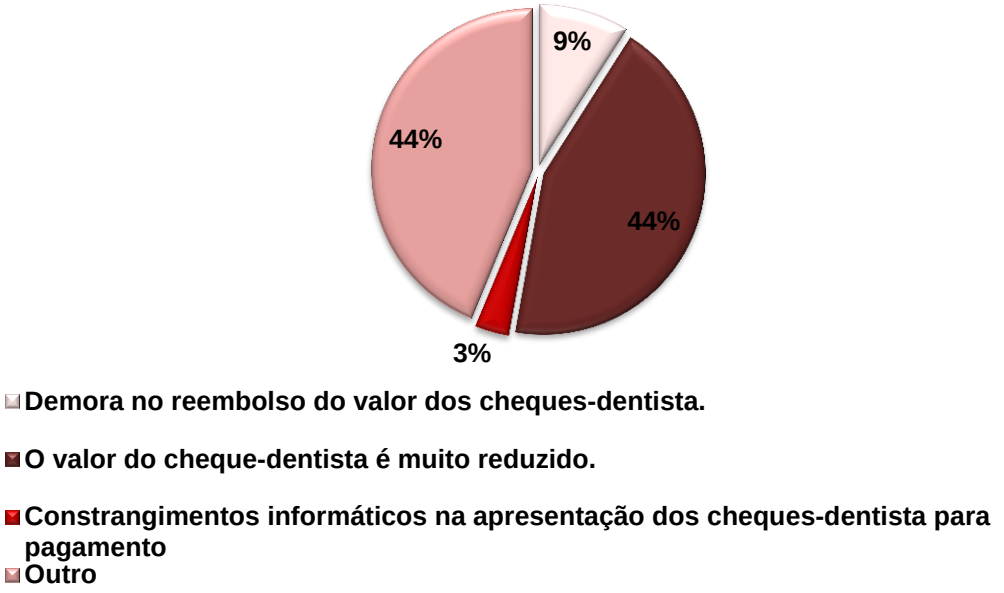
Importa aqui referir que a amostra relativa aos atuais médicos aderentes ao PNPSO, tal como descrito anteriormente, inclui 764 inquiridos. Dada a população de 5.679 médicos aderentes ao PNPSO, a amostra deveria ter no mínimo de 595 inquiridos, com um nível de confiança de 99% e um intervalo de confiança de 5%, pelo que a amostra recolhida é representativa da população em estudo[60].

[59] Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, no qual a hipótese nula identifica que a variável assume uma distribuição normal, e o contrário na hipótese alternativa. Todas as variáveis da escala de avaliação exibiram um $p < 0{,}05$, pelo que se rejeitou a hipótese nula, concluindo-se assim que as variáveis não seguem uma distribuição normal.

[60] A título exemplificativo, com a presente dimensão da amostra, poderá dizer-se que se 60% da amostra apresentar uma dada resposta a uma questão do questionário, a mesma resposta

Dos 89 inquiridos que deixaram de ser médicos aderentes ao cheque-dentista, 9% indicaram que o principal motivo foi a demora no reembolso do valor dos cheques-dentista (ver gráfico 21), 44% evidenciaram que o valor do cheque-dentista é muito reduzido, 3% devido aos constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento, e 44% indicaram outro motivo. Importa notar que não opção "outros", foram identificados como principais motivos: o inquirido não estar a prestar cuidados de saúde por se encontrar desempregado, estar a trabalhar fora do país ou reformado; pouca utilização do cheque-dentista; mudança de estabelecimento de prestação de cuidados de saúde; não concordância com o PNPSO; adesão bloqueada; falta de pagamento pelos cuidados de saúde prestados no âmbito do PNPSO; indisponibilidade da agenda.

Gráfico 21 – Motivos que levaram os médicos a deixar de ser aderentes ao PNPSO

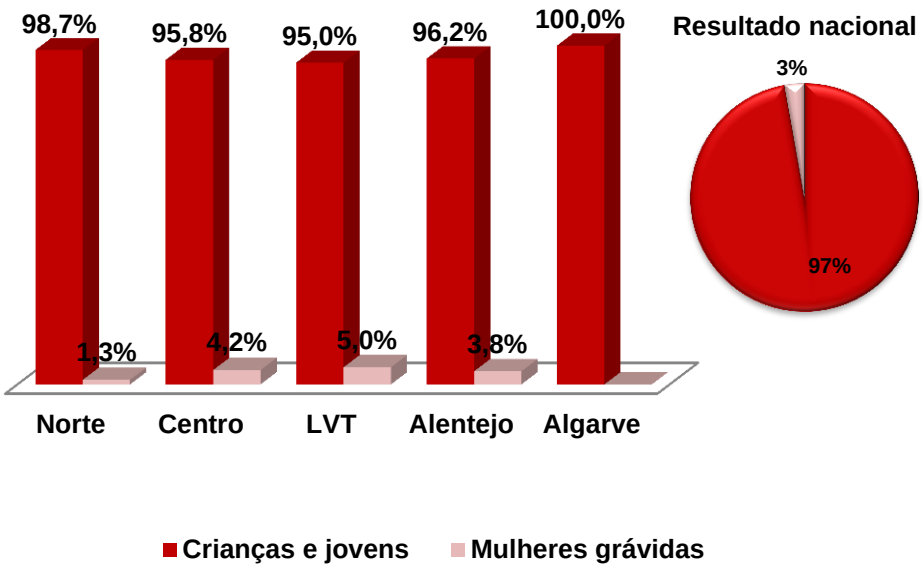


Considerados, por seu turno, os médicos atualmente aderentes ao PNPSO, foi primeiramente questionado qual o grupo de utentes beneficiários (crianças e jovens, mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário e utentes portadores de VIH/SIDA) que mais utiliza o cheque-dentista no estabelecimento. Em resposta foram apenas selecionados, dos quatro grupos, o grupo de crianças e jovens e

teria sido dada por 55% a 65% dos médicos, com 99% de certeza, se fosse dirigida a todos os médicos aderentes, ou seja à população de 5.679 médicos aderentes.

grávidas, pelo que a utilização dos cheque-dentistas, por parte do grupo de idosos beneficiários do complemento solidários e dos utentes portadores de VIH/SIDA não é expressiva nos estabelecimentos com médicos aderentes ao cheque-dentista. A nível nacional, 97% referiram que o grupo de beneficiários que mais utiliza o cheque-dentista, no seu estabelecimento, é o das crianças e jovens e 3% indicaram as grávidas (ver gráfico 22). Numa ótica regional, na ARS Algarve todos os inquiridos identificaram como grupo de beneficiários que mais utiliza o cheque-dentista o das crianças e jovens, seguida pela ARS Norte, com 98,7%, pela ARS Alentejo, com 96,2%, pela ARS Centro, com 95,8%, e pela ARS LVT com 95,0%.

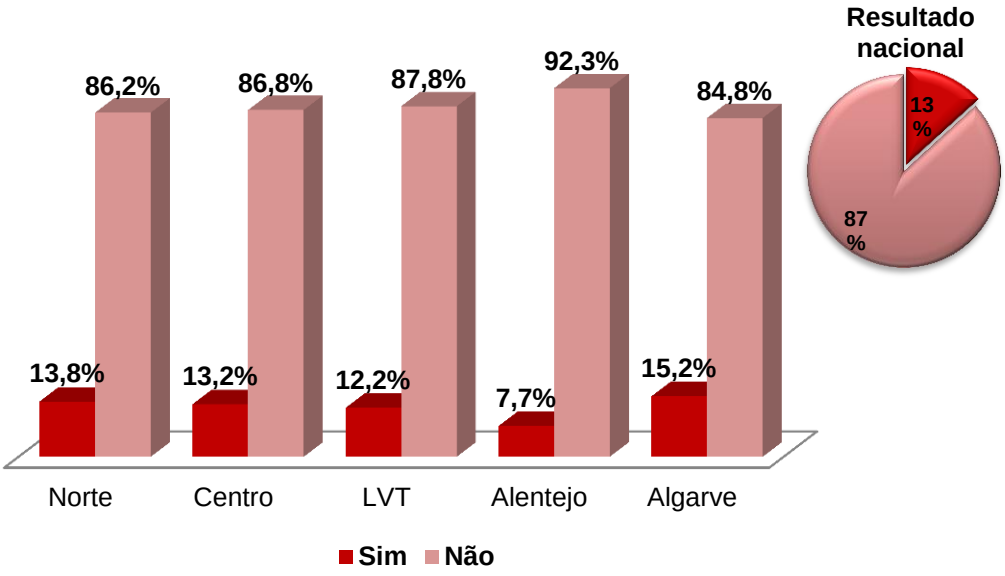
Gráfico 22 – Utilização do cheque-dentista por parte dos grupos de utentes beneficiários



Do teste estatístico realizado, concluiu-se que existem diferenças significativas na opinião dos médicos de diferentes ARS quanto aos grupos que mais utilizam os cheques-dentista.

No âmbito da relação entre o número máximo de cheques-dentista, previsto na lei, e a adequação aos cuidados de saúde necessários a cada grupo, verificou-se que a nível nacional 87% dos inquiridos destacaram a não adequação. A nível regional, a ARS que mais se distanciou dos resultados nacionais foi a ARS Alentejo, em que 92,3% dos inquiridos indicaram que a relação do número máximo de cheques-dentista com a necessidade de cuidados de saúde não é adequada e, os restantes, 7,7% consideram adequado.

Gráfico 23 – Relação entre a adequação do número máximo de cheques-dentista e a necessidade de cuidados de saúde



Verificou-se também que a avaliação da adequação do número máximo de cheques-dentista às necessidades de cuidados de saúde não é estatisticamente diferente entre ARS.

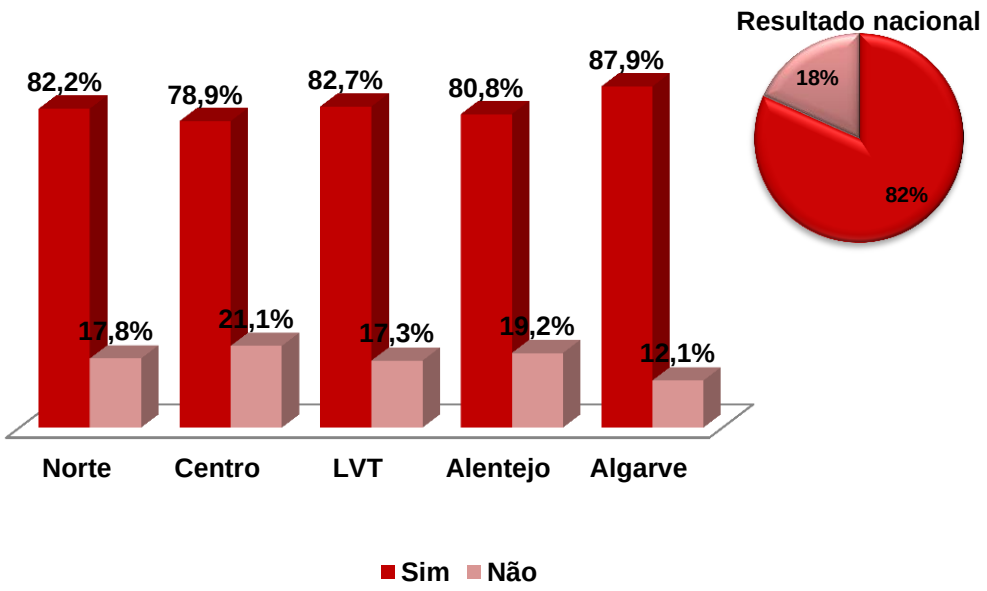
Aos inquiridos que revelaram desacordo quanto à adequação do número de cheques aos cuidados de saúde necessários a cada grupo, foi solicitado que identificassem o grupo de beneficiários em que o número de cheques-dentista se encontra mais desajustado, tendo sido o mais destacado em todas as ARS o grupo de crianças e jovens. Em segundo lugar, o grupo de idosos beneficiários do complemento solidário foi o mais referido, seguido pelo grupo de mulheres grávidas, e por último, o grupo de utentes portadores de VIH/SIDA.

Tabela 27 – Grupo de beneficiários em que o número de cheques-dentista se encontra mais desajustado

ARS	Crianças e jovens	Mulheres grávidas	Idosos beneficiários do complemento solidário	Utentes portadores de VIH/SIDA
Norte	75,9%	10,2%	13,9%	0,0%
Centro	79,4%	6,7%	12,7%	1,2%
LVT	79,5%	9,0%	9,8%	1,6%
Alentejo	87,5%	8,3%	4,2%	0,0%
Algarve	53,6%	21,4%	25,0%	0,0%
Nacional	76,9%	9,5%	13,0%	0,6%

No âmbito da relação entre o prazo de validade dos cheques e a adaptação às especificidades de cada grupo de beneficiários, constatou-se que 82% dos inquiridos evidenciou que estava adaptada e, os restantes, 18% evidenciaram que não estava adaptada. A nível regional, verificou-se que a ARS Centro exibiu a percentagem mais baixa, de 78,9%, relativa à adaptação entre a validade dos cheques-dentista e as especificidades de cada grupo de beneficiários, e a ARS Algarve exibiu uma percentagem mais elevada de 87,9%.

Gráfico 24 – Relação entre o prazo validade dos cheques-dentista e a adaptação às especificidades de cada grupo de beneficiários



Os valores médios são próximos entre ARS, não existindo diferenças estatísticas significativas na avaliação da relação entre o prazo de validade dos cheques-dentista e a adaptação às especificidades de cada grupo de beneficiários e as ARS.

Aos inquiridos que evidenciaram que a validade dos cheques-dentista se encontrava desajustada ao grupo de beneficiários foi solicitado que identificassem o grupo de beneficiários no qual tal desajustamento fosse maior. Constatou-se que o grupo de crianças e jovens foi o mais destacado em todas as ARS (ver tabela 28), seguido pelo grupo de mulheres grávidas, e por último, o grupo de idosos beneficiários do complemento solidário. O grupo de utentes portadores de VIH/SIDA não foi mencionado por nenhuma das ARS.

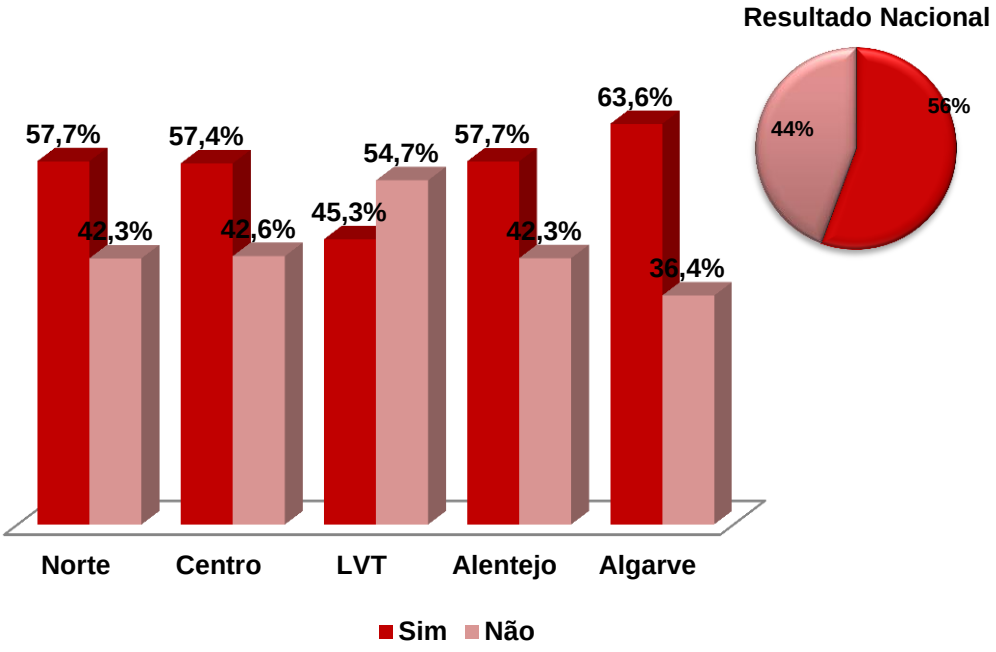
Tabela 28 – Relação entre a validade dos cheques-dentista e a adaptação às especificidades de cada grupo de beneficiários, entre ARS

ARS	Crianças e jovens	Mulheres grávidas	Idosos beneficiários do complemento solidário
Norte	82,1%	14,9%	3,0%
Centro	75,0%	20,0%	5,0%
LVT	79,2%	16,7%	4,2%
Alentejo	60,0%	40,0%	0,0%
Algarve	75,0%	25,0%	0,0%
Nacional	78,6%	17,9%	3,6%

Quando questionados quanto à adequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários, 56% dos inquiridos entenderam estarem adequados, e os restantes 44% não estarem adequados. A nível regional, verificou-se uma realidade muito semelhante à nacional, com exceção da ARS Lisboa e Vale do Tejo que exibiu uma percentagem mais baixa, de 45,3%, de respostas afirmativas quanto à adequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários, e da ARS Algarve, que exibiu uma percentagem mais elevada, de 63,6%.

Verificou-se que a avaliação média sobre a relação entre a adequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários é independente da pertença a uma das ARS, pelo que a opinião dos médicos aderentes é homogénea entre as regiões de saúde.

Gráfico 25 – Adequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários



Aos inquiridos que referiram que os objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários não eram adequados, foi solicitado que identificassem o grupo de beneficiários relativamente ao qual a desadequação será maior. Constatou-se que o grupo de crianças e jovens foi o mais destacado em todas as ARS, representando assim o grupo de beneficiários com os objetivos terapêuticos mais desadequados. A seguir ao grupo de crianças e jovens, o grupo de mulheres grávidas e de idosos beneficiários do complemento solidário obtiveram a mesma percentagem em cada uma das ARS, com exceção da ARS Algarve, que exibiu uma percentagem mais elevada no grupo de idosos beneficiários do complemento solidário.

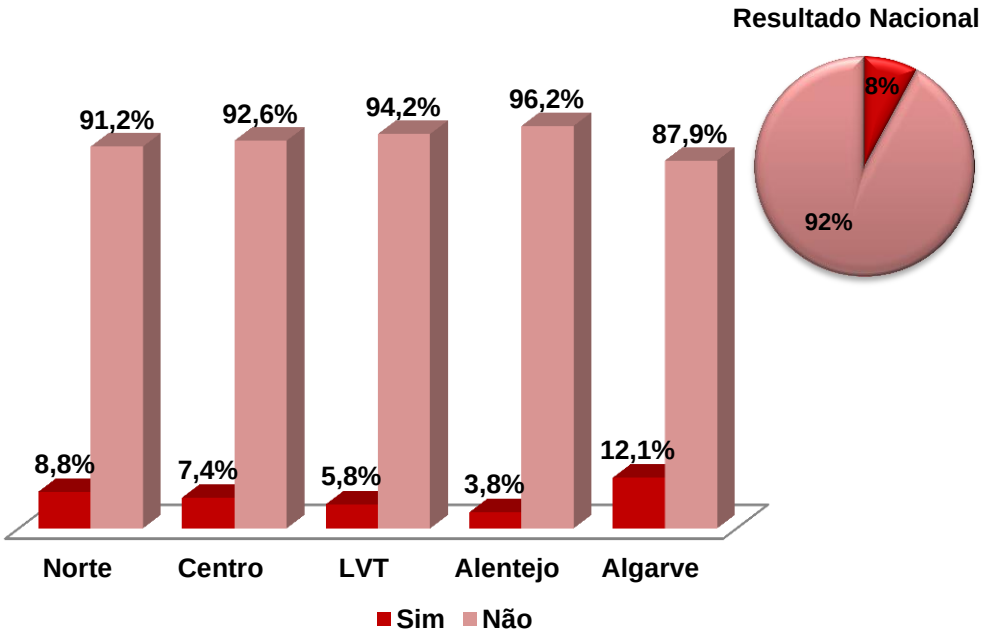
Tabela 29 – Desadequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários

ARS	Crianças e jovens	Mulheres grávidas	Idosos beneficiários do complemento solidário
Norte	81,1%	9,4%	9,4%
Centro	82,7%	8,6%	8,6%
LVT	89,5%	5,3%	5,3%
Alentejo	100,0%	0,0%	0,0%
Algarve	58,3%	16,7%	25,0%
Nacional	83,2%	8,3%	8,6%

Relativamente ao valor do cheque-dentista, foi questionado se é suficiente para cobrir os tratamentos necessários. Constatou-se que 8% dos inquiridos evidenciou que o valor do cheque-dentista é, na maioria dos casos, suficiente para cobrir os tratamentos necessários e, os restantes, 92% evidenciaram que não era suficiente. A nível regional, verificou-se que a ARS Algarve exibiu uma percentagem mais baixa, de 87,9%, relativa ao valor não ser suficiente para cobrir os tratamentos necessários, e a ARS Alentejo exibiu uma percentagem mais elevada de 96,2%.

Verificou-se que os valores médios da avaliação do valor dos cheque-dentista relativamente aos tratamentos necessários é independente das ARS, pelo que, a opinião dos médicos aderentes é semelhante, em termos médios, entre as regiões de saúde.

Gráfico 26 – Adequação do valor dos cheque-dentista relativamente aos tratamentos necessários



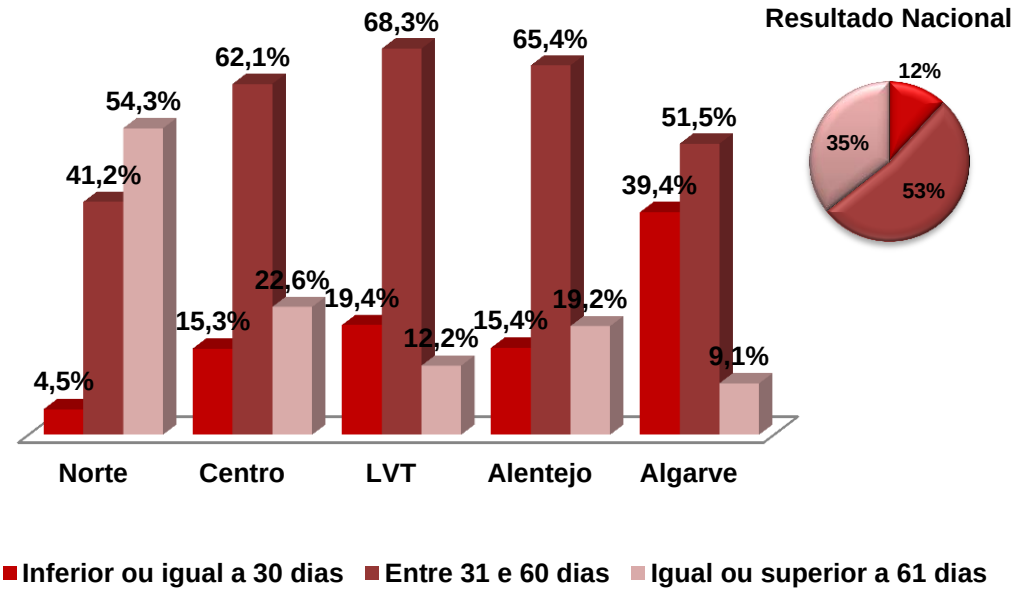
Aos inquiridos que evidenciaram que o valor dos cheque-dentista não é, na maioria dos casos, suficiente para cobrir os tratamentos necessários, foi solicitado que identificassem o grupo de beneficiários em que o valor estaria mais desajustado. Nesse sentido, o grupo de crianças e jovens foi o mais destacado em todas as ARS. O segundo grupo identificado na ARS Norte, na ARS LVT e na ARS Algarve foi o de mulheres grávidas e na ARS Centro e na ARS Alentejo foi o grupo de idosos beneficiários do complemento solidário. Importa notar que o grupo de utentes portadores de VIH/SIDA também foi referenciado por alguma das ARS, destacando-se a ARS Algarve que exibiu uma percentagem de 3,4%.

Tabela 30 – O valor dos cheque-dentista desajustado relativamente aos tratamentos necessários

ARS	Crianças e jovens	Mulheres grávidas	Idosos beneficiários do complemento solidário	Utentes portadores de VIH/SIDA
Norte	79,9%	12,0%	7,0%	1,2%
Centro	82,4%	7,4%	9,7%	0,6%
LVT	80,2%	11,5%	7,6%	0,8%
Alentejo	96,0%	0,0%	4,0%	0,0%
Algarve	72,4%	20,7%	3,4%	3,4%
Nacional	80,8%	10,7%	7,5%	1,0%

No âmbito do prazo do pagamento dos cheques-dentistas por parte das ARS aos médicos aderentes, a nível nacional, 12% dos inquiridos evidenciou que o pagamento dos cheques-dentista se efetuava num prazo inferior ou igual a 30 dias, 53% entre 31 a 60 dias e 35% num prazo igual ou superior a 61 dias. A nível regional, a realidade é muito distinta entre ARS, concluindo-se que existem diferenças significativas no prazo de pagamento entre regiões. Na ARS Norte 54,3% responderam que o pagamento se efetiva com um prazo igual ou superior a 61 dias, enquanto apenas 4,5 % responderam corresponder a uma demora igual ou inferior a 30 dias. No caso das ARS Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve a maioria dos médicos (entre 51,5% na ARS Algarve e 68,3% na ARS Lisboa e Vale do Tejo), indicaram que usualmente o tempo para pagamento se situa entre os 31 e os 60 dias. Não obstante, enquanto que para as ARS Centro e Alentejo, a segunda maior percentagem de médicos se situou na hipótese “Igual ou superior a 61 dias”, para as ARS Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, a segunda maior percentagem de médicos indica que o pagamento se processa num prazo igual ou inferior a 30 dias.

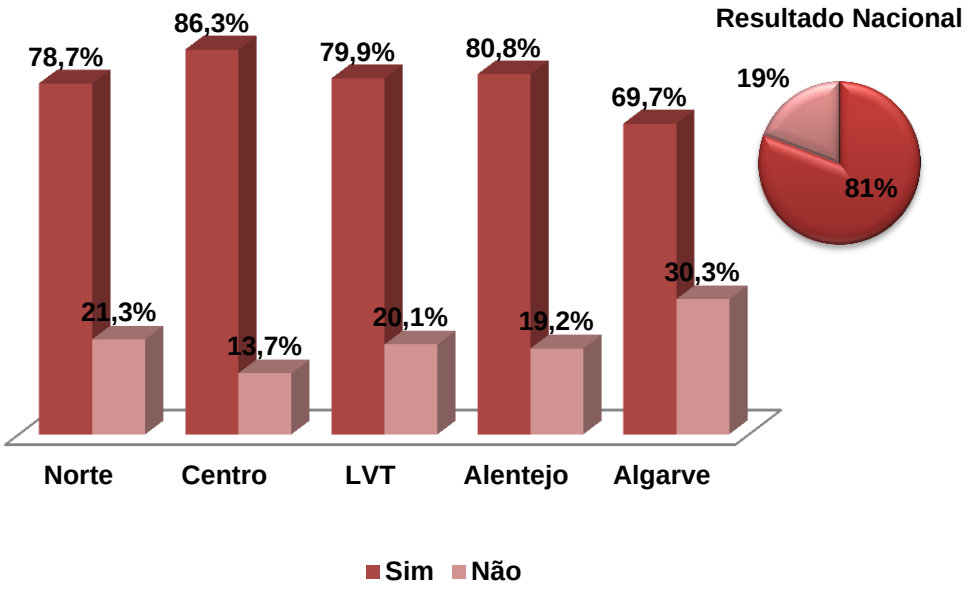
Gráfico 27 – Prazo do pagamento dos cheques-dentista



Os médicos aderentes ao PNPSO também foram questionados relativamente à facilidade de apresentação do cheque-dentista para pagamento, e a nível nacional 81% dos inquiridos responderam positivamente, contra 19%. A nível regional, a realidade é distinta entre ARS. Na ARS Centro 86,3% dos inquiridos admitem que o procedimento é fácil, enquanto que na ARS Algarve 30,3% dos médicos considera que o procedimento de apresentação dos cheques-dentista para pagamento não é fácil, tendo uma percentagem mais alta do que as restantes ARS.

Verificou-se também que o entendimento dos médicos quanto à facilidade de apresentação dos cheques-dentista para pagamento não é distinto para médicos de ARS diferentes.

Gráfico 28 – Facilidade no procedimento de apresentação dos cheques-dentista para pagamento



Aos inquiridos foi também solicitado que ordenassem, de 1 a 4 (do menos grave para o mais grave), o grupo de beneficiários por grau de gravidade de doença oral. A nível nacional, a percentagem de inquiridos que referiu que o grupo de crianças e jovens se encontrava na situação de maior gravidade de doença (nível 4) foi de 30,2%, para as mulheres grávidas 13,9%, para os idosos beneficiários do complemento solidário 14,2%, e para os utentes portadores de VIH/SIDA a percentagem mais elevada de 41,7%, sendo esta consideravelmente superior à percentagem de inquiridos que indicou encontrarem-se no menor nível de gravidade, correspondendo a 23,1%. Com base nas respostas a esta questão, foi calculado um índice relativo de gravidade[61], para que a ordenação entre os grupos fosse possível, constatando-se que o grupo de beneficiários com nível mais elevado de gravidade corresponde ao grupo de utentes portadores de VIH/SIDA.

[61] No cálculo do índice de gravidade considerou-se a seguinte fórmula: $\text{Índice de gravidade}_i = \sum_{g=1}^{4} g * percent_{i,g}$, em que *i* refere-se ao grupo de crianças e jovens, mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário e utentes portadores de VIH/SIDA; *g* é a ordem na escala de gravidade e pode assumir o valor de 1 a 4 (do menos grave para o mais grave); e $percent_{i,g}$ é a percentagem de respostas colocando o grupo *i* na posição *g* na escala.

Tabela 31 – Gravidade por grupo de beneficiários de doença oral, a nível nacional

Grupo de beneficiários	1	2	3	4	Índice de gravidade
Crianças e jovens	33,4%	18,1%	18,3%	30,2%	2,45
Mulheres grávidas	24,0%	30,6%	31,5%	13,9%	2,35
Idosos beneficiários do complemento solidário	19,5%	33,9%	32,4%	14,2%	2,41
Utentes portadores de VIH/SIDA	23,1%	17,4%	17,8%	41,7%	2,78

O índice de gravidade calculado para cada um dos grupos populacionais foi ainda desagregado por região, apresentando-se todos os resultados regionais nas próximas tabelas. Relativamente ao grupo de crianças e jovens, a nível regional verifica-se em todas as ARS uma percentagem mais elevada no menos grave do que no mais grave. Da análise do índice de gravidade, a ARS Algarve foi a que evidenciou um nível mais elevado de 2,52.

Tabela 32 – Grupo de beneficiários crianças e jovens e gravidade de doença oral

Grupo de beneficiários	1	2	3	4	Índice de gravidade
Norte	36%	25%	18%	21%	2,24
Centro	31%	25%	20%	24%	2,37
LVT	35%	20%	20%	25%	2,36
Alentejo	35%	27%	23%	15%	2,19
Algarve	24%	24%	27%	24%	2,52

Relativamente ao grupo de mulheres grávidas, a nível regional verifica-se em todas as ARS, com exceção da ARS LVT, uma percentagem mais elevada no índice de gravidade 3. Da análise do índice de gravidade, a ARS Algarve foi a que evidenciou um nível mais elevado de 2,58.

Tabela 33 – Grupo de mulheres grávidas e gravidade de doença oral

Grupo de beneficiários	1	2	3	4	Índice de gravidade
Norte	17%	30%	39%	14%	2,51
Centro	21%	29%	34%	16%	2,46
LVT	18%	37%	24%	21%	2,48
Alentejo	15%	31%	42%	12%	2,50
Algarve	21%	30%	18%	30%	2,58

Para o grupo de idosos beneficiários do complemento solidário, a nível regional verifica-se em todas as ARS, as percentagens mais elevadas no índice de gravidade situam-se entre o nível de gravidade 2 e 3. Da análise do índice de gravidade, a ARS Alentejo foi a que evidenciou um nível mais elevado de 2,77.

Tabela 34 – Grupo de idosos beneficiários do complemento solidário e gravidade de doença oral

Grupo de beneficiários	1	2	3	4	Índice de gravidade
Norte	20%	31%	33%	16%	2,45
Centro	15%	32%	36%	17%	2,54
LVT	14%	37%	32%	17%	2,52
Alentejo	15%	27%	23%	35%	2,77
Algarve	36%	24%	24%	15%	2,18

Relativamente ao grupo de utentes portadores de VIH/SIDA, a nível regional verifica-se em todas as ARS, uma percentagem mais elevada no nível mais elevado. Da análise do índice de gravidade resulta que a ARS Norte foi a que evidenciou um nível mais elevado de 2,84.

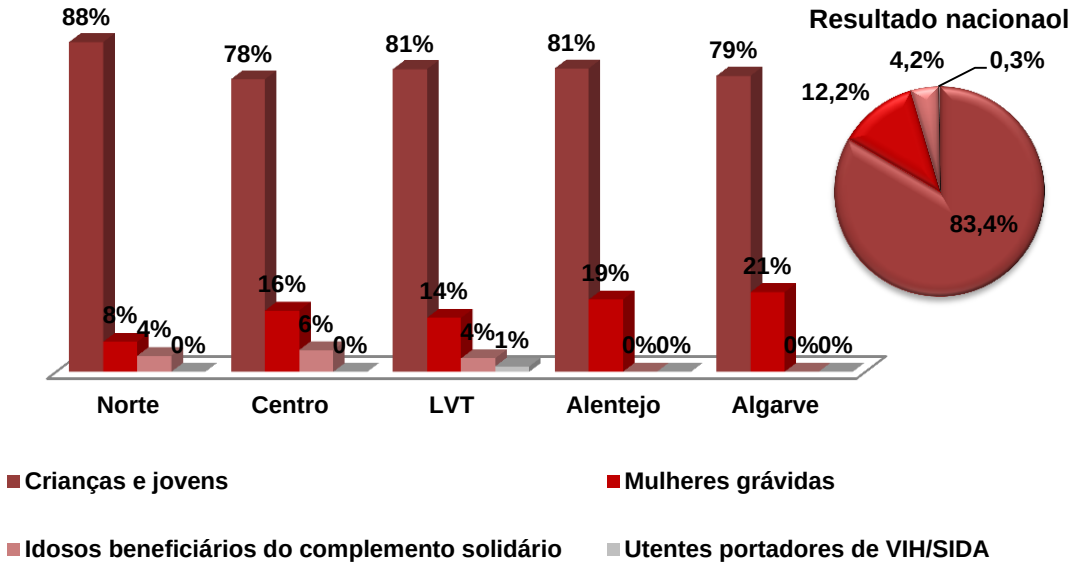
Tabela 35 – Grupo de utentes com VIH/SIDA e gravidade de doença oral

Grupo de beneficiários	1	2	3	4	Índice de gravidade
Norte	26%	14%	11%	50%	2,84
Centro	33%	14%	11%	43%	2,64
LVT	33%	9%	22%	35%	2,56
Alentejo	31%	15%	12%	42%	2,65
Algarve	18%	21%	27%	33%	2,76

Quando questionados quanto ao grupo de beneficiários que mais utiliza a totalidade dos cheques-dentista atribuídos, a nível nacional, 83,4% dos inquiridos destacaram o grupo de crianças e jovens, 12,2% o grupo das grávidas, 4,2% o grupo dos idosos beneficiários do complemento solidário e 0,3% o grupo dos utentes portadores de VIH/SIDA era fácil. A nível regional, a maioria dos médicos assumiu ser o grupo de crianças e jovens aquele que mais utiliza a totalidade dos cheques-dentista.

Verificou-se que existem diferenças significativas quanto ao grupo de beneficiários que mais utiliza a totalidade dos cheque-dentistas entre ARS.

Gráfico 29 – Grupo de beneficiários que mais utiliza a totalidade dos cheque-dentistas



Tendo sido solicitado aos médicos inquiridos que se pronunciassem sobre a frequência da continuidade do tratamento pelos utentes, no estabelecimento, quando esgotados os cheques-dentista, a nível nacional 5,6% dos médicos indicaram que o tratamento é sempre continuado, 34,8% indicaram ser frequente, 42,9% indicaram ser algumas vezes, 16,1% raramente e 0,5% nunca.

A nível regional, para as hipóteses menos selecionadas pelos médicos, “sempre” e “nunca”, verificou-se que a ARS Centro exibiu a maior percentagem de médicos, de 7%, que refere que os utentes continuam sempre o tratamento no estabelecimento quando esgotados os cheques-dentista, enquanto que na ARS Alentejo nenhum dos inquiridos admite que os utentes continuam sempre os tratamentos. Por outro lado, apenas 1% dos médicos da ARS Norte e a ARS Centro indicaram que os utentes nunca continuam o tratamento no estabelecimento depois de utilizada a totalidade dos cheques-dentista, não tendo sido selecionada esta opção por nenhum dos médicos das restantes ARS.

A maioria dos médicos da ARS Algarve (45%) indicou que os utentes continuam frequentemente os tratamentos, sendo a ARS em que maior percentagem dos médicos selecionou esta opção, em contraste com a ARS Lisboa e Vale do Tejo onde apenas 22% selecionou esta opção.

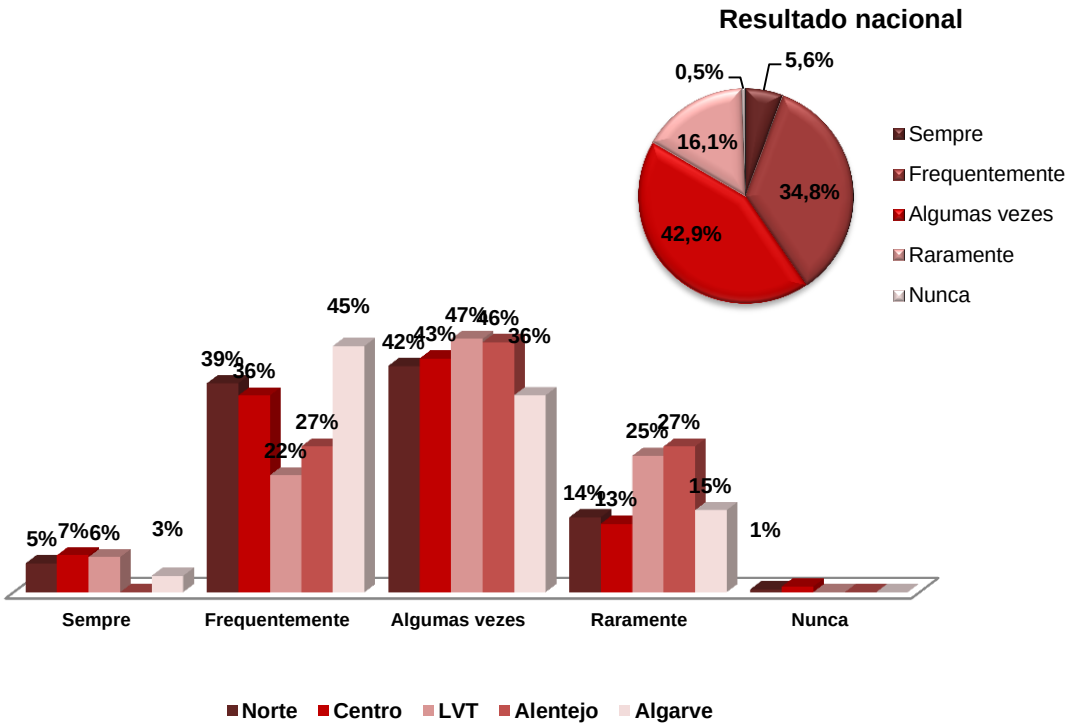
Considerada a opção “algumas vezes”, selecionada por maior percentagem de médicos (42,9%), a nível nacional, a maioria dos médicos das ARS Norte, Centro, e

Lisboa e Vale do Tejo indicaram também que os utentes continuam os tratamentos algumas vezes, apresentando a ARS Lisboa e Vale do Tejo, a percentagem mais elevada, de todas as ARS, acima da percentagem nacional. A ARS Algarve, foi aquela que apresentou uma percentagem mais baixa, e mais afastada daquela exibida a nível nacional, 36%,

A ARS Alentejo exibiu uma percentagem mais elevada, de todas as ARS, de 27% ao indicar raramente, e a ARS Algarve, a percentagem mais baixa, de 1%.

Verificou-se a existência de diferenças estatísticas significativas nos valores médios apresentados pelos médicos de diferentes ARS, relativamente à questão de continuidade do tratamento após esgotados os cheques-dentista.

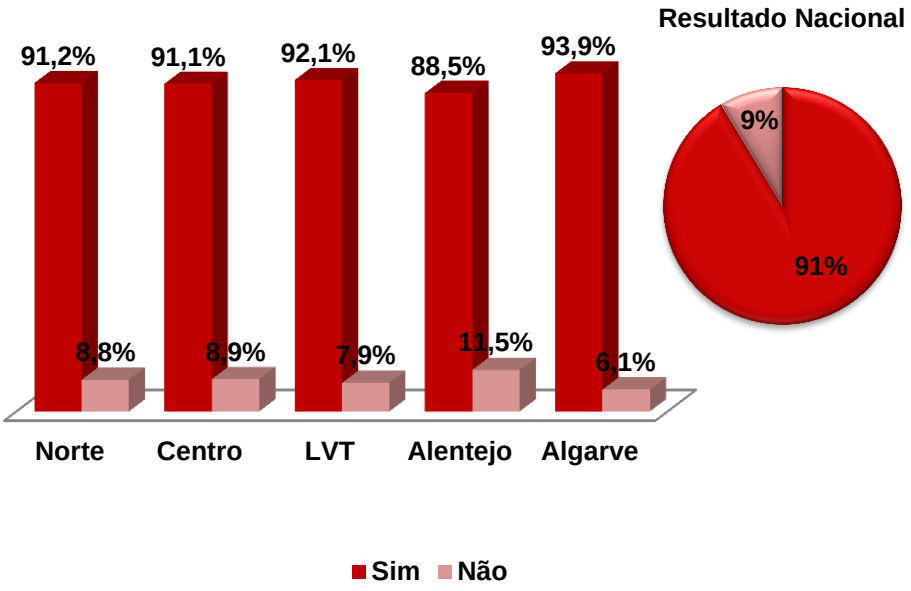
Gráfico 30 – Continuação do tratamento após esgotados os cheques-dentista



Foi igualmente questionado se os grupos de beneficiários são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral, e constatou-se que, a nível nacional, 91% dos inquiridos indicaram que sim e 9% que não. A nível regional, verificou-se uma realidade próxima à nacional, com exceção da ARS Alentejo que exibiu uma percentagem mais baixa, de 88,5%, relativa aos grupos beneficiários serem os que mais necessitam de cuidados de saúde, e a ARS Algarve exibiu uma percentagem mais elevada de 93,9%. A semelhança entre ARS foi confirmada e concluiu-se que não existem diferenças

significativas de opinião dos médicos relativamente ao grupo de beneficiários abrangidos serem os que mais necessitam de cuidados de saúde e as ARS.

Gráfico 31 – O grupo de beneficiários abrangidos são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral

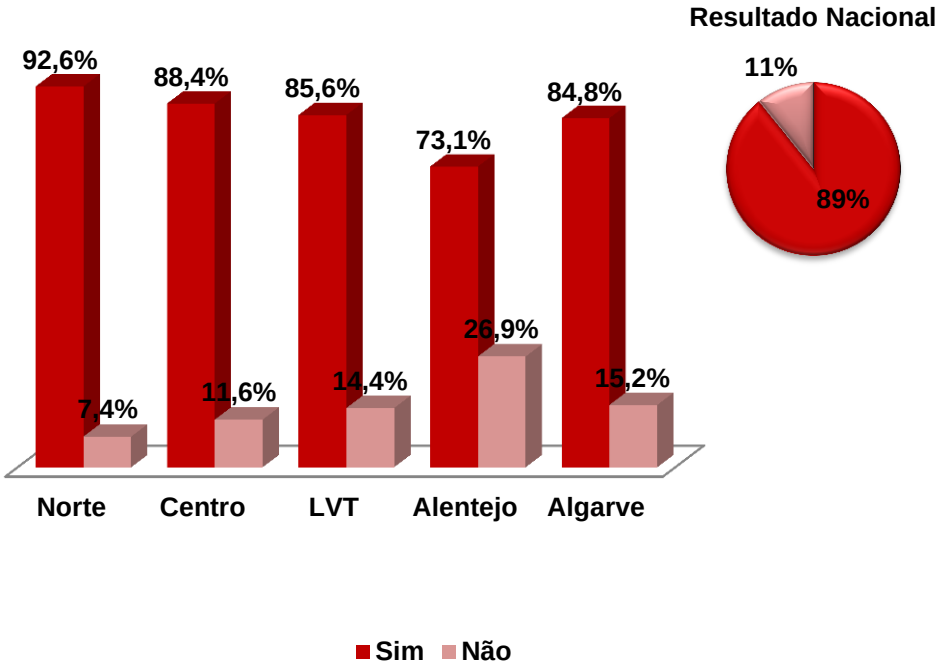


Considerando os médicos que responderam que os grupos de beneficiários abrangidos não são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral, foi solicitado que descrevessem os grupos que deveriam contar no programa. Da análise das respostas verifica-se que as mesmas são enquadráveis nas mesmas categorias descritas pelos ACES.

Pretendeu-se, ainda, aferir, através da opinião dos inquiridos, se a introdução do cheque-dentista contribuiu para a melhoria estado de saúde oral da população. A nível nacional, 89% dos inquiridos indicaram que sim, isto é, que a introdução do cheque-dentista contribuiu para a melhoria do estado de saúde da população, e 11% que não. A realidade a nível regional é próxima à nacional, com exceção da ARS Alentejo que exibiu uma percentagem mais baixa, de 73,1%, e da ARS Norte que exibiu uma percentagem mais elevada de 92,6%.

Verificou-se que existem diferenças significativas entre médicos de diferentes ARS relativamente à opinião de a introdução do cheque-dentista ter contribuído para a melhoria do estado de saúde oral da população, pelo que a opinião quanto a esta questão dependente da pertença a cada uma das ARS.

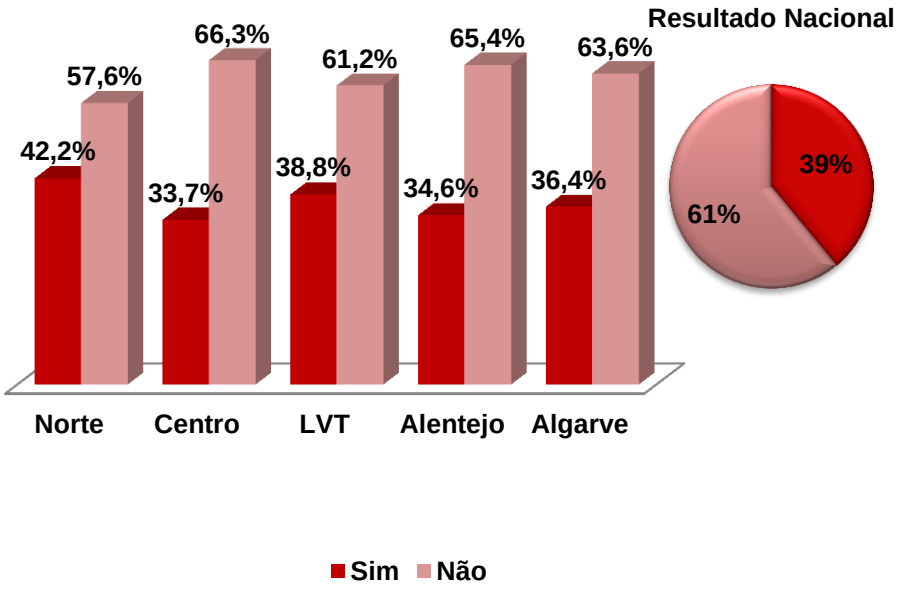
Gráfico 32 – A introdução do cheque-dentista contribuiu para melhorar o estado de saúde oral da população



Foi também avaliada a opinião dos inquiridos relativamente à instrução e motivação para a higiene oral, nomeadamente se a mesma tem sido suficiente ou insuficiente. A nível nacional, 61% dos inquiridos indicaram que sim, que a instrução e motivação para a higiene oral tem sido suficiente, e 39% que não. A nível regional, a ARS Norte exibiu a maior percentagem de médicos a destacar que a instrução e motivação para a higiene oral era suficiente, de 42,2%, e a ARS Centro exibiu uma percentagem mais elevada a evidenciar que a instrução e motivação para a higiene oral tem sido insuficiente, de 66,3%.

Constatou-se que não existem diferenças significativas relativamente à opinião se a instrução e motivação para a higiene oral é adequada, entre as ARS, sendo a referida opinião independente da localização regional.

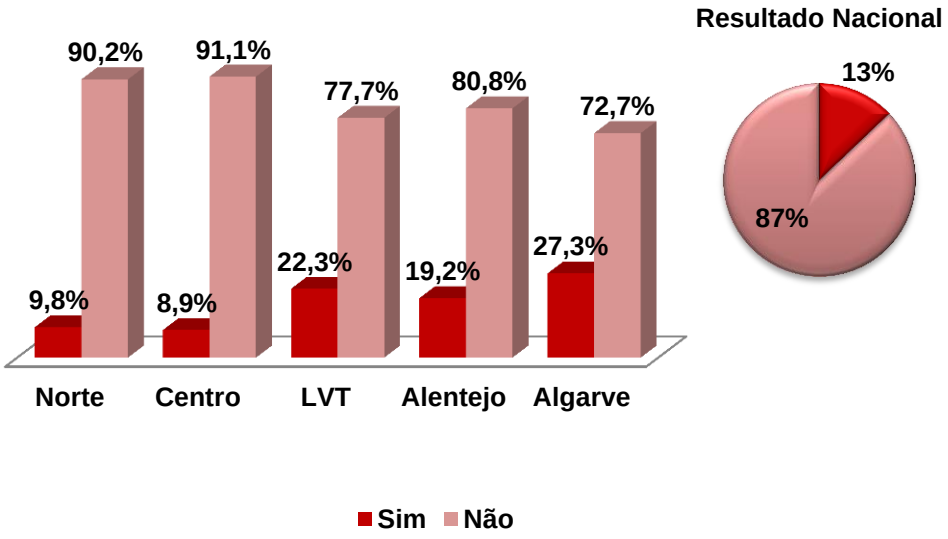
Gráfico 33 – A instrução e motivação para a higiene oral



No plano da monitorização do PNPSO, os inquiridos foram questionados acerca da eventual realização de auditorias e fiscalizações, e de quais as instituições que levaram a cabo tais auditorias/fiscalizações. A nível nacional, 13% dos inquiridos indicaram terem sido realizadas auditorias/fiscalizações ao seu estabelecimento de cuidados de saúde, e 87% responderam negativamente. A nível regional, a ARS Algarve apresentou a maior percentagem de médicos, 27,3%, a admitir terem sido efetuadas auditorias e fiscalizações, e a ARS Centro exibiu uma percentagem mais elevada a evidenciar que não foram efetuadas auditorias e fiscalizações, 91,1%. As instituições auditoras/fiscalizadoras identificadas pelos inquiridos foram a ARS da sua área de abrangência, a DGS e a ERS.

Constatou-se, assim, que existem diferenças significativas entre as ARS relativamente à realização de fiscalizações e auditorias.

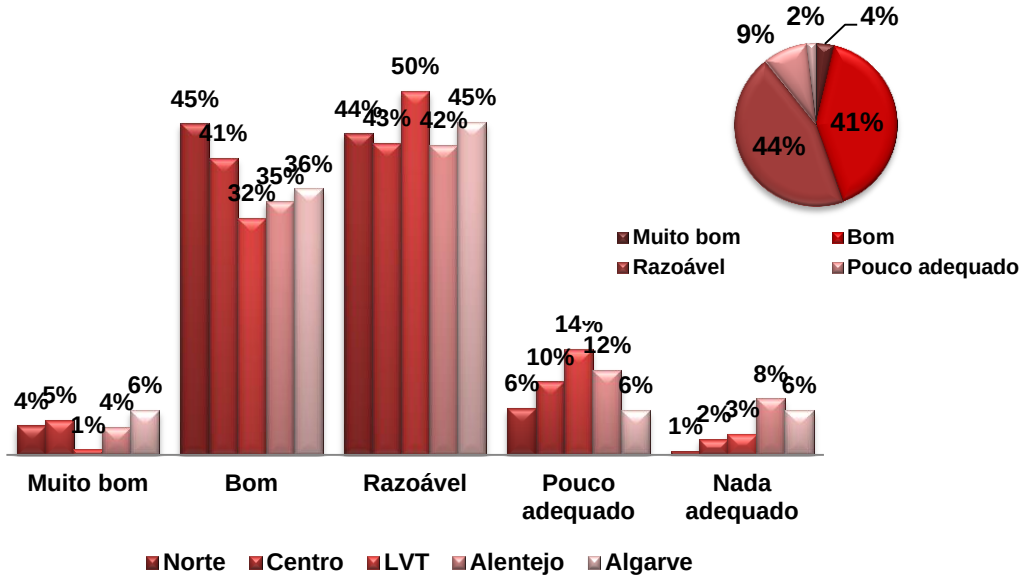
Gráfico 34 – Fiscalizações e auditorias realizadas



Relativamente à avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO, verificou-se que a nível nacional, 4% dos inquiridos entende ser muito bom, 41% bom, 44% razoável, 9% pouco adequado e 2% nada adequado. A nível regional a ARS Algarve foi a que exibiu uma percentagem mais elevada de respostas “muito bom”, a ARS Norte foi a que evidenciou uma percentagem mais elevada de respostas “bom”, a ARS LVT teve a percentagem mais elevada de respostas “razoável” e “pouco adequado”, respetivamente 50% e 14%, e a ARS Alentejo foi a que exibiu uma percentagem mais elevada (8%) de respostas “nada adequado”.

Foi também verificada a existência de diferenças significativas relativamente à avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO por médicos de diferentes ARS.

Gráfico 35 – Avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO



Em suma, os médicos aderentes ao cheque-dentista em ano anterior a 2014, e que entretanto deixaram de o ser, justificam a saída principalmente pelo valor reduzido do cheque-dentista (44% dos inquiridos), bem como pela demora no reembolso do valor dos cheques-dentista apresentados para pagamento (9%) e por constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento (3%). Foram ainda identificados outros motivos, nomeadamente, pouca utilização do cheque-dentista, não concordância com o PNPSO, adesão bloqueada, falta de pagamento pelos cuidados de saúde prestados no âmbito do PNPSO.

O grupo de crianças e jovens é o que recorre mais à utilização de cheques-dentista, bem como o que mais utiliza a totalidade dos cheques, sendo no entanto o grupo relativamente ao qual a doença oral se posiciona no nível menos grave, no entendimento da maioria dos médicos inquiridos.

A maioria dos inquiridos entende que o número máximo de cheques atribuídos e o valor do cheque não são compatíveis com as necessidades dos beneficiários, sendo mais desajustados no caso do grupo de crianças e jovens.

Encontraram-se diferenças significativas na opinião dos médicos de diferentes ARS, nomeadamente no que se refere à demora no pagamento dos cheques-dentista e quanto à realização de fiscalizações e auditoras, o que poderá revelar diferenças em termos do funcionamento dos procedimentos administrativos de apoio ao PNPSO em cada uma das ARS. A maioria dos médicos a nível nacional refere que a demora média de pagamento dos cheques-dentista apresentados se situa entre os 31 e os 60

dias, embora a maioria dos médicos da ARS Norte refira que o pagamento é efetivado em prazo superior a 61 dias.

A maioria dos médicos inquiridos entende que os grupos considerados são os que mais necessitam de cuidados, entendem que o PNPSO contribui para melhoria da saúde oral da população, e avaliam o PNPSO como bom ou razoável.

8. Conclusões

O PNPSO foi criado em face da crescente preocupação com a saúde oral da população, até então tenuemente abrangida pelo SNS, através de atividades de prevenção primária que se desenvolviam nos centros de saúde. Assentando num modelo de contratualização, dirigiu-se inicialmente ao grupo de crianças e jovens, tendo gradualmente sido alargado a outros grupos da população considerados de maior vulnerabilidade à doença oral.

Do estudo, consideradas as análises empreendidas na ótica do acesso, concorrência e qualidade no âmbito do PNPSO, foi possível concluir o seguinte:

1. A crescente preocupação com a saúde oral da população em Portugal, e as correspondentes políticas de prevenção e tratamento, têm acompanhado a tendência verificada ao nível dos países da UE e OCDE, com grande foco no grupo de crianças e jovens, e com a recente preocupação com a necessidade de rastreios de prevenção do cancro oral;
2. Na ótica do acesso, cumpre realçar que, embora a escolha dos grupos de beneficiários do PNPSO se encontre justificada com base na vulnerabilidade em termos de saúde oral, a universalidade e a equidade no acesso podem ser questionadas, desde logo, por dois motivos: por um lado, não são abrangidos determinados indivíduos que pertenceriam aos grupos de beneficiários se estes fossem definidos em sentido lato (crianças e jovens, grávidas, idosos, utentes com VIH/SIDA), concretamente as crianças e jovens de determinadas coortes e a frequentarem escolas privadas, os idosos não beneficiários de complemento solidário e as grávidas não seguidas no SNS; por outro lado, a discriminação positiva subjacente ao benefício atribuído aos idosos com complemento solidário não segue a mesma lógica nem para o grupo das grávidas, nem para o grupo de crianças e jovens que frequentam escolas públicas ou instituições particulares de solidariedade social, que não necessitam de preencher qualquer tipo de requisito em termos condição económica para beneficiar de cheque-dentista;
3. Os limites da abrangência do programa residem também na definição de um número máximo de cheques-dentista a atribuir a cada grupo e de um conjunto de tratamentos que podem ser prestados, e ainda no facto de a emissão do segundo cheque-dentista e seguintes depender do diagnóstico e do plano de tratamento definido pelo médico aderente na primeira consulta.

4. Quanto à oferta pública, verificou-se que o número de HO nas unidades de cuidados primários é residual, embora representem um papel que não deve ser negligenciado, pelos cuidados prestados ao grupo de crianças e jovens, nomeadamente aplicação de selantes e fluor. Não obstante, os cuidados prestados pelos HO, de carácter preventivo, não substituem os tratamentos realizados pelos médicos dentistas aderentes ao cheque-dentista;
5. No âmbito das prestações realizadas nas unidades de cuidados primários, por HO, a nível nacional verificou-se um crescimento no número de crianças e jovens tratados, bem como da aplicação de selantes e tratamentos de fluor, entre 2009 e 2013. No entanto, a realidade entre ARS é distinta, verificando-se que a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresentou sempre uma taxa de crescimento acima da nacional e a mais elevada de todas as ARS, com exceção para o número de tratamentos de fluor, encontrando-se no outro extremo a ARS Alentejo;
6. A oferta privada, traduzida pelo número de médicos aderentes ao cheque-dentista, é mais reduzida nas ARS Alentejo e ARS Algarve, embora a ARS Lisboa e Vale do Tejo apresente maior desajustamento da oferta em relação à procura potencial (população dos grupos de beneficiários abrangidos);
7. Desde o ano de 2008, o número de médicos aderentes que apresentaram cheques-dentista para pagamento aumentou a uma taxa média anual entre os 20,83%, para a ARS Norte e os 30,57%, para a ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo as cinco ARS revelado um comportamento em linha com o verificado a nível nacional;
8. No que ser refere à adequação da capacidade da rede do PNPSO às necessidades da população de cada grupo de beneficiários, a ARS Norte, com maior número de médicos aderentes ao programa, e a ARS Centro, foram as que exibiram, em média, os rácios mais elevados em todos os grupos, o que pode ser explicado pelo elevado número de médicos aderentes relativamente à população dirigida em cada grupo, situando-se assim na melhor posição relativa em termos de ajustamento da oferta à população abrangida;
9. As NUTS III da ARS Alentejo, da ARS Algarve, e as NUTS III pertencentes à ARS Lisboa e Vale do Tejo, com exceção do Médio Tejo, exibem os rácios por 1.000 habitantes mais baixos e inferiores ao verificado a nível nacional, quer no grupo das grávidas, quer no grupo de crianças e jovens, enquanto que para o grupo de idosos verifica-se que a maioria das NUTS III exibe um rácio inferior ao nacional, com exceção das NUTS III pertencentes à ARS Norte e, na ARS Centro, as NUTS III Baixo Mondego, Baixo Vouga, Dão-Lafões e Pinhal Litoral;

10. A NUTS Alto Trás-os-Montes apresenta o maior rácio para os grupos das grávidas e das crianças e jovens, embora o rácio de idosos seja reduzido, o que poderá justificar-se pelo envelhecimento populacional, com o aumento relativo de idosos face ao número de crianças, observado para todas as NUTS III. O menor rácio em todos os grupos populacionais é apresentado pela NUTS Alentejo Litoral, o que poderá ser explicado por um número reduzido de médicos aderentes ao cheque-dentista;
11. Em termos de emissão e utilização de cheques-dentista, no período entre 2008 e 2013, a ARS Norte foi a que emitiu e na qual são utilizados mais cheques-dentista, enquanto a ARS Alentejo apresentou um menor número de cheques-dentista emitidos e utilizados, com exceção para o ano de 2009, ano em que a ARS Algarve emitiu menos cheques-dentista;
12. O reduzido número relativo de tratamentos realizados e de HO nas unidades de cuidados primários da ARS Norte contrasta com o maior número de cheques emitidos nesta ARS. Esta questão, aliada à conclusão de que o grupo crianças e jovens é o mais significativo em termos de emissão de cheques-dentista, poderá dever-se à ausência de HO suficientes para, no ambiente escolar, sinalizarem as crianças que realmente necessitam de cuidados ou ainda à emissão de cheques-dentista de cuidados preventivos que poderiam ser realizados por HO na unidade de cuidados de saúde primários, caso estes existissem;
13. As taxas de crescimento anual dos cheques-dentista emitidos e utilizados, entre 2008 e 2013, foram positivas e superiores a 50%, tanto a nível nacional como em cada uma das ARS, e a taxa média anual de utilização para os primeiros cheques-dentista é inferior à do total de cheques-dentista, pelo que não se conclui que a continuidade de tratamentos esteja comprometida;
14. O grupo das crianças e jovens apresentou-se como aquele ao qual são emitidos mais cheques-dentista, seguido das grávidas, dos idosos, e por último, os utentes com VIH/SIDA, grupo com menor número de cheques-dentista emitidos. Não obstante, no que se refere à taxa de utilização de cheques-dentista, o grupo de utentes com VIH/SIDA apresenta uma elevada taxa de utilização;
15. Na avaliação da concorrência, verificou-se que em cinco RRAS os mercados de serviços de saúde oral são moderadamente concentrados e nas restantes 32 o grau de concentração é baixo, sendo certo que em termos qualitativos os resultados não se alteram quando se considera a análise de concentração ao nível dos grupos. Comparados os atuais resultados com os obtidos pela ERS

em 2009 verifica-se uma diminuição generalizada do nível de concentração nos mercados de serviços de saúde oral;

16. No que se refere à concentração no PNPSO, verifica-se que em todas as ARS, entre 2008 e 2010, não só o número de médicos aumentou, como também aumentou o número médio de cheques-dentista por médico, enquanto em 2011 todas as ARS, com exceção do Algarve, viram o rácio reduzir-se, sendo essa redução mais acentuada na ARS Norte, e nos dois últimos anos considerados os rácios estabilizaram. Da análise das curvas de concentração concluiu-se que 20% dos médicos é responsável pela utilização de 50% dos cheques-dentista, a nível nacional, não havendo grandes diferenças entre ARS, e com base na análise comparada dos índices de concentração, o PNPSO revela-se menos concentrado do que o mercado global da saúde oral;
17. Para efeitos de garantia da qualidade e da segurança dos serviços, o acesso ao mercado da prestação de cuidados de saúde oral está, desde logo, condicionado ao cumprimento, pelos prestadores, das obrigações de registo na ERS e de licenciamento. No entanto, as atuais regras de adesão e contratualização no âmbito do PNPSO não preveem explicitamente a necessidade de se cumprir tais requisitos, ao contrário de que já acontece no caso do novo regime geral de convenções do SNS, aprovado no final de 2013.
18. Numa outra ótica relacionada com a qualidade, nas avaliações do SINAS sobre as dimensões "Organização e Procedimentos", "Segurança do Doente" e "Adequação e Conforto das Instalações" verificou-se, no geral, um elevado nível de cumprimento dos critérios de qualidade, quer por parte de estabelecimentos com médicos aderentes ao cheque-dentista, quer sem médicos aderentes. No entanto, na dimensão "Adequação e Conforto das Instalações" encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre estabelecimentos com e sem médicos aderentes ao cheque-dentista, com maior nível de cumprimento dos critérios de qualidade pelos aderentes;
19. A atribuição de estrela no primeiro nível de avaliação, com base no cumprimento de critérios que a ERS considera essenciais para a prestação de cuidados de saúde com qualidade, revelou-se independente do estabelecimento ter ou não médicos aderentes ao cheque-dentista, embora a percentagem de estabelecimentos com médicos aderentes com estrela seja ligeiramente superior;
20. Na distribuição dos estabelecimentos no *ranking* de três níveis do SINAS, uma maior percentagem de estabelecimentos com médicos aderentes ao cheque-dentista, quando comparados com os que não têm médicos aderentes, obteve

nível de qualidade III em todas as dimensões avaliadas, tendo-se encontrado diferenças mais significativas entre os estabelecimentos com e sem médicos aderentes nas dimensões “Segurança do Doente” e “Adequação e Conforto das Instalações”;

21. Da avaliação do PNPSO por parte dos ACES resultou que os rácios de equipamentos para a prestação de cuidados de saúde por HO, por 100.000 habitantes e por ARS, são inferiores ao exibido a nível nacional na ARS Norte e na ARS Algarve. A ARS Alentejo, por sua vez, foi a que evidenciou o rácio mais elevando de todas as ARS. Dos ACES dotados de equipamento necessário para a prestação de cuidados por HO, tanto a nível nacional como regional, a maioria destacou que o equipamento dos estabelecimentos integrados não estava adequado às necessidades da população, e com exceção dos ACES pertencentes à ARS Norte, a maioria também destacou que os equipamentos não estão em condições adequadas;
22. A maioria dos ACES entende que a informação disponibilizada sobre o PNPSO é adequada; todavia, os ACES que responderam negativamente destacaram os grupos de beneficiários de crianças e jovens e de idosos beneficiários do complemento solidário como aqueles para os quais a informação é menos adequada; em geral, os ACES consideram que o PNPSO tem um bom funcionamento;
23. Relativamente à abrangência do PNPSO, em termos de grupos populacionais, a nível nacional, a maioria concordou que os grupos de beneficiários abrangidos pelo programa são os mais necessitados de cuidados de saúde oral, sendo que aqueles que não concordam mencionaram que deveriam ser abrangidos: os utentes com patologias associadas (diabetes, asma, cardíacos, oncológicos, entre outros); substituição do grupo de beneficiários das cortes dos 7 e 10 pelas cortes dos 7 e 11 anos; utentes do corte dos 3 aos 6 anos, para tratamento de dentes de leite após os 6 e até aos 8 anos; doentes transplantados; toda a população idosa; utentes com comprovada insuficiência económica; utentes toxicodependentes em reabilitação; alargamento até aos 16 anos do rastreio nas escolas;
24. Considerando as categorias de informação, financiamento, equipamentos, o papel do HO e do impacto do PNPSO no estado de saúde da população, os fatores sobre os quais os ACES revelam maior consenso são a informação do programa – concretamente, a disponibilização aos utentes, o conteúdo, a adequação aos grupos beneficiários, e a atualização – e o impacto do PNPSO no estado de saúde da população – nomeadamente o papel da prevenção do

PNPSO, a necessidade de abrangência a novos grupos de beneficiários, a maior adesão ao PNPSO como reflexo apenas do alargamento a novos grupos de utentes beneficiários;

25. No âmbito da análise do PNPSO por parte dos médicos dentistas e estomatologistas, os médicos aderentes ao programa em ano anterior a 2014 e que deixaram de o ser justificam a saída principalmente pelo valor reduzido do cheque-dentista, pela demora no reembolso do valor dos cheques-dentista apresentados para pagamento e por constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento;
26. No entendimento da maioria dos médicos aderentes, o grupo de crianças e jovens é o que recorre mais ao cheque-dentista, bem como o que mais utiliza a totalidade dos cheques, sendo no entanto o grupo em que a doença oral se posiciona no nível menos grave; a maioria dos inquiridos entende que o número máximo de cheques atribuídos e o valor do cheque não são compatíveis com as necessidades dos beneficiários, principalmente no caso do grupo de crianças e jovens;
27. Encontraram-se diferenças significativas na opinião dos médicos de diferentes ARS, nomeadamente no que se refere à demora no pagamento dos cheques-dentista e nas fiscalizações e auditoras realizadas (neste caso, a maioria dos médicos, a nível nacional, refere não ter sido alvo de qualquer ação desta natureza no âmbito do PNPSO), o que poderá revelar diferenças em termos do funcionamento dos organismos de apoio ao PNPSO em cada uma das ARS; a nível nacional a maioria refere que a demora média de pagamento dos cheques-dentista apresentados se situa entre os 31 e os 60 dias, embora para os médicos da ARS Norte se situe em prazo superior a 61 dias;
28. A maioria dos médicos inquiridos entende que os grupos abrangidos pelo PNPSO são os que mais necessitam de cuidados, sendo que os que não concordam mencionam como grupos que deveriam ser abrangidos grupos idênticos àqueles indicados pelos ACES;
29. É entendimento da maioria dos médicos aderentes que o PNPSO contribuiu para a melhoria da saúde oral da população, avaliando o PNPSO como bom ou razoável.

Em suma, a criação do PNPSO significou um incremento da cobertura dos cuidados de saúde publicamente financiados, contribuindo para o atributo da generalidade do SNS e sendo considerado um importante fator de melhoria do estado de saúde oral da população. E embora se identifiquem algumas falhas no programa, nomeadamente o

seu carácter não universal, a sua abrangência tem sido alargada ao longo dos anos, tendo em consideração os grupos populacionais mais fragilizados e a necessidade de prevenção das doenças orais de maior gravidade.

ANEXO I – Legislação e outros documentos

a) Despacho n.º 153/2005 do Ministro da Saúde, de 28 de outubro de 2004, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 3, de 5 de janeiro[62]

O despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro, aprovou o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, como "estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam".

Encontram-se estabelecidos como objetivos do PNPSO "[r]eduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes", "[m]elhorar conhecimentos e comportamentos sobre a saúde oral" e "[p]romover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.".

b) Despacho nº 719/2006 do Secretário de Estado da Saúde, de 14 de dezembro de 2005, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 11 de janeiro

O despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro veio, ao abrigo do despacho n.º 153/2005, de 28 de outubro, aprovar a contratualização para o ano de 2006, de acordo com o estabelecido no PNPSO, fixando-se o montante de 75 euros por cada criança tratada, sendo o público alvo as "[...] crianças dos 3 aos 16 anos, com lesões de cárie dentária em dentes temporários e permanente e protecção dos dentes, em função do risco individual [...]" – cfr. artigo 2.º do despacho nº 719/2006, de 14 de dezembro.

No que se refere às regras a ser cumpridas pelos prestadores para efeitos de candidatura aos concursos no âmbito do PNPSO, podiam "[...] candidatar-se aos concursos que para o efeito se venham a realizar estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respectivas ordens profissionais, os quais deverão desenvolver a sua acitividade em clínicas e consultórios licenciados, ou que possuam condições higio-sanitárias e de segurança devidamente provadas, bem como se encontrem em situação regular perante o fisco e a segurança social" – cfr. artigo 5.º do despacho.

Nesse âmbito, cabe à Direção-Geral da Saúde (DGS) definir as normas do processo de contratualização e a distribuição do financiamento por cada Administração Regional

[62] Revogado pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de março.

de Saúde, I.P. (ARS), nos termos do artigo 6.º do despacho, ficando a cargo das ARS o desenvolvimento dos procedimentos necessários à contratualização.

c) Despachos nº 787/2007 do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de dezembro de 2006, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 16 de janeiro e o n.º 12874/2008 da Ministra da Saúde, de 24 de abril, publicado no Diário da República, 2.ª série de 7 de maio

Os despachos n.º 787/2007, de 13 de dezembro de 2006, e o n.º 12874/2008, de 24 de abril, vieram aprovar a contratualização da prestação de cuidados dentários para os anos de 2007 e 2008, respetivamente, e a dotação financeira do programa para esses anos.

No que se refere às regras de contratualização, estes despachos não conduziram a grandes modificações face ao despacho n.º 719/2006, de 14 de dezembro, destacando-se apenas o artigo 5.º do despacho n.º 12874/2008, de 24 de abril, que prevê que "[p]ara efeito de apresentação de candidaturas, os estomatologistas e médicos dentistas podem apresentar declaração, sob compromisso de honra, relativamente ao cumprimento das condições [...] relativas ao exercício em clínicas ou consultórios licenciados, ou que possuam condições higio-sanitárias e de segurança, devidamente comprovadas para o exercício da actividade a que se destina, devendo ser entregues, no prazo de seis meses, os repectivos documentos comprovativos.".

d) Despacho n.º 4324/2008 do Ministro da Saúde, de 22 de janeiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 19 de fevereiro[63]

Com o despacho n.º 4324/2008, de 22 de janeiro, foi determinado o alargamento do PNPSO a dois outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade, designadamente as grávidas e os idosos carenciados, "com o objetivo de avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes dois grupos de cidadãos, através da prestação de um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento" – cfr. artigo 2.º do predito despacho.

Com este despacho é introduzido o cheque-dentista para efetivar o acesso destes grupos populacionais a consultas de medicina dentária previstas no PNPSO, vindo o n.º 2 do artigo 3.º do presente despacho definir os documentos a apresentar pelas

[63] Revogado pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de março.

grávidas e idosos carenciados, respetivamente, para efeitos de emissão de cheque-dentista.

No caso concreto dos idosos carenciados, este alargamento veio aprofundar o previsto no Decreto-Lei n.º 252/2007, de 5 de julho, que procedeu à criação de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários do complemento solidário para idosos, instituído pelo Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro, no qual se previu a "[p]articipação financeira em 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis até ao limite de € 250, por cada período de três anos." (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei), sem que no entanto aí se encontrassem cobertos encargos com as consultas médicas necessárias à preparação e aplicação de próteses e posteriores afinações.

No que se refere à adesão dos prestadores ao cheque-dentista, estabelece o número 1 do artigo 6.º que "[a] ARS abre candidaturas para estomatologistas e médicos dentistas que pretendam aderir ao alargamento do Programa, numa base regional, disponibilizando, electronicamente, o contrato de adesão", apresentando assim uma alteração face às regras da contratualização, que anteriormente se processava mediante candidatura a concurso lançado pela ARS.

Apenas com a Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, se veio a generalizar o acesso mediante utilização de cheques-dentista, passando a aplicar-se este mecanismo igualmente às crianças e jovens com idade inferior a 16 anos.

e) Portaria n.º 301/2009, de 24 de março

Por se considerar que as atividades desenvolvidas no âmbito do PNPSO careciam de enquadramento adequado à crescente dimensão e complexidade dos respetivos procedimentos, a Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, veio regular o funcionamento do PNPSO no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados, procedendo à revogação dos despachos n.ºs 153/2005, de 28 de outubro e 4324/2008, de 22 de janeiro.

De acordo com o artigo 2.º desta Portaria, o PNPSO é aplicável a três grupos populacionais, nomeadamente as grávidas, os beneficiários de complemento solidário

para idosos utentes do SNS e as crianças e jovens com idade inferior a 16 anos, com a ressalva de "[...] poder vir a abranger outros grupos da população"[64];

Como entidades responsáveis pela coordenação do PNPSO figuram, na presente Portaria, a DGS, a nível nacional e cada ARS, a nível regional, sendo definidos e publicitados pela DGS os indicadores base de monitorização e avaliação – cfr. artigo 4.º da Portaria.

Esta Portaria veio igualmente definir, no seu artigo 10.º, que a adesão dos prestadores depende da subscrição, por parte dos médicos estomatologistas e dentistas interessados, de contrato de adesão, disponível no sítio eletrónico criado para o efeito[65].

Após o preenchimento do formulário em causa, os interessados terão de remeter à ARS competente:

> "a) Declaração de compromisso de honra que garanta aos utentes beneficiários desta prestação a qualidade da prestação dos cuidados e a observância de todas as exigências e condições hígio-sanitárias das instalações e equipamentos, em igualdade de circunstâncias com os demais utentes dos seus consultórios;
>
> b) Cópia de cédula profissional." – cfr. artigo 2.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março.

Refira-se que deixou de haver menção ao licenciamento dos estabelecimentos onde se prestam cuidados no âmbito do PNPSO, embora também anteriormente este não fosse requisito obrigatório.

f) Despacho n.º 9550/2009 do Secretário de Estado da Saúde, de 27 de fevereiro, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 67, de 6 de abril[66]

O despacho n.º 9550/2009 veio concretizar o previsto no n.º 3 do artigo 7.º da Portaria n.º 301/2009, determinando o valor do cheque-dentista, bem como o número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários, concretamente:

> "[...]

[64] O que de facto veio a suceder com a introdução dos utentes infetados com VIH/SIDA, como de seguida se refere.
[65] Sítio eletrónico do PNPSO, em www.saudeoral.min-saude.pt.
[66] Revogado pelo despacho n.º 7402/2013 do Secretário de Estado da Saúde, de 28 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho.

a) Às crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social:

i) Das coortes de 7 e 10 anos, podem ser atribuídos até dois cheques-dentista, não podendo o valor anual ultrapassar os € 80;

ii) Da coorte dos 13 anos, podem ser atribuídos três cheques-dentista, não podendo o valor anual ultrapassar os € 120;

b) Às grávidas seguidas no SNS podem ser atribuídos até três cheques-dentista, não podendo o valor por cada gravidez ultrapassar os € 120;

c) Aos beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS podem ser atribuídos até dois cheques-dentista, não podendo o valor anual ultrapassar os € 80."

Mais definiu, no seu n.º 2 que a emissão do segundo e terceiro cheques-dentista, consoante o grupo de utentes beneficiários em causa, dependia da necessidade de proceder a ulteriores intervenções preventivas e curativas, previstas e estabelecidas na primeira consulta pelo médico aderente no respetivo plano de tratamento devidamente fundamentado.

g) Despacho n.º 16159/2010 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 18 de outubro, publicado em Diário da República, 2.ª série, de 26 de outubro[67]

Com o despacho n.º 16159/2010 procedeu-se a novo alargamento do PNPSO, considerada a "[...] particular necessidade de disponibilizar cuidados médicos dentários aos doentes infectados com o vírus VIH/SIDA, devido ao risco acrescido de problemas de saúde oral [...]".

Com este alargamento, permitiu a entrada no PNPSO dos doentes infetados com VIH/SIDA, mediante referenciação do médico de família.

h) Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio

Ao abrigo do previsto no n.º 3 do artigo 13.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, que estabelece que "[n]o âmbito do PNPSO podem ser efectuadas auditorias com base em mecanismos de controlo [...]" a Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio tem

[67] Revogado pelo despacho n.º 7402/2013 do Secretário de Estado da Saúde, de 28 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho.

como objeto a aprovação dos procedimentos e formalidades a observar tendo em vista a seleção de médicos dentistas e estomatologistas auditores do PNPSO.

Os médicos selecionados para a realização de auditorias "[...] consideram-se aptos, pelo período de três anos, a serem contratados pelas ARS respectivas, por via de contrato de aquisição de serviços na modalidade de tarefa [...]" – cfr. artigo 9.º da presente Portaria n.º 206/2011, de 23 de maio.

Nesse sentido, "[o]s médicos titulares do contrato referido no artigo anterior são selecionados para a realização de avaliações, pelas ARS, em função da sua inscrição na área de influência onde decorre a avaliação.", sendo que "[a] adjudicação das avaliações, cumpridos os requisitos legais, é efectuada de modo individual e electrónico, garantindo-se a distribuição equitativa de avaliações pelos candidatos, sendo a cada médico atribuída a realização das avaliações relativas a actos praticados num agrupamento de centros de saúde (ACES) [...]" – cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 206/2011 de 23 de maio.

i) Despacho n.º 7402/2013 do Secretário de Estado da Saúde, de 28 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 110, de 7 de junho[68]

Nos termos do n.º 3 do artigo 7.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de março "[o] valor dos cheques-dentista, bem como o número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários, são definidos por despacho do Ministro da Saúde".

Nesse sentido o despacho n.º 7402/2013, de 28 de maio, estabelece disposições referentes à atribuição de cheques-dentista, no âmbito PNPSO, procedendo à diminuição do valor do cheque-dentista, que nos termos do despacho anteriormente em vigor[69] totalizava 40 euros e com o presente despacho se fixa nos 35 euros, sem diminuição do acesso e cobertura da população e, por outro, com reforço da cobertura dos jovens de 15 anos completos.

Concretamente quanto ao número de cheques-dentista a atribuir a crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social, nos termos do n.º 2 do despacho em análise, refira-se:

"[...]

[68] O presente despacho veio revogar os despachos n.º 9550/2009, do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de março, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 67, de 6 de abril, e n.º 16159/2010, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 18 de outubro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 208, de 26 de outubro.
[69] Despacho n.º 9550/2009 do Secretário de Estado da Saúde, de 27 de fevereiro.

d) Das coortes de 7 e 10 anos, podem ser atribuídos até dois cheques-dentista por ano letivo;
e) Da coorte dos 13 anos, podem ser atribuídos até três cheques-dentista por ano letivo;
f) Aos jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 15 anos completos, que tenham sido utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos aos 13 anos de idade, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo."

Por seu turno, quanto ao número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários do PNPSO, por referenciação do médico de família o n.º 3 do despacho determinou que:

"[...]

f) Às grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde podem ser atribuídos até três cheques-dentista por gravidez;
g) Aos beneficiários do complemento solidário para idosos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista num período de 12 meses;
h) Aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, podem ser atribuídos até seis cheques dentista.
i) Às crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, com situações de cárie em dentes permanentes, que tenham disso utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo e por coorte.
j) Às crianças com idade igual ou inferior a 6 anos com situações de considerável gravidade ponderadas por critérios de dor e de grau de infeção em dentes temporários, pode ser atribuído um cheque-dentista por ano.".

Acrescente-se ainda que relativamente ao segundo cheque-dentista e subsequentes, "[…] consoante o grupo de beneficiários em causa, depende da necessidade de proceder a ulteriores intervenções preventivas ou curativas, previstas e estabelecidas na primeira consulta pelo médico aderente no respetivo plano de tratamento devidamente fundamentado.". – cfr. n.º 4 do despacho.

j) Despacho n.º 686/2014 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 6 de janeiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de janeiro

O despacho ora em análise determina que o PNPSO passa a abranger a intervenção precoce no cancro oral e estabelece disposições referentes à atribuição de cheques dentistas no âmbito do respetivo Programa.

A intervenção precoce no cancro oral é desencadeada pelo médico de família, nos termos do artigo 2.º do presente despacho, na sequência de "[r]astreio oportunista de utentes de elevado risco, definidos em norma a emitir pela Direção-Geral da Saúde [...]" ou de "[d]iagnóstico clínico de lesões malignas ou potencialmente malignas, detetadas pelo médico de família no seguimento de queixa pelo utente ou referidas por médico estomatologista ou médico dentista.".

O valor do cheque-diagnóstico e cheque-biópsia é de 15 e 50 euros, respetivamente e o número máximo de cheques por utente dois de cada um destes cheques – cfr. artigos 8.º e 9.º do despacho.

k) Outros documentos relevantes

De acordo com a Portaria n.º 301/2009, de 24 de março, cabe à DGS a coordenação do PNPSO, devendo esta definir, através de circular normativa, as regras de aplicação dos respetivos procedimentos, assegurando a sua divulgação, nomeadamente junto dos profissionais de saúde – cfr. artigo 4º. No âmbito da coordenação, a DGS foi emitindo Circulares Normativas, Informativas e Normas, no sentido de sintetizar e esclarecer questões no âmbito do PNPSO.

Os principais diplomas encontram-se resumidos na tabela que de seguida se apresenta.

Tabela A.I – Circulares e Normas da DGS

Circulares/Normas da DGS	Âmbito
Circular Normativa n.º 01/DSE, de 18/01/2005	Normalização e Divulgação do PNPSO
Circular Normativa n.º 11/DSE, de 27/12/2005	Estabelece as regras de contratualização no âmbito do PNPSO para o ano de 2006
Circular Normativa n.º 07/DSE, de 27/06/2006	Divulga o Programa Nacional de Saúde Escolar, aprovado pelo despacho n.º 12 045/2006, 2.ª série do Alto Comissariado da Saúde
Circular Normativa n.º 08/DSE, de 19/07/2006	Revê e atualiza a normalização relativa à intervenção dos higienistas orais, plasmada na Circular Normativa n.º 6/DSE, de 24/04/95, face à aprovação do PNPSO
Circular Normativa n.º 09/DSE, de 19/07/2006	Normalização da avaliação do risco em saúde oral
Circular Normativa n.º 05/DSE, de 15/02/2007	Definição dos procedimentos associados à contratualização no ano de 2007
Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE, de 27/02/2008	Divulga o alargamento do PNPSO a grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário
Circular Normativa nº 07/DSPPS/DCVAE, de 15/04/2008	Informações Técnicas relativas ao alargamento do PNPSO a grávidas e pessoas idosas
Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE, de 09/01/2009	Normalização de procedimentos no âmbito do PNPSO relativos a Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS
Circular Informativa nº 07/DSPPS/DCVAE, de 26/03/2009	Normalização de procedimentos para a emissão de cheques-dentista e documentos de referenciação para higienista oral
Circular Informativa nº 15 DCVAE/DSPPS, de 27/05/2009	Informa como se processa a triagem de Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS.
Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE, de 10/03/2010	Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias
Circular Normativa nº 8/DSPPS/DCVAE, de 20/04/2010	Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias - Revogação da Circular Normativa n.º4, de 10 de Março de 2010
Circular Informativa nº 14, de 2004/2010	Normalização de procedimentos para o cumprimento da Circular Normativa N.º 8/2010
Norma nº 002/2010, de 27 de outubro	Alargamento a utentes infetados com o vírus VIH/SIDA
Norma nº 009/2013, de 17 de maio	Nova estratégia de intervenção do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Saúde Oral em Idade Escolar
Norma da DGS nº 013/2013, de 1 de agosto	Alargamento a Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos (16 anos)

ANEXO II – Regiões de Referência para Avaliação em Saúde

RRAS	Concelho
Aveiro	Águeda
	Albergaria-a-Velha
	Anadia
	Aveiro
	Estarreja
	Ílhavo
	Mealhada
	Murtosa
	Oliveira do Bairro
	Ovar
	Sever do Vouga
	Vagos
Beja	Aljustrel
	Almodôvar
	Alvito
	Beja
	Castro Verde
	Cuba
	Ferreira do Alentejo
	Mértola
	Vidigueira
Braga	Amares
	Barcelos
	Braga
	Esposende
	Terras de Bouro
	Vila Verde
Bragança	Bragança
	Miranda do Douro
	Vimioso
	Vinhais
Caldas da Rainha	Alcobaça
	Alenquer
	Arruda dos Vinhos
	Bombarral
	Cadaval
	Caldas da Rainha
	Lourinhã
	Nazaré
	Óbidos
	Peniche
	Sobral de Monte Agraço
	Torres Vedras
Castelo Branco	Castelo Branco
	Idanha-a-Nova
	Penamacor
	Vila Velha de Ródão

RRAS	Concelho
Chaves	Boticas
	Chaves
	Montalegre
	Valpaços
Coimbra	Cantanhede
	Coimbra
	Condeixa-a-Nova
	Figueira da Foz
	Mira
	Montemor-o-Velho
	Penacova
	Soure
Coruche	Benavente
	Coruche
	Salvaterra de Magos
Covilhã	Belmonte
	Covilhã
	Fundão
Elvas	Alandroal
	Borba
	Campo Maior
	Elvas
	Estremoz
	Vila Viçosa
Entroncamento	Abrantes
	Alcanena
	Constância
	Entroncamento
	Ferreira do Zêzere
	Ourém
	Sardoal
	Tomar
	Torres Novas
	Vila Nova da Barquinha
Évora	Évora
	Portel
	Redondo
	Reguengos de Monsaraz
	Viana do Alentejo
Faro	Alcoutim
	Castro Marim
	Faro
	Loulé
	Olhão
	São Brás de Alportel
	Tavira
	Vila Real de Santo António

RRAS	Concelho
Felgueiras	Amarante
	Baião
	Cabeceiras de Basto
	Castelo de Paiva
	Celorico de Basto
	Cinfães
	Felgueiras
	Lousada
	Marco de Canaveses
	Mondim de Basto
	Paços de Ferreira
	Paredes
	Penafiel
	Resende
	Ribeira de Pena
Guarda	Almeida
	Celorico da Beira
	Figueira de Castelo Rodrigo
	Guarda
	Manteigas
	Meda
	Pinhel
	Sabugal
	Trancoso
Guimarães	Fafe
	Guimarães
	Póvoa de Lanhoso
	Santo Tirso
	Trofa
	Vieira do Minho
	Vila Nova de Famalicão
Leiria	Batalha
	Leiria
	Marinha Grande
	Pombal
	Porto de Mós
Lisboa	Amadora
	Cascais
	Lisboa
	Loures
	Mafra
	Odivelas
	Oeiras
	Sintra
	Vila Franca de Xira

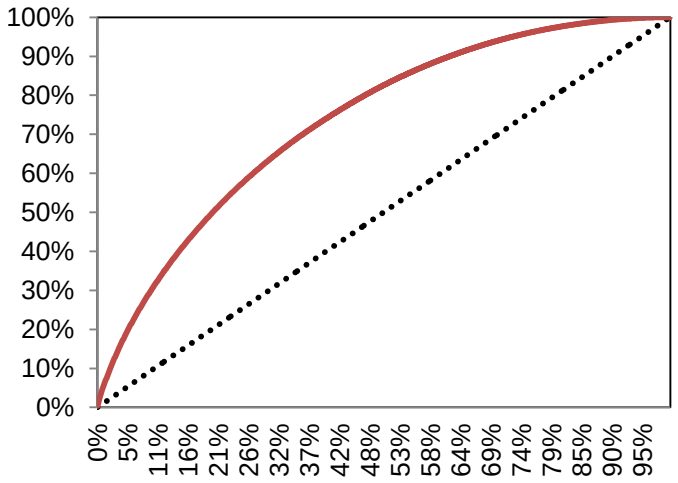
RRAS	Concelho
Lousã	Alvaiázere
	Ansião
	Arganil
	Castanheira de Pêra
	Figueiró dos Vinhos
	Góis
	Lousã
	Miranda do Corvo
	Oliveira do Hospital
	Pampilhosa da Serra
	Pedrógão Grande
	Penela
	Tábua
	Vila Nova de Poiares
Mirandela	Alfândega da Fé
	Carrazeda de Ansiães
	Freixo de Espada À Cinta
	Macedo de Cavaleiros
	Mirandela
	Mogadouro
	Torre de Moncorvo
	Vila Flor
	Vila Nova de Foz Côa
Montemor-o-Novo	Arraiolos
	Montemor-o-Novo
	Mora
	Vendas Novas
Moura	Barrancos
	Moura
	Mourão
	Serpa
Odemira	Odemira
	Ourique
Ponte de Sôr	Alter do Chão
	Avis
	Fronteira
	Gavião
	Ponte de Sôr
	Sousel
Portalegre	Arronches
	Castelo de Vide
	Crato
	Marvão
	Monforte
	Nisa
	Portalegre

RRAS	Concelho
Portimão	Albufeira
	Aljezur
	Lagoa
	Lagos
	Monchique
	Portimão
	Silves
	Vila do Bispo
Porto	Espinho
	Gondomar
	Maia
	Matosinhos
	Porto
	Póvoa de Varzim
	Valongo
	Vila do Conde
	Vila Nova de Gaia
Santarém	Almeirim
	Alpiarça
	Azambuja
	Cartaxo
	Chamusca
	Golegã
	Rio Maior
	Santarém
São João da Madeira	Arouca
	Oliveira de Azeméis
	Santa Maria da Feira
	São João da Madeira
	Vale de Cambra
Seia	Fornos de Algodres
	Gouveia
	Seia
Sertã	Mação
	Oleiros
	Proença-a-Nova
	Sertã
	Vila de Rei
Setúbal	Alcochete
	Almada
	Barreiro
	Moita
	Montijo
	Palmela
	Seixal
	Sesimbra
	Setúbal

RRAS	Concelho
Sines	Alcácer do Sal
	Grândola
	Santiago do Cacém
	Sines
Viana do Castelo	Arcos de Valdevez
	Caminha
	Melgaço
	Monção
	Paredes de Coura
	Ponte da Barca
	Ponte de Lima
	Valença
	Viana do Castelo
	Vila Nova de Cerveira
Vila Real	Alijó
	Armamar
	Lamego
	Mesão Frio
	Moimenta da Beira
	Murça
	Penedono
	Peso da Régua
	Sabrosa
	Santa Marta de Penaguião
	São João da Pesqueira
	Sernancelhe
	Tabuaço
	Tarouca
	Vila Pouca de Aguiar
	Vila Real
Viseu	Aguiar da Beira
	Carregal do Sal
	Castro Daire
	Mangualde
	Mortágua
	Nelas
	Oliveira de Frades
	Penalva do Castelo
	Santa Comba Dão
	São Pedro do Sul
	Sátão
	Tondela
	Vila Nova de Paiva
	Viseu
	Vouzela

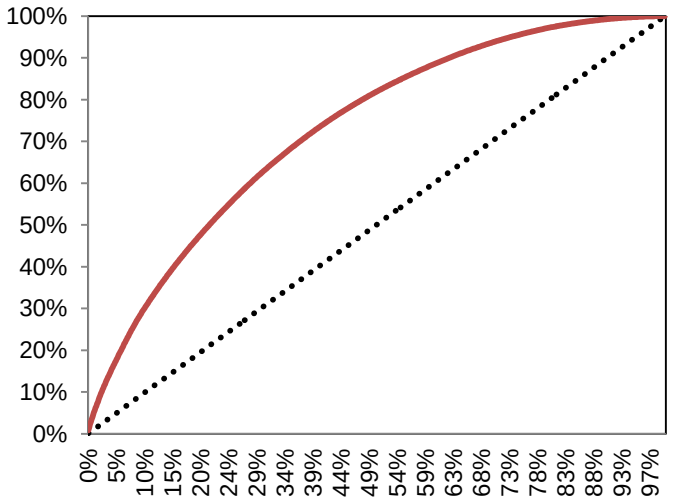
ANEXO III – Cheques-dentista por médico aderente

Gráfico A.III.1 – Curva de concentração, ARS Norte



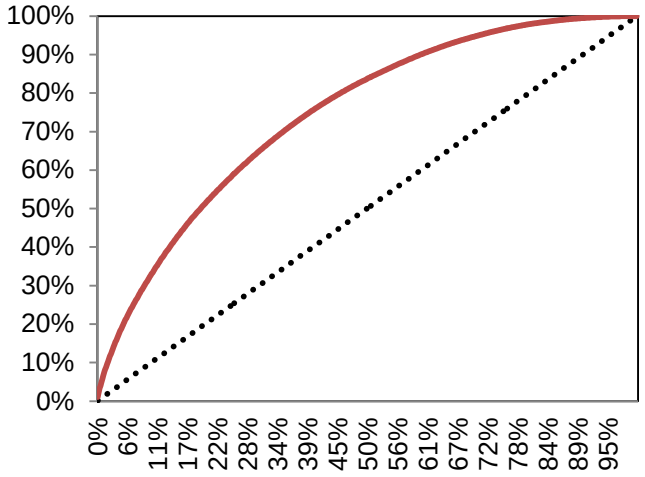
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Gráfico A.III.2 – Curva de concentração, ARS Centro



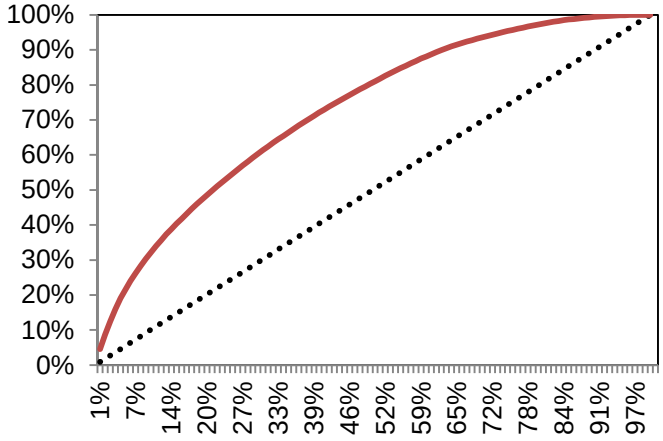
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Gráfico A.III.3 – Curva de concentração, ARS LVT



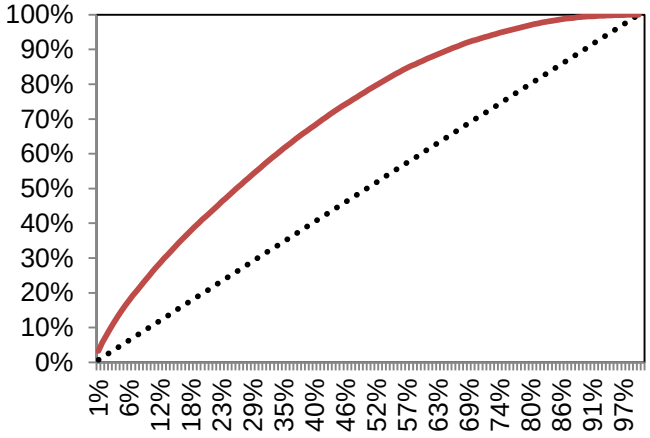
Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Gráfico A.III.4 – Curva de concentração, ARS Alentejo



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

Gráfico A.III.5 – Curva de concentração, ARS Algarve



Fonte: Elaboração própria com base nas respostas das ARS.

ANEXO IV – Questionário do inquérito aos ACES

Parte I

I1. Designação do ACES e ARS a que pertence**:**

_____

I.2. Número de estabelecimentos integrados nesse ACES dotados do equipamento necessário para a prestação de cuidados por higienista oral (HO): _____

I.3. O número de equipamentos dos estabelecimentos integrados nesse ACES está adequado às necessidades da população?

□ Sim
□ Não

I.4. Os equipamentos estão em condições adequadas para a prestação de cuidados de saúde pelo HO?

□ Sim
□ Não

I.5. O conteúdo da informação disponibilizada sobre o PNPSO é adequado ao grupo de utentes beneficiários a que o Programa se dirige?

□ Sim
□ Não

I.6. Se respondeu Não à questão anterior, diga em que grupos de beneficiários a informação não é adequada (pode selecionar mais que uma opção):

□ crianças e jovens
□ mulheres grávidas
□ idosos beneficiários do complemento solidário
□ utentes portadores de VIH/SIDA

I.7. Os grupos populacionais abrangidos pelo PNPSO são os que mais necessitam de cuidados de saúde oral?

□ Sim
□ Não

I.8. Se respondeu Não diga qual(ais) outros grupos deveriam constar do programa:

_____

I.9. Qual a sua avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO:

□ muito bom
□ bom
□ razoável
□ pouco adequado
□ nada adequado

Parte II

1. Indique o seu grau de concordância relativamente às seguintes questões relacionadas com o PNPSO, utilizando a escala: 1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indiferente; 4 – Concordo; 5 – Concordo Totalmente.

	1	2	3	4	5
1-A informação disponibilizada aos utentes beneficiários sobre o PNPSO é adequada e transmitida em momento oportuno.					
2- O conteúdo da informação é de fácil entendimento pelos utentes beneficiários.					
3-A informação do PNPSO é específica para cada grupo de utentes beneficiários.					
4-A informação disponibilizada pelo PNPSO esteve sempre atualizada face às alterações que foram ocorrendo no programa.					
5-Os profissionais dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são o principal veículo na divulgação do PNPSO.					
6-O PNPSO tem o financiamento adequado às necessidades da população.					
7- Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o número de equipamentos adequado às necessidades da sua população em termos de higiene oral.					
8- Os estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm o equipamento, a ser utilizado pelo HO, em condições adequadas.					
9- O número de HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários é adequado às necessidades da população.					
10- Todos os estabelecimentos que têm equipamento têm HO.					
11- Os HO dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários são fundamentais para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.					
12- Os médicos de família dos estabelecimentos de cuidados de saúde primários têm um idêntico papel ao dos HO para sinalizar a necessidade de emissão do cheque-dentista.					
13- A prevenção de doenças orais poderia ser feita na totalidade em estabelecimentos de cuidados de saúde primários pelo HO, caso houvesse um suficiente número de profissionais e de equipamentos.					
14- O PNPSO contribuiu para a melhoria do estado de saúde oral da população.					
15- A prevenção no âmbito do PNPSO reduziu a gravidade das doenças orais.					
16- O PNPSO assenta em procedimentos que facilitam o seu funcionamento.					
17- O PNPSO abrange os grupos de beneficiários mais necessitados.					
18- O PNPSO deveria abranger novos grupos populacionais.					
19- A adesão por parte dos utentes beneficiários desse ACES ao PNPSO aumenta de ano para ano.					
20- A maior adesão ao PNPSO deveu-se apenas ao alargamento a novos grupos de utentes beneficiários.					

ANEXO V – Questionário do inquérito aos médicos dentistas

1. **É atualmente médico aderente ao PNPSO (cheque-dentista)?**
   □ Sim
   □ Não

2. Se respondeu Sim à questão anterior passe para a questão 5:

3. Se respondeu Não à questão 1 diga se já foi médico aderente:
   □ Sim
   □ Não

4. Diga o principal motivo que o levou a deixar de ser médico aderente:
   □ demora no reembolso do valor dos cheques-dentista
   □ o valor do cheque-dentista é muito reduzido
   □ constrangimentos informáticos na apresentação dos cheques-dentista para pagamento
   □ outros. Quais _____

5. Qual o grupo de utentes beneficiários que mais utiliza cheque-dentista no seu estabelecimento:
   □ crianças e jovens
   □ mulheres grávidas
   □ idosos beneficiários do complemento solidário
   □ utentes portadores de VIH/SIDA

6. O número máximo de cheques-dentista, previsto na lei, é adequado para os cuidados de saúde necessários a cada grupo?
   □ Sim
   □ Não

7. Se respondeu Não, à questão anterior, diga qual é o grupo de beneficiários em que o número de cheques-dentista se encontra mais desajustado:
   □ crianças e jovens
   □ mulheres grávidas
   □ idosos beneficiários do complemento solidário
   □ utentes portadores de VIH/SIDA

8. A validade dos cheques-dentista está adaptada às especificidades de cada grupo de beneficiários?
   □ Sim
   □ Não

9. Se respondeu Não à questão anterior, diga qual é o grupo de beneficiários em que a validade dos cheques-dentista se encontra mais desajustada:
- ☐ crianças e jovens
- ☐ mulheres grávidas
- ☐ idosos beneficiários do complemento solidário
- ☐ utentes portadores de VIH/SIDA

10. Os objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários são adequados?
- ☐ Sim
- ☐ Não

11. Se respondeu Não à questão anterior, diga qual é o grupo de beneficiários em que a terapêutica se encontra mais desajustada:
- ☐ crianças e jovens
- ☐ mulheres grávidas
- ☐ idosos beneficiários do complemento solidário
- ☐ utentes portadores de VIH/SIDA

12. O valor do cheque-dentista é, na maioria dos casos, suficiente para cobrir os tratamentos necessários?
- ☐ Sim
- ☐ Não

13. Se respondeu Não à questão anterior, diga qual é o grupo de beneficiários em que o valor se encontra mais desajustado:
- ☐ crianças e jovens
- ☐ mulheres grávidas
- ☐ idosos beneficiários do complemento solidário
- ☐ utentes portadores de VIH/SIDA

14. O pagamento dos cheques-dentista geralmente é efetuado em prazo:
- ☐ inferior ou igual a 30 dias
- ☐ entre 31 e 60 dias
- ☐ igual ou superior a 61 dias

15. O procedimento de apresentação dos cheques-dentista para pagamento é fácil?
- ☐ Sim
- ☐ Não

16. Mencione de 1 a 4 (do menos grave para o mais grave) o grupo de beneficiários que apresenta maior gravidade de doença oral:
- ☐ crianças e jovens
- ☐ mulheres grávidas
- ☐ idosos beneficiários do complemento solidário
- ☐ utentes portadores de VIH/SIDA

17. Selecione o grupo de beneficiários que mais utiliza a totalidade dos cheques-dentista atribuídos:
- ☐ crianças e jovens
- ☐ mulheres grávidas
- ☐ idosos beneficiários do complemento solidário

□ utentes portadores de VIH/SIDA

18. Caso necessário, os utentes continuam o tratamento, nesse estabelecimento, quando esgotados os cheques-dentista?
□ Sempre
□ Frequentemente
□ Algumas vezes
□ Raramente
□ Nunca

19. Na sua ótica, os grupos beneficiários abrangidos são os que mais necessitam?
□ Sim
□ Não

20. Se respondeu Não diga qual(ais) outros grupos deveriam constar do programa:
_____

21. Entende que a introdução do cheque-dentista contribuiu para a melhoria do estado de saúde oral da população?
□ Sim
□ Não

22. Na sua opinião, a instrução e motivação para a higiene oral tem sido suficiente?
□ Sim
□ Não

23. No âmbito do PNPSO, nesse estabelecimento, já foram efetuadas auditorias e/ou fiscalizações?
□ Sim
□ Não

24. Diga qual(ais) a(s) instituição(ões):
_____

25. Qual a sua avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO (cheque-dentista):
□ Muito bom
□ Bom
□ Razoável
□ Pouco adequado
□ Nada adequado

Acrescente, caso pretenda, quaisquer outros elementos ou esclarecimentos adicionais que V. Exa. considere relevantes ao funcionamento do PNPSO.

_____

ANEXO VI – Testes estatísticos do inquérito aos médicos aderentes

Tabela A.VI – Resultados do teste Kruskal-Wallis

Questões	Teste Qui-Quadrado	Significância (p-value)
Utilização do cheque-dentista por parte dos grupos de utentes beneficiários	8,110*	0,088
Relação entre a adequação do número máximo de cheques-dentista com a necessidade de cuidados de saúde	3,437	0,488
Relação entre o prazo validade dos cheques-dentista e a adaptação às especificidades de cada grupo de beneficiários	2,106	0,716
Adequação dos objetivos terapêuticos definidos para cada grupo de beneficiários	5,134	0,274
Adequação do valor dos cheque-dentista relativamente aos tratamentos necessários	1,780	0,776
Prazo do pagamento dos cheques-dentista	121,159***	0,000
Facilidade no procedimento de apresentação dos cheques-dentista para pagamento	7,050	0,131
Grupo de beneficiários que mais utiliza a totalidade dos cheque-dentistas	9,792**	0,044
Continuação do tratamento após esgotados os cheques-dentista	16,209***	0,003
O grupo de beneficiários abrangidos são os que mais necessitam de cuidados de saúde	0,637	0,959
A introdução do cheque-dentista contribuiu para o estado de saúde da população	14,256***	0,007
A instrução e motivação para a higiene oral	4,331	0,363
Fiscalizações e auditorias realizadas	22,203***	0,000
Avaliação geral sobre o funcionamento do PNPSO	16,324***	0,003

*Nível de significância $p < 0{,}1$; ** Nível de significância $p < 0{,}05$; *** Nível de significância $p < 0{,}01$.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt