



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANDRÉ MANUEL DOS SANTOS CARLOS COELHO

***Caracterização dos utentes que recorrem ao médico de família com
problemas dentários***

ARTIGO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

MESTRE ALBINO MIGUEL PALHARES SANTOS PEREIRA

PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL DE MENDONÇA SOARES SANTIAGO

ABRIL/2023

CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES QUE RECORREM AO MÉDICO DE FAMÍLIA COM PROBLEMAS DENTÁRIOS

André Coelho¹, Miguel Santos Pereira², Luiz Miguel Santiago³

¹Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, USF Mondego, ARS Centro, Portugal

³Professor Associado com Agregação e Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar, Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Portugal

ENDEREÇOS DE CORREIO ELETRÓNICO

Autor principal: andrecarloscoelho@gmail.com

Orientadores: albinomiguelpereira0@gmail.com | lmsantiago@netcabo.pt

ÍNDICE

Abreviaturas.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
Introdução.....	9
Material e Métodos.....	12
Resultados.....	14
Discussão.....	17
Conclusão.....	23
Agradecimentos.....	24
Referências Bibliográficas.....	25
Anexo I.....	29
Anexo II.....	31
Anexo III.....	35

ABREVIATURAS

ACESBM	Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CD	Cheque-dentista
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CSI	Complemento Solidário para Idosos
ICPC-2	International Classification of Primary Care (segunda edição)
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PD	Problemas Dentários
PNPSO	Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
WONCA	World Organization of Family Doctors

RESUMO

Introdução: Os problemas dentários são muito prevalentes, associando-se a vários fármacos e outras patologias. Essa questão tem particular importância na medicina geral e familiar, especialidade que aborda todo o tipo de doentes e que constitui frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde. Além disso, em Portugal, o médico de família pode emitir cheques-dentista. Este trabalho tem por objetivo caracterizar a população com problemas dentários que recorre ao centro de saúde.

Material e Métodos: Trata-se de um estudo observacional descritivo transversal, envolvendo utentes do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego em cujo processo clínico constam códigos dentários ICPC-2 como problemas ativos, em 2021. Os dados foram fornecidos pela ARS Centro e utilizamos o SPSS® (versão 28) e o Microsoft® Excel (versão 2211) para a sua análise estatística. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro, garantindo-se total anonimato.

Resultados: Obtivemos uma amostra com 5335 utentes, dos quais 70,0% pertenciam a USF, 29,5% a UCSP e 0,5% não tinham médico de família. A unidade funcional com mais utentes foi a UCSP Fernão de Magalhães. O município com maior proporção populacional foi Condeixa-a-Nova (2,09%). Verificamos que 57,3% da amostra eram mulheres e 42,7% eram homens. A idade não seguiu uma distribuição normal, sendo 54,0% dos utentes adultos, 26,4% crianças e 19,6% idosos. Houve maior número de cheques-dentista emitidos, faturados e não utilizados em mulheres mas, em termos percentuais, são os homens que receberam, faturaram e não utilizaram mais cheques-dentista. A faixa etária que mais usufruiu dos cheques-dentista foi a idade pediátrica e os idosos foram os que menos usufruíram. Apenas 50 utentes beneficiavam do complemento solidário para idosos. O grupo ICPC-2 mais codificado (14,97%) foi o L (sistema musculoesquelético) e o segundo mais codificado (12,66%) foi o T (endócrino, metabólico e nutricional). As comorbilidades mais codificadas foram T93 (alteração do metabolismo dos lípidos), P76 (perturbação depressiva), T83 (excesso de peso), K86 (hipertensão arterial sem complicações), T82 (obesidade), P74 (distúrbio ansioso/estado de ansiedade) e P17 (abuso do tabaco).

Discussão: A UCSP Fernão de Magalhães ser a unidade funcional mais frequente pode ter a ver com problemas sociais da área de influência, hipótese que pode motivar estudos futuros. A distribuição amostral por sexo apoia a ideia de que as mulheres se preocupam mais com a saúde oral e a baixa percentagem de idosos aponta para a necessidade de medidas nessa população. Apesar da associação com patologia oral na literatura, a diabetes *mellitus* não se destacou enquanto comorbilidade.

Palavras-chave: Problemas dentários, medicina geral e familiar, cheques-dentista, codificação, caracterização.

ABSTRACT

Introduction: Dental problems are very prevalent and associated with different drugs and other diseases. This is particularly important in general and family medicine, a specialty that addresses all kinds of patients and frequently represents their first contact with the health system. Furthermore, in Portugal, the family doctor can submit dental checks. The goal of this study is to characterize the population with dental problems that goes to the community health center.

Material and Methods: This is an observational and descriptive cross-sectional study, involving patients of Community Health Center Cluster of Baixo Mondego whose clinical process contains ICPC-2 dental codes as active problems, in 2021. The data were provided by the Regional Health Administration of Centro and we used SPSS® (28th version) and Microsoft® Excel (version no. 2211) for statistical analysis. The study was approved by the Ethics Committee of the Regional Health Administration of Centro with total anonymity guaranteed.

Results: We obtained a sample of 5335 patients, of which 70.0% belonged to Family Health Units, 29.5% to Personalized Health Care Units and 0.5% did not have a family doctor. The functional unit with more patients was Personalized Health Care Unit of Fernão de Magalhães. The municipality with the highest populational proportion was Condeixa-a-Nova (2.09%). We found that 57.3% of the patients were women and 42.7% were men. The age did not follow a normal distribution, 54.0% of the patients being adults, 26.4% being children and 19.6% being elderly. There were more dental checks submitted, billed and unused in women but, in terms of percentage, men received, billed and unused more dental checks. The age group that used dental checks the most was children and the elderly were the ones that used them the least. Only 50 patients had solidarity supplement for seniors. The most codified ICPC-2 group (14.97%) was L (musculoskeletal system) and the second one (12.66%) was T (endocrine, metabolic and nutrition). The most codified comorbidities were T93 (lipid disorder), P76 (depressive disorder), T83 (overweight), K86 (uncomplicated hypertension), T82 (obesity), P74 (anxiety disorder/anxiety state) and P17 (tobacco abuse).

Discussion: Personalized Health Care Unit of Fernão de Magalhães being the more frequent functional unit can be related to social problems of its area of influence, a hypothesis that can motivate future studies. The sample distribution by sex supports the idea that women worry more about oral health and the low percentage of elderly points to the need of measures in that population. Despite the association with oral pathology in literature, diabetes mellitus did not stand out as a comorbidity.

Keywords: Dental problems, general and family medicine, dental checks, codification, characterization.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde oral em geral e os problemas dentários (PD) em particular são muito frequentes. Estima-se que as doenças orais afetem 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo. Deste modo, constituem o grupo de doenças mais prevalente tanto nos países mais desenvolvidos como nos países menos desenvolvidos. [1] Os PD mais comuns são a cárie, a doença periodontal, o abscesso e o trauma. [1–3]

A saúde oral é uma componente da saúde que deve fazer parte da abordagem holística dos doentes preconizada pelos cânones da Medicina atual. [4] Essa abordagem revela especial importância pela associação entre patologia oral e outras patologias. Parte da explicação para estes achados reside na partilha de fatores de risco biológicos, comportamentais e sociais. [1] A doença oral com mais associações descritas é a doença periodontal. Esta associa-se sobretudo a diabetes *mellitus* mas também a doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratórias e autoimunes, demências, complicações obstétricas, dislipidemia, obesidade e alterações musculoesqueléticas. [1,5–12] A cárie dentária, doença crónica mais prevalente a nível mundial, associa-se a declínio cognitivo, pneumonia, bulimia nervosa, excesso de peso/obesidade e alterações musculoesqueléticas. [1,2,10,13,14] Há ainda que referir que alguns medicamentos podem causar complicações orofaciais, nomeadamente: xerostomia (anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, anti-hipertensores, diuréticos, opioides, antiparkinsonianos e imunoestimulantes), hiperplasia gengival (fenitoína, ciclosporina e bloqueantes dos canais de cálcio), osteonecrose da mandíbula (bifosfonatos, bevacizumab e sunitinib) e defeitos do esmalte (anti-inflamatórios não esteroides e antibióticos). [15–18] A xerostomia significa risco aumentado de desenvolvimento de outros problemas orais como as cáries. [17] Já que os idosos têm menos produção de saliva e estão mais medicados com estes fármacos, estão em risco maior de patologia oral. [2]

Segundo a *World Organization of Family Doctors (WONCA) Europe*, a Medicina Geral e Familiar (MGF) constitui geralmente o primeiro contacto com o sistema de saúde, abrangendo indivíduos de todos os sexos e idades e com toda a tipologia de problemas. [19] Posto isto, os utentes com PD podem recorrer ao médico de família, que deve estar apto a prevenir, diagnosticar, tratar e/ou referenciar corretamente. De facto, apesar de a maioria dos portugueses não recorrer ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) por questões de saúde oral, quando o fazem, dirigem-se mais ao centro de saúde do que ao hospital. [20,21] Em contexto de MGF, as queixas orais mais frequentes são dor dentária, halitose, sensação de xerostomia e infeção. [22]

A codificação clínica nos cuidados de saúde primários portugueses rege-se pela

segunda edição da *International Classification of Primary Care* (ICPC-2). Cada código é composto por uma letra, que corresponde a um capítulo, e dois números. Nalgumas situações, com vista a aumentar o detalhe, podem ser utilizadas subrubricas (código ICPC-2 original seguido de um ponto e dois números adicionais). [23] Os códigos que incluem patologia dentária são D19 (sintoma/queixa dos dentes/gengivas), D29 (outro sintoma/queixa digestivo, que inclui ranger dos dentes), D80 (outra lesão do aparelho digestivo, que inclui trauma dentário) e D82 (doença dos dentes/gengivas). [23] Apesar de já se ter criado a terceira edição, essa ainda não é utilizada em Portugal nem foi traduzida para português. [24]

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), onde os médicos de MGF desempenham um papel fulcral, abrange grávidas, crianças, beneficiários do complemento solidário para idosos (CSI), portadores de HIV/SIDA, utentes com risco acrescido de cancro oral (homens fumadores com quarenta ou mais anos e hábitos alcoólicos e utentes com dor e/ou lesões ou alterações da cor ou volume da cavidade oral) e utentes de unidades de saúde que dispõem de estomatologista ou médico dentista. [3]

Em Portugal, a média dos dentes definitivos cariados, perdidos e obturados devido a cárie dentária aos 12 anos é de 1,18%, encontrando-se dentro dos objetivos da Organização Mundial de Saúde (OMS) para 2020. Já a percentagem de crianças com 6 anos livres de cáries ronda os 50%, ficando aquém do objetivo de 80% em 2020 estabelecido pela OMS. [3] A doença periodontal grave encontra-se em valores próximos aos verificados no resto do mundo. [1] Contudo, a percentagem de indivíduos portugueses idosos com edentulismo total, onde a cárie e a doença periodontal desempenham um papel importante [25], encontra-se entre 26,2% e 34,1%, ao passo que a média mundial se fixa em cerca de 7%. [1] Esta condição favorece o aparecimento de distúrbios nutricionais, pneumonias de aspiração e engasgamento. [25] Geralmente, as próteses dentárias não são comparticipadas pelo Estado português. Porém, os beneficiários do CSI têm direito a 75% de reembolso até ao máximo de 250€ em três anos para a aquisição de próteses dentárias removíveis. [26]

O último estudo de âmbito nacional acerca da prevalência das doenças orais feito pela Direção Geral de Saúde data de 2015 e compila dados obtidos em 2013 e 2014. Uma vez que a OMS recomenda que esses estudos sejam realizados a cada cinco ou seis anos [3], esses podem considerar-se desatualizados. Os dados mais recentes disponíveis remetem para o projeto “Barómetro da Saúde Oral”, realizado anualmente pela Ordem dos Médicos Dentistas, e para o projeto “*Global Burden of Disease*” (2019).

Posto isto, e uma vez que não existem estudos em Portugal nesse sentido, este trabalho tem por objetivo caracterizar a população com PD que recorre ao centro de saúde. Pretende-se constituir um ponto de partida para aferir os motivos que levam esses utentes a recorrer à MGF e os motivos que levam os restantes a não o fazer. Conhecer os grupos

populacionais que recorrem aos cuidados de saúde primários com esses problemas pode funcionar igualmente como forma de aumentar e orientar a vigilância e os cuidados de saúde oral por parte dos seus profissionais de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo observacional descritivo transversal a partir de dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) referentes ao ano de 2021. A população incluída no estudo correspondeu aos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego (ACESBM) em cujo processo clínico eletrónico foram utilizados os códigos D19 e/ou D82 do ICPC-2 no decorrer do ano 2021.

Os dados foram solicitados à ARSC via e-mail, que no-los forneceu sob a forma de três documentos Excel, dois com informação relativa a comorbilidades (códigos ICPC-2 que estavam como problemas ativos em 2021 no processo clínico de cada utente) e um com o restante. As informações fornecidas foram: nome da unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) ou centro de saúde (no caso dos indivíduos sem médico de família), sexo, idade a 31/12/2021, estado de beneficiário do CSI, quantidade de cheques-dentista (CD) emitidos, quantidade de CD faturados e comorbilidades. A informação acerca dos CD foi obtida, por parte da ARSC, com recurso aos registos do Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO). A partir das unidades funcionais (USF e UCSP) e centros de saúde, foi possível determinar o município e, no caso das USF, o seu subtipo (modelo A ou B). Note-se que a UCSP Penacova transitou para USF no decorrer do ano de 2021. [27] Com os valores relativos à emissão e faturação de CD, calculou-se a quantidade de CD não utilizados com recurso à formulação do Excel. Quanto aos documentos sobre as comorbilidades, um deles continha o número de utentes do mesmo sexo e idade e pertencentes à mesma unidade funcional/centro de saúde para cada código ICPC-2. O outro consistiu na listagem extensa da codificação, isto é, havia várias linhas para cada utente, caracterizado quanto ao sexo e idade, uma para cada código que lhe foi atribuído em 2021. Em ambos os documentos, foi excluído o código “AMO”, que aparecia uma vez em cada, por não se encontrar de acordo com a codificação ICPC-2. As subrubricas foram incluídas na contabilização e análise das respetivas rubricas sem discriminação.

A análise estatística foi realizada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 28. Para a organização dos dados e criação de algumas tabelas recorremos ao *Microsoft® Excel for Microsoft 365*, versão 2211. Procedeu-se a uma análise descritiva de cada uma das variáveis elencadas. Em relação às variáveis nominais (“unidade”, “tipo de unidade”, “município”, “sexo”, “CSI” e “comorbilidades”), obtivemos as frequências absolutas e relativas para cada resultado. Com recurso ao site *Pordata*, obtivemos o número de residentes de cada município em 2021. Através disso, calculamos a proporção da população de cada município envolvida no presente estudo. A variável “comorbilidades” analisou-se como um todo e posteriormente procedeu-se a uma abordagem por capítulos. As

variáveis quantitativas (“idade”, “CD emitidos”, “CD faturados” e “CD não utilizados”) foram estudadas não só quanto à frequência absoluta e relativa mas também quanto à tendência central. Estudamos ainda a dispersão e a normalidade da variável “idade”, esta última com recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra com um nível de significância α definido a 0,01.

Este estudo seguiu os princípios éticos e normas legais, tendo sido previamente aprovado pela Comissão de Ética da ARSC. Como tal, todos os dados utilizados eram anónimos, não tendo os investigadores tido acesso a qualquer tipo de identificação dos utentes incluídos no estudo.

RESULTADOS

Da população em estudo resultou uma amostra de 5335 utentes. A sua distribuição pelas várias unidades de saúde encontra-se discriminada na Tabela 1. Os utentes inscritos em USF perfizeram 3733 (70,0%) de todos os utentes. Destes, 2086 (55,9%) pertenciam a USF modelo A (USF-A) e 1647 (44,1%) a USF modelo B (USF-B). O número de utentes pertencentes a UCSP foi 1573 (29,5%) e o número de utentes sem médico de família foi 29 (0,5%).

Tabela 1 | Distribuição dos utentes por unidade de saúde

Unidade de saúde	n (%)
UCSP Fernão de Magalhães	296 (5,5)
UCSP Montemor-o-Velho	279 (5,2)
USF Vitasaurium	225 (4,2)
USF Coimbra Centro	224 (4,2)
USF Mondego	224 (4,2)
UCSP/USF Penacova	195 (3,7)
USF Coimbra Sul	190 (3,6)
UCSP Mira	188 (3,5)
USF Pulsar	188 (3,5)
USF Fernando Namora	182 (3,4)
USF Rainha Santa Isabel	175 (3,3)
USF Topázio	169 (3,2)
USF Condeixa	168 (3,1)
UCSP Cantanhede	164 (3,1)
UCSP Figueira da Foz Sul	147 (2,8)
USF Mealhada	147 (2,8)
USF São Julião da Figueira	147 (2,8)
USF Manuel Cunha	142 (2,7)
USF Norton de Matos	142 (2,7)
USF Marquês de Marialva	140 (2,6)
USF Buarcos	138 (2,6)
USF Araceti	137 (2,6)
USF Cela Saúde	129 (2,4)
UCSP Figueira da Foz Urbana	128 (2,4)
UCSP Juíz de Fora	120 (2,2)
USF Nautilus	106 (2,0)
USF Coimbra Norte	100 (1,9)
USF Cruz de Celas	100 (1,9)
USF Caminhos de Cértoma	99 (1,9)
UCSP Soure	97 (1,8)
USF Progresso e Saúde	96 (1,8)
USF Coimbra Celas	86 (1,6)
UCSP Figueira da Foz Norte	79 (1,5)
USF Biosa	64 (1,2)
USF Salusvida	50 (0,9)
USF as Gandras	45 (0,8)
Utentes sem USF/UCSP	29 (0,5)

A maioria dos municípios teve entre 1 e 2% da sua população residente abrangida por este estudo. Condeixa-a-Nova foi aquele com maior percentagem de habitantes que recorreu à MGF com PD (Tabela 2).

Tabela 2 | Distribuição dos utentes por município e proporção populacional envolvida

Município	Número de utentes n (%)	População residente N	Proporção populacional %
Coimbra	2256 (42,3)	140816	1,60
Figueira-da-Foz	747 (14,0)	58951	1,27
Cantanhede	495 (9,3)	34212	1,45
Montemor-o-Velho	416 (7,8)	24571	1,69
Condeixa-a-Nova	350 (6,6)	16732	2,09
Soure	322 (6,0)	17261	1,87
Mealhada	246 (4,6)	19348	1,27
Penacova	195 (3,7)	13113	1,49
Mira	188 (3,5)	12113	1,55
Mortágua	120 (2,2)	8963	1,34

A composição da amostra por sexo consistiu em 3056 (57,3%) mulheres e 2279 (42,7%) homens. Os resultados do estudo descritivo da variável "idade" encontram-se na Tabela 3, com exceção da frequência (Anexo I). Os valores das idades não seguiram uma distribuição normal ($p < 0,001$).

Tabela 3 | Medidas de tendência central e dispersão da variável "idade"

Tendência central	
Média	39,85
Mediana	40,00
Moda	6
Dispersão	
Erro-padrão	0,335
Desvio-padrão	24,454
Variância	598,004
Intervalo	98
Mínimo	<1
Máximo	98

Apenas 50 (0,9%) indivíduos eram beneficiários do CSI. Os restantes eram 5285 e representaram 99,1%. Considerando apenas os idosos, obtivemos um valor de 997 (95,4%) não beneficiários e um valor de 48 (4,6%) beneficiários, havendo dois indivíduos beneficiários que tinham menos de 65 anos.

Do ponto de vista da submissão, faturação e utilização dos CD (Anexo II), verificou-se que a maioria das pessoas não teve direito à submissão de CD. De entre os que tiveram, a maioria recebeu um CD. Tendo em conta apenas os utentes do sexo masculino, 218 (9,6%) tiveram acesso a pelo menos um CD, 161 (7,0%) faturaram pelo menos um CD e 65 (2,8%) deixaram pelo menos um CD por utilizar. No sexo feminino, esses valores foram menores em termos relativos mas maiores em termos absolutos. Houve 255 (8,4%) que receberam pelo menos um CD, 190 (6,2%) que tiveram pelo menos um CD faturado e 70 (2,3%) que deixaram pelo menos um CD por utilizar. Ao considerarmos o número de CD em vez do número de utentes, verificamos que foram submetidos 299 CD a homens, os quais faturaram 216 (72,2%), deixando por utilizar 83 (27,8%). Já no caso das mulheres, foram-lhes submetidos 411 CD, dos quais 297 (72,3%) foram faturados, ficando 114 (27,7%) por utilizar. O número de crianças (consideramos crianças os indivíduos com idade inferior ou igual a 18 anos) que recebeu pelo menos um CD foi de 414 (29,4% das crianças), constituindo o grupo etário em que esse valor é maior. Nos outros grupos etários, verificamos que 38 adultos (1,3% dos adultos) e 21 idosos (2,0% dos idosos) tiveram emissão de CD. Resultados semelhantes foram encontrados na faturação e não utilização dos CD. Houve faturação de CD para 313 crianças (22,2% das crianças), 24 adultos (0,8% dos adultos) e 14 idosos (1,3% dos idosos). Não utilizaram todos os CD 114 crianças (8,1% das crianças), 14 adultos (0,5% dos adultos) e 7 idosos (0,7% dos idosos).

A informação detalhada relativa às comorbilidades encontra-se no Anexo III. O grupo ICPC-2 com mais codificações foi o grupo L (14,97%), ao qual se seguiram, por ordem decrescente, os seguintes grupos: grupo T (12,66%), grupo P (11,74%), grupo K (9,63%), grupo D (8,18%), grupo R (7,75%), grupo S (6,55%), grupo A (6,37%), grupo X (4,02%), grupo F (3,57%), grupo W (3,20%), grupo U (2,64%), grupo N (2,54%), grupo H (1,89%), grupo Z (1,55%), grupo Y (1,48%), grupo B (1,26%).

DISCUSSÃO

Apesar de a maioria dos utentes da amostra pertencer a USF modelo A, a unidade funcional do ACESBM que teve mais utentes com PD em 2021 foi a UCSP Fernão de Magalhães. Coloca-se a hipótese de isso ter a ver com o facto de a população abrangida por essa unidade funcional ser mais carenciada do ponto de vista económico e social [28–30], logo, com mais fatores de risco e com menos recursos financeiros para frequentar consultas privadas de medicina dentária/estomatologia. Coimbra foi o município onde mais utentes da amostra habitavam mas Condeixa-a-Nova foi aquele com maior proporção populacional envolvida no estudo. Por outro lado, Mortágua foi onde menos utentes da amostra habitavam e Mealhada e Figueira da Foz foram os municípios com menor proporção populacional envolvida. Há mais mulheres do que homens a recorrer à MGF com PD. Os adultos constituem a faixa etária mais frequente neste contexto, perfazendo 2880 (54,0%) do total da amostra. A esta faixa etária seguem-se a idade pediátrica, com 1410 (26,4%) indivíduos, e a idade idosa, com 1045 (19,6%) indivíduos. Tendo em conta que os idosos são um grupo com particular risco de patologia oral, esta caracterização etária pode ser vista como alarmante. Apenas 50 doentes eram beneficiários do CSI.

Em termos de CD, os utentes que os recebem são uma minoria. Constatamos que há menos homens a receber CD do que mulheres. Porém, por cada 100 homens que recorre ao médico por PD, cerca de 10 recebe pelo menos um CD, enquanto que por cada 100 mulheres que o fazem, cerca de 8 têm direito a CD. A mesma tendência dissociativa entre valores absolutos e relativos consoante o sexo verifica-se na faturação e não utilização de CD. Em ambos os sexos, cerca de 72% dos CD submetidos foram faturados, deixando cerca de 28% por utilizar. De entre os 473 utentes que tiveram direito a CD, 414 (87,5%) eram crianças, 38 (8,0%) eram adultos e 21 (4,4%) eram idosos. Também na faturação e não utilização de CD, a idade pediátrica correspondeu à maioria dos utentes e os idosos à minoria. Pensa-se que a maioria dos idosos com direito a CD não está ciente desse direito. [31,32] Ademais, ao contrário do que acontece nas outras faixas etárias, as idades pediátricas abrangidas pelo PNPSO são-no praticamente sem restrições. Esses factos podem ajudar explicar esta distribuição etária não só em relação aos CD mas na amostra em geral. A faixa etária que utilizou maior percentagem dos CD submetidos foi a pediátrica, que faturou 73,3% dos CD submetidos. Os adultos constituíram aquela em que menor percentagem dos CD submetidos foi utilizada (66,0%). Os idosos, por sua vez, utilizaram 70,3% dos CD que lhes foram submetidos. Em termos de comorbilidades, o grupo ICPC-2 com mais codificações foi o grupo L (sistema musculoesquelético) e o grupo com menos codificações foi o B (sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos). O código mais frequente foi o T93 (alteração do metabolismo dos lípidos), com 1530 registos. Para além desse, os únicos códigos ICPC-2 com mais de mil

registos foram P76 (perturbação depressiva) e T83 (excesso de peso).

Em 2021, em Portugal, as crianças que mais utilizaram o CD em consultas de medicina dentária foram as com idades entre os 10 e os 12 anos. [21] Já em 2022, as crianças entre os 7 e os 9 anos foram as que mais usufruíram do CD nessas consultas. [20] Em ambos os anos, as crianças portuguesas com 16 anos ou mais foram as que o utilizaram menos. [20,21] Os nossos resultados estão em conformidade com esses achados na medida em que as únicas idades pediátricas em que houve mais de 50% das crianças com CD submetidos foram os 8 e os 11 anos. São também essas as idades pediátricas em que se verifica maior percentagem de faturação de CD, juntamente com as crianças de 4 e 6 anos. As únicas crianças em que mais de 90% ficou sem CD submetidos e, conseqüentemente, sem CD faturados foram aquelas com 17, 18 ou menos de 3 anos. Contudo, as únicas idades pediátricas em que a totalidade dos CD submetidos foi utilizada foram os 2, 12 e 17 anos, sendo que as crianças com 14 anos foram as que mais deixaram CD por utilizar. Note-se que as crianças com idade inferior ou igual a 1 ano não tiveram direito a nenhum CD. É de realçar também que 89,6% das crianças com 16 anos não teve direito a CD mas que mais de 90% das crianças dessa idade não teve faturações de CD registadas. O número de crianças com codificação A98 (medicina preventiva / manutenção de saúde) foi de 197 (13,97%), pelo que parte dessas crianças poderá ter recebido os seus CD em consulta de saúde infantil e juvenil. Como as codificações de que dispomos se referem às presentes na lista de problemas ativos dos utentes, pode acontecer que mais crianças tenham recebido os seus CD nestas consultas (codificação no registo de consulta mas não na lista de problemas). Também algumas com esse código na lista de problemas podem tê-los recebido fora dessas consultas. Note-se que nem todas as crianças tiveram direito a CD e que nem todos os CD são fornecidos em consulta com médico de família. [3]

À exceção da utilização de colutórios, as mulheres têm hábitos de higiene oral mais implementados do que os homens. [20] Esse facto pode ajudar a explicar o motivo pelo qual há mais mulheres a recorrer à MGF por PD, apesar de haver maior percentagem de homens a receber CD. Isto é, partindo do princípio de que há mais cuidado com a saúde oral por parte das mulheres, estas recorrem mais facilmente aos cuidados de saúde por esse motivo mas menos vezes terão PD que levem à emissão de CD. Além disso, as mulheres tendem a preocupar-se mais com a estética dentária do que os homens e estão mais frequentemente insatisfeitas com o seu sorriso. [33,34] Os grupos etários em que se verifica menos escovagem dos dentes são os idosos e as crianças com menos de 6 anos. O grupo com maior percentagem de escovagem diária corresponde aos jovens de 18 anos. [35] Aplicando um raciocínio semelhante, seria de esperar que os jovens de 18 anos recorressem mais à MGF e recebessem menos CD e que nos idosos e crianças com menos de 6 anos se verificasse o

oposto. Por um lado, constatamos que as idades mais frequentes nas vindas ao médico de família correspondem aos 5 e 6 anos. Por outro lado, os 18 anos não são das idades pediátricas com menos nem com mais idas à MGF por PD e os idosos, como já referido, são o grupo etário menos frequente na amostra. Além disso, desses três grupos, aquele com maior percentagem de utentes com direito a emissão de CD foi o dos 6 ou menos anos e o com menor percentagem de utentes que tiveram emissão de CD foi o dos idosos. Ao contrário do que verificou quanto ao sexo, a percentagem de CD submetidos que foram faturados diferiu. Os utentes com 18 anos utilizaram 83% dos CD que lhes foram submetidos, os utentes com 6 ou menos anos utilizaram 72% e os idosos utilizaram 70%. Ou seja, o grupo com melhores hábitos de higiene oral destes três foi aquele que mais tendeu a usufruir dos CD emitidos.

Uma das patologias com mais associações descritas com a doença periodontal é a diabetes *mellitus*. [1,5,6] Sabemos que 13,0% da população portuguesa com idades entre os 20 e os 79 anos era diabética em 2021 [36] e verificamos que 11,87% dos utentes da amostra com essas idades eram pessoas diabéticas. A percentagem de pessoas na amostra com DPOC (3,13% dos utentes com 40 ou mais anos) e demência (2,21% dos utentes acima dos 60 anos) é inferior à da população portuguesa (14,2% das pessoas com 40 ou mais anos e 5,91% das pessoas acima dos 60 anos, respetivamente). [37,38] Não comparamos a prevalência amostral das multimorbilidades dos grupos K e W, bulimia nervosa, perturbação depressiva, psicose, xerostomia, dislipidemia nem artrite reumatoide com a respetiva prevalência nacional dada a falta de dados nacionais recentes e/ou discrepância entre os critérios dos respetivos códigos ICPC-2 e os critérios utilizados nos estudos de prevalência.

O facto de uma das comorbilidades mais codificadas na amostra ter sido a perturbação depressiva é particularmente interessante na medida em que os antidepressivos causam xerostomia, colocando os doentes em maior risco de cáries. Também os anti-hipertensores estão associados a xerostomia (os bloqueantes dos canais de cálcio estão ainda associados a hiperplasia gengival) e, de facto, a hipertensão arterial foi a comorbilidade mais codificada do grupo K (aparelho circulatório). Contudo, o código que inclui a xerostomia (D20) teve apenas 91 registos. Isso pode ser explicado pela desvalorização do sintoma [39] e/ou pelo eventual desconhecimento relativamente à existência do código. Além disso, a codificação de outras entidades nosológicas em cujas terapêuticas costumam constar fármacos com xerostomia como reação adversa (psicoses não incluídas num contexto depressivo, a insuficiência cardíaca e o parkinsonismo) não teve tanto destaque. Note-se que nem todos os doentes com perturbação depressiva, hipertensão arterial, psicose, insuficiência cardíaca e parkinsonismo vão ser tratados com ou exclusivamente com antidepressivos, anti-hipertensores, antipsicóticos, diuréticos ou antiparkinsonicos, respetivamente, e que esses fármacos são utilizados noutros quadros clínicos e não apenas nestes. As pessoas com

depressão, por terem menos motivação e autocuidado no geral, têm piores hábitos de higiene oral [40], o que pode ajudar a explicar a diferença entre o volume de codificação da perturbação depressiva comparativamente com outras patologias tratadas com fármacos promotores de xerostomia.

Um outro aspeto relevante para a interpretação dos resultados deste estudo prende-se com a relação entre PD e patologia musculoesquelética, pois o grupo de comorbilidades com maior número de codificações foi o L (sistema musculoesquelético). Isso pode estar relacionado com a associação entre PD e patologia musculoesquelética ou simplesmente com o facto de os problemas desse foro constituírem um grupo de patologias frequentes *per se*. [41] Há associação entre PD (maloclusão, edentulismo e doença periodontal) e pior performance e força físicas. Uma das explicações propostas remete para o facto de esses problemas dentários prejudicarem a função mastigatória, com conseqüente défice nutricional e impacto na condição física. [9] De facto, o segundo grupo ICPC-2 mais codificado foi o grupo T (endócrino, metabólico e nutricional). Vários estudos foram feitos no sentido de averiguar a existência de relação entre saúde oral e sarcopenia mas os resultados têm sido inconstantes. A inflamação e a afeção da mastigação fazem parte das várias explicações propostas para a eventual associação. [42] Sabe-se que doentes com artrose ou artrite reumatoide visitam menos o médico dentista que a população sem essas patologias, o que pode estar relacionado com a menor mobilidade que as mesmas acarretam. Estes problemas também afetam a capacidade de higiene oral adequada, o que coloca estes doentes em risco maior de PD. [10]

A comorbilidade mais registada (dislipidemia) tem descrita na literatura associação com PD. Esse facto e a elevada prevalência desse grupo de patologias na população [41] tornam compreensível que assim seja. O excesso de peso foi mais codificado do que a obesidade (1071 e 907 codificações, respetivamente), situação expectável tendo em conta que existem mais pessoas com excesso de peso na população portuguesa do que pessoas obesas. [43] Há mais estudos no sentido de verificar se existe associação entre obesidade e PD do que entre excesso de peso e PD, pelo que a evidência é mais consistente no caso da obesidade. De qualquer maneira, serem comorbilidades muito presentes na amostra corrobora a ideia de que são patologias relacionadas com os PD. Ainda assim, 36,7% e 16,9% da população portuguesa maior de idade tem excesso de peso ou obesidade, respetivamente, [43] mas 25,57% e 21,14% da amostra com 18 anos ou mais tem excesso de peso ou obesidade, respetivamente. Coloca-se a hipótese de as pessoas com obesidade recorrerem mais à MGF com PD do que as pessoas com excesso de peso. Estima-se que 17,8% e 11,9% das crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos tenha excesso de peso e obesidade, respetivamente. [44] Na nossa amostra, apenas 2,96% das crianças com essas idades tinha excesso de peso e 3,77% tinha obesidade. Logo, estas condições

não parecem ser um fator que leve as crianças mais ao médico de família na presença de PD. Destacam-se ainda as codificações P17 (abuso do tabaco) e P74 (perturbação ansiosa / estado de ansiedade), ambas presentes em cerca de 15% dos utentes da amostra. De facto, o tabaco constitui um importante fator de risco para cancro oral, edentulismo, xerostomia, bruxismo e doença periodontal. [1,2,18,25,45] A ansiedade, por sua vez, está associada a alterações dos hábitos de higiene oral e a bruxismo (com conseqüente lesão do esmalte). [40,45] Além disso, grande parte das perturbações ansiosas são tratadas com recurso a antidepressivos [46], que, como já referido anteriormente, são fármacos causadores de xerostomia.

A rede de referenciação hospitalar de estomatologia preconiza que os utentes da ACESBM sejam referenciados para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC). [47] Em 2021, o serviço de estomatologia do CHUC teve um tempo mediano de espera para cirurgia de 8,4 meses e a maioria esperou mais do que o tempo máximo de resposta garantido. O tempo médio de espera para primeira consulta externa foi de 66,1 dias. No primeiro e segundo semestres desse ano, em Portugal, a mediana do tempo de espera para primeiras consultas de especialidade hospitalar foi de 54 dias e 67 dias, respetivamente. A mediana do tempo de espera para cirurgia de especialidade foi de 43,7 dias e 54,4 dias, respetivamente. [48] Logo, verificamos que os utentes do ACESBM, caso sejam referenciados pelo seu médico de família para a especialidade de estomatologia, têm de esperar tempos semelhantes aos que se verificam para a generalidade das especialidades hospitalares. A ser um fator que influencie a procura da MGF no âmbito da saúde dentária, é-o na mesma medida em que o é para os problemas de saúde relativos às outras especialidades hospitalares.

Pontos fortes do estudo incluem a dimensão da amostra e as fontes dos dados. Ao incluirmos a totalidade dos utentes que recorreu à MGF com PD em 2021, reduzimos o risco de viés de seleção e aumentamos o nível de representatividade amostral. Contudo, como temos dados apenas de uma região do país, os resultados encontrados podem refletir apenas a realidade local e não necessariamente a realidade nacional. Como outros pontos fracos, realçamos o facto de os dados obtidos dependerem dos codificadores e o facto de a idade utilizada ter sido a idade a 31/12/2021 (pode não corresponder à idade em que se pediram os CD). Além disso, as patologias mais frequentes tendem a ser mais codificadas por si só. Isso significa que comorbilidades mais comuns são naturalmente mais prevalentes na amostra, quer estejam ou não associadas a problemas de saúde oral.

Pode o presente estudo servir de base para aumentar a vigilância e educação orais de grupos de risco menos presentes na amostra, nomeadamente os idosos, abrindo a hipótese de subdiagnóstico, a qual deve ser devidamente explorada. Importa clarificar os motivos pelos quais a população de Condeixa-a-Nova recorre mais à MGF com PD

comparativamente com os restantes municípios. Um dos motivos poderá estar relacionado com a ausência de hospital próximo, embora essa questão também se verifique para outros municípios. Fica por esclarecer se as pessoas em maior risco de PD recorrem mais ao médico de família, já que nem todos os principais fatores de risco se destacaram nesta amostra. Assim sendo, há interesse em investigações futuras para determinar se existe associação estatisticamente significativa entre as comorbilidades mais codificadas e a procura da MGF em contexto de patologia dentária. Também tem interesse a realização de questionários com vista a caracterizar os motivos que levam os utentes com esses problemas a ir ou a não ir ao centro de saúde. Um estudo observacional analítico (por exemplo, estudo caso-controlo) poderia ser benéfico na abordagem destas questões, idealmente com recurso a uma amostra mais alargada ou com diferente localização geográfica.

CONCLUSÃO

Em suma, a unidade funcional com mais utentes na amostra foi a UCSP Fernão de Magalhães, o que poderá estar relacionado com a pobreza e problemas sociais da respetiva área de influência, e o município com maior proporção populacional envolvida foi Condeixa-a-Nova, o que poderá ter a ver com a distância a que a localidade se encontra do hospital mais próximo. Concluimos também que as mulheres com problemas dentários recorrem mais às consultas de medicina geral e familiar do que os homens. Em termos de idade, os adultos constituem a faixa etária que mais vai ao médico de família com estes problemas e os idosos a que menos vai. Sendo os idosos um grupo de risco para patologia oral, medidas para tentar modificar este cenário devem ser equacionadas. As crianças, por sua vez, correspondem à faixa etária que utiliza mais cheques-dentista. No geral, há ainda uma quantidade considerável de cheques-dentista submetidos que ficam por utilizar. Quanto à multimorbilidade, os grupos L (sistema musculoesquelético), T (endócrino, metabólico e nutricional) e P (psicológico) foram os grupos ICPC-2 mais codificados e as comorbilidades específicas mais frequentes foram T93 (alteração do metabolismo dos lípidos), P76 (perturbação depressiva), T83 (excesso de peso), K86 (hipertensão arterial sem complicações), T82 (obesidade), P74 (distúrbio ansioso/estado de ansiedade) e P17 (abuso do tabaco). Por fim, mais estudos são necessários para clarificar os fatores que influenciam a procura de cuidados de saúde primários neste contexto.

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação médica em geral e para a concretização deste trabalho em particular. Agradeço especialmente ao meu orientador, Dr. Miguel Santos Pereira, e co-orientador, Professor Doutor Luiz Miguel Santiago, por toda a disponibilidade e orientação científico-humanística. Quero também expressar a minha especial gratidão para com a ARS Centro, a qual me forneceu todos os dados de que necessitei, particularmente à Dra. Maria Conceição Loureiro Faria Saraiva, que mediou esse processo e me esclareceu todas as dúvidas e questões colocadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva; 2022.
2. Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. Dental Problems in Primary Care. *Am Fam Physician*. 1 de dezembro de 2018;98(11):654–60.
3. Azul A, do Céu A, Sousa Ferreira C, Jordão M. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2021.
4. Gill SA, Quinonez RB, Deutchman M, Conklin CE, Rizzolo D, Rabago D, et al. Integrating Oral Health into Health Professions School Curricula. *Med Educ Online*. 31 de dezembro de 2022;27(1).
5. Almeida R, Pinho M, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1 de maio de 2006;22:379–90.
6. Fiorillo L. Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina (B Aires)*. 7 de outubro de 2019;55(10):676.
7. Jajoo NS, Shelke AU, Bajaj RS, Patil PP, Patil MA. Association of periodontitis with pre term low birth weight – A review. *Placenta*. Junho de 2020;95:62–8.
8. Kimble R, McLellan G, Lennon LT, Papacosta AO, Weyant RJ, Kapila Y, et al. Association between oral health markers and decline in muscle strength and physical performance in later life: longitudinal analyses of two prospective cohorts from the UK and the USA. *Lancet Healthy Longev*. Novembro de 2022;3(11):e777–88.
9. Bramantoro T, Hariyani N, Setyowati D, Purwanto B, Zulfiana AA, Irmalia WR. The impact of oral health on physical fitness: A systematic review. *Heliyon*. Abril de 2020;6(4):e03774.
10. Kelsey JL, Lamster IB. Influence of Musculoskeletal Conditions on Oral Health Among Older Adults. *Am J Public Health*. Julho de 2008;98(7):1177–83.
11. Song T, Kim J, Kim J. Oral health and changes in lipid profile: A nationwide cohort study. *J Clin Periodontol*. 4 de dezembro de 2020;47(12):1437–45.
12. Kim CM, Lee S, Hwang W, Son E, Kim TW, Kim K, et al. Obesity and periodontitis: A systematic review and updated meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 24 de outubro de 2022;13.
13. Rosten A, Newton T. The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature. *Br Dent J*. 3 de outubro de 2017;223(7):533–9.
14. Manohar N, Hayen A, Fahey P, Arora A. Obesity and dental caries in early childhood: A systematic review and meta-analyses. *Obesity Reviews*. 13 de março de 2020;21(3).
15. Silva C, Andrade D, Leache E. Alterações dentárias de cor em odontopediatria.

- Maxillaris. Março de 2011;41–52.
16. Gonçalves J de L, Duarte ACA, Almeida-Junior LA, de Carvalho FK, de Queiroz AM, Arnez MFM, et al. Enamel biomineralization under the effects of indomethacin and celecoxib non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Sci Rep*. 22 de setembro de 2022;12(1):15823.
 17. Critchlow D. Part 3: Impact of systemic conditions and medications on oral health. *Br J Community Nurs*. 2 de abril de 2017;22(4):181–90.
 18. Kapourani A, Kontogiannopoulos KN, Manioudaki AE, Pouloupoulos AK, Tsalikis L, Assimopoulou AN, et al. A Review on Xerostomia and Its Various Management Strategies: The Role of Advanced Polymeric Materials in the Treatment Approaches. *Polymers (Basel)*. 22 de fevereiro de 2022;14(5):850.
 19. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice / Family Medicine. *World Organization of Family Doctors Europe*; 2011.
 20. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro da Saúde Oral 2022*. 2022.
 21. Ordem dos Médicos Dentistas. *Barómetro da Saúde Oral 2021*. 2021.
 22. Santos M. *Saúde Oral em Pediatria e Medicina Geral Familiar*. Universidade do Porto; 2019.
 23. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Administração Central do Sistema de Saúde. *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, Segunda Edição, ICPC-2E V4.4 PT*. 2016.
 24. World Organization of Family Doctors. *International Classification of Primary Care - 3rd Revision*. [Citado 12 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://www.icpc-3.info/>
 25. Miler AMQP. *Saúde oral em idosos nos cuidados de saúde primários*. Universidade de Coimbra; 2020.
 26. Serviço Nacional de Saúde. *Benefícios Adicionais de Saúde*. 2022 [Citado 2 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/16/beneficios-adicionais-de-saude/>
 27. Médicos UCSP Penacova. Facebook. 2021 [Citado 17 de janeiro de 2023]. Disponível em:
https://m.facebook.com/municipiodepenacova/photos/a.1664561460445946/3045221625713249/?_se_imp=2iAsShLoHIYPKNkC5
 28. *Revista da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos*. *Visitas a Unidades de Saúde*. 15. Junho de 2022;10–3.
 29. Universidade de Coimbra, Câmara Municipal de Coimbra. *Perfil Municipal de Saúde de Coimbra 2020, Estratégia Municipal de Saúde Coimbra 2021-2025 - Volume I*. Coimbra; dezembro de 2020.

30. Centro de Respostas Integradas de Coimbra. Diagnóstico do Território da Cidade de Coimbra. Coimbra; julho de 2020
31. Monteiro C. Acesso a cuidados de saúde oral. Universidade de Lisboa; 2018.
32. Jornal Médico. Cheque-dentista usado por apenas 3,5% dos idosos beneficiários. 21 de agosto de 2018.
33. Lukez A, Pavlic A, Trinajstic Zrinski M, Spalj S. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. *J Oral Rehabil.* Abril de 2015;42(4):275–81.
34. Zaugg F, Molinero-Mourelle P, Abou-Ayash S, Schimmel M, Brägger U, Wittneben J. The influence of age and gender on perception of orofacial esthetics among laypersons in Switzerland. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* 24 de setembro de 2022;34(6):959–68.
35. Calado R, Ferreira C, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa; novembro de 2015.
36. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas.* Brussels; 2021.
37. Silva E, Santos ARS. Indicador 380: descubra onde estão os teus utentes com DPOC. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 31 de agosto de 2022;38(4):412–6.
38. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho Â. The Epidemiology of Dementia and Alzheimer Disease in Portugal: Estimations of Prevalence and Treatment-Costs. *Acta Med Port.* 2015;28(2):182–8.
39. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port.* 2005;18:459–66.
40. Anttila S, Knuuttila M, Ylostalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. *Eur J Oral Sci.* abril de 2006;114(2):109–14.
41. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Gonçalves SC, Nunes B, Dias C. Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Med Port.* 1 de fevereiro de 2019;32(1):30–7.
42. Hatta K, Ikebe K. Association between oral health and sarcopenia: A literature review. *J Prosthodont Res.* 2021;65(2):131–6.
43. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário Estatístico de Portugal - 2021.* Lisboa; 2022.
44. Rito A, Mendes S, Baleia J, Gregório MJ. Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2019. Outubro de 2021.
45. Kuhn M, Türp JC. Risk factors for bruxism. *Swiss Dent J.* 12 de fevereiro de 2018;128(2):118–24.
46. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 30 de junho de 2017;19(2):93–107.

47. Malheiro R, Maia G, Moreira C, Tavares F, Machado A, Carvalho F, et al. Rede de Referência Hospitalar de Estomatologia. 2016.
48. Entidade Reguladora de Saúde. Informação de Monitorização sobre Tempos de Espera no SNS no Ano de 2021. Dezembro de 2021.

ANEXO I – FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS DA VARIÁVEL “IDADE”

Idade (anos)	n	%
<1	3	0,1
1	35	0,7
2	34	0,6
3	44	0,8
4	76	1,4
5	139	2,6
6	141	2,6
7	124	2,3
8	106	2,0
9	96	1,8
10	133	2,5
11	62	1,2
12	54	1,0
13	57	1,1
14	64	1,2
15	51	1,0
16	67	1,3
17	52	1,0
18	72	1,3
19	56	1,0
20	65	1,2
21	48	0,9
22	61	1,1
23	54	1,0
24	68	1,3
25	59	1,1
26	71	1,3
27	66	1,2
28	65	1,2
29	55	1,0
30	63	1,2
31	62	1,2
32	51	1,0
33	57	1,1
34	52	1,0
35	54	1,0
36	47	0,9
37	47	0,9
38	56	1,0
39	54	1,0
40	56	1,0
41	61	1,1
42	75	1,4
43	61	1,1
44	53	1,0
45	70	1,3
46	74	1,4
47	66	1,2
48	63	1,2
49	65	1,2
50	59	1,1
51	78	1,5
52	61	1,1
53	86	1,6
54	74	1,4

55	67	1,3
56	77	1,4
57	60	1,1
58	57	1,1
59	69	1,3
60	67	1,3
61	74	1,4
62	48	0,9
63	90	1,7
64	58	1,1
65	71	1,3
66	81	1,5
67	63	1,2
68	53	1,0
69	50	0,9
70	63	1,2
71	44	0,8
72	54	1,0
73	60	1,1
74	47	0,9
75	44	0,8
76	48	0,9
77	48	0,9
78	27	0,5
79	37	0,7
80	34	0,6
81	25	0,5
82	22	0,4
83	27	0,5
84	24	0,4
85	29	0,5
86	18	0,3
87	20	0,4
88	15	0,3
89	8	0,1
90	11	0,2
91	7	0,1
92	7	0,1
93	2	0,0
94	1	0,0
95	3	0,1
96	1	0,0
98	1	0,0
Total	5335	100

ANEXO II – CARACTERIZAÇÃO DA EMISSÃO, FATURAÇÃO E NÃO UTILIZAÇÃO DE CD

	Quantidade					Média	Mediana
	0	1	2	3	4		
CD submetidos							
<u>Por sexo</u>							
Sexo Masculino	2061 (90,4%)	152 (6,7%)	52 (2,3%)	13 (0,6%)	1 (0,0%)	0,13	0
Sexo Feminino	2801 (91,7%)	146 (4,8%)	63 (2,1%)	45 (1,5%)	1 (0,0%)	0,13	0
<u>Por idade</u>							
<1 ano	3 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
1 ano	35 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
2 anos	33 (97,1%)	1 (2,9%)	-	-	-	0,03	0
3 anos	31 (70,5%)	13 (29,5%)	-	-	-	0,30	0
4 anos	43 (56,6%)	32 (42,1%)	1 (1,3%)	-	-	0,45	0
5 anos	89 (64,0%)	50 (36,0%)	-	-	-	0,36	0
6 anos	79 (56,0%)	61 (43,3%)	1 (0,7%)	-	-	0,45	0
7 anos	86 (69,4%)	38 (30,6%)	-	-	-	0,31	0
8 anos	50 (47,2%)	15 (14,2%)	41 (38,7%)	-	-	0,92	1
9 anos	69 (71,9%)	12 (12,5%)	15 (15,6%)	-	-	0,44	0
10 anos	111 (83,5%)	21 (15,8%)	1 (0,8%)	-	-	0,17	0
11 anos	28 (45,2%)	8 (12,9%)	26 (41,9%)	-	-	0,97	1
12 anos	42 (77,8%)	5 (9,3%)	6 (11,1%)	1 (1,9%)	-	0,37	0
13 anos	47 (82,5%)	10 (17,5%)	-	-	-	0,18	0
14 anos	33 (51,6%)	2 (3,1%)	2 (3,1%)	26 (40,6%)	1 (1,6%)	1,38	0

15 anos	40 (78,4%)	5 (9,8%)	-	5 (9,8%)	1 (2,0%)	0,47	0
16 anos	60 (89,6%)	4 (6,0%)	-	3 (4,5%)	-	0,19	0
17 anos	51 (98,1%)	-	-	1 (1,9%)	-	0,06	0
18 anos	66 (91,7%)	6 (8,3%)	-	-	-	0,08	0
Adultos	2842 (98,7%)	10 (0,3%)	6 (0,2%)	22 (0,8%)	-	0,03	0
Idosos	1024 (98,0%)	5 (0,5%)	16 (1,5%)	-	-	0,04	0
<u>Total</u>	4862 (91,1%)	298 (5,6%)	115 (2,2%)	58 (1,1%)	2 (0,0%)	0,13	0
CD faturados							
<u>Por sexo</u>							
Sexo Masculino	2118 (92,9%)	115 (5,0%)	38 (1,7%)	7 (0,3%)	1 (0,0%)	0,09	0
Sexo Feminino	2866 (93,8%)	115 (3,8%)	44 (1,4%)	30 (1,0%)	1 (0,0%)	0,09	0
<u>Por idade</u>							
<1 ano	3 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
1 ano	35 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
2 anos	33 (97,1%)	1 (2,9%)	-	-	-	0,03	0
3 anos	35 (79,5%)	9 (20,5%)	-	-	-	0,20	0
4 anos	52 (68,4%)	23 (30,3%)	1 (1,3%)	-	-	0,33	0
5 anos	106 (76,3%)	33 (23,7%)	-	-	-	0,24	0
6 anos	94 (66,7%)	46 (32,6%)	1 (0,7%)	-	-	0,34	0
7 anos	91 (73,4%)	33 (26,6%)	-	-	-	0,27	0
8 anos	66 (62,3%)	17 (16,0%)	23 (21,7%)	-	-	0,59	0
9 anos	74 (77,1%)	11 (11,5%)	11 (11,5%)	-	-	0,34	0
10 anos	118 (88,7%)	14 (10,5%)	1 (0,8%)	-	-	0,12	0
11 anos	33 (53,2%)	9 (14,5%)	20 (32,3%)	-	-	0,79	0

12 anos	42 (77,8%)	5 (9,3%)	6 (11,1%)	1 (1,9%)	-	0,37	0
13 anos	48 (84,2%)	9 (15,8%)	-	-	-	0,16	0
14 anos	45 (70,3%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)	15 (23,4%)	1 (1,6%)	0,84	0
15 anos	42 (82,4%)	4 (7,8%)	1 (2,0%)	3 (5,9%)	1 (2,0%)	0,37	0
16 anos	62 (92,5%)	3 (4,5%)	-	2 (3,0%)	-	0,13	0
17 anos	51 (98,1%)	-	-	1 (1,9%)	-	0,06	0
18 anos	67 (93,1%)	5 (6,9%)	-	-	-	0,07	0
Adultos	2856 (99,2%)	5 (0,2%)	4 (0,1%)	15 (0,5%)	-	0,02	0
Idosos	1031 (98,7%)	2 (0,2%)	12 (1,1%)	-	-	0,02	0
<u>Total</u>	4984 (93,4%)	230 (4,3%)	82 (1,5%)	37 (0,7%)	2 (0,0%)	0,09	0
CD não utilizados							
<u>Por sexo</u>							
Sexo Masculino	2214 (97,1%)	51 (2,2%)	10 (0,4%)	4 (0,2%)	-	0,04	0
Sexo Feminino	2986 (97,7%)	41 (1,3%)	14 (0,5%)	15 (0,5%)	-	0,04	0
<u>Por idade</u>							
<1 ano	3 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
1 ano	35 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
2 anos	34 (100%)	-	-	-	-	0,00	0
3 anos	40 (90,9%)	4 (9,1%)	-	-	-	0,09	0
4 anos	67 (88,2%)	9 (11,8%)	-	-	-	0,12	0
5 anos	122 (87,8%)	17 (12,2%)	-	-	-	0,12	0
6 anos	126 (89,4%)	15 (10,6%)	-	-	-	0,11	0
7 anos	119 (96,0%)	5 (4,0%)	-	-	-	0,04	0
8 anos	83 (78,3%)	12 (11,3%)	11 (10,4%)	-	-	0,32	0

9 anos	89 (92,7%)	5 (5,2%)	2 (2,1%)	-	-	0,09	0
10 anos	126 (94,7%)	7 (5,3%)	-	-	-	0,05	0
11 anos	55 (88,7%)	3 (4,8%)	4 (6,5%)	-	-	0,18	0
12 anos	54 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
13 anos	56 (98,2%)	1 (1,8%)	-	-	-	0,02	0
14 anos	51 (79,7%)	2 (3,1%)	1 (1,6%)	10 (15,6%)	-	0,53	0
15 anos	48 (94,1%)	2 (3,9%)	-	1 (2,0%)	-	0,09	0
16 anos	65 (97,0%)	1 (1,5%)	-	1 (1,5%)	-	0,06	0
17 anos	52 (100,0%)	-	-	-	-	0,00	0
18 anos	71 (98,6%)	1 (1,4%)	-	-	-	0,01	0
Adultos	2866 (99,5%)	5 (0,2%)	2 (0,1%)	7 (0,2%)	-	0,01	0
Idosos	1038 (99,3%)	3 (0,3%)	4 (0,4%)	-	-	0,01	0
<u>Total</u>	5200 (97,5%)	92 (1,7%)	24 (0,4%)	19 (0,4%)	-	0,04	0

ANEXO III – Distribuição das comorbilidades segundo o sistema ICPC-2

Códigos ICPC-2	Número de utentes n (%)	Proporção amostral %
Grupo A – Geral e Inespecífico		
A77 – Outras doenças virais não específicas	339 (13,54)	6,35
A85 – Efeitos secundários de um fármaco	195 (7,79)	3,66
A91 – Investigação com resultados anormais não específicos	217 (8,67)	4,07
A98 – Medicina preventiva / manutenção de saúde	484 (19,34)	9,07
Outros	1268 (50,66)	-
Total	2503 (100)	-
Grupo B – Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos		
B02 – Gânglio(s) linfático(s) aumentado(s) de volume/doloroso(s)	37 (7,51)	0,69
B80 – Anemia por défice de ferro	160 (32,45)	3,00
B82 – Outras anemias não especificadas	81 (16,43)	1,52
A90 – HIV / SIDA	23 (4,67)	0,43
Outros	192 (38,95)	-
Total	493 (100)	-
Grupo D – Aparelho digestivo		
D20 – Sinal / sintoma da boca / língua / lábios	91 (2,83)	1,71
D29 – Sinal / sintoma digestivo, outro	17 (0,53)	0,32
D77 – Neoplasia do aparelho digestivo, outra / não específica	11 (0,34)	0,21
D78 – Neoplasia do aparelho digestivo benigna / incerta	215 (6,70)	4,03
D80 – Lesão traumática, outra	10 (0,31)	0,19
D83 – Doença da boca / língua / lábios	113 (3,52)	2,12
D87 – Alteração funcional do estômago	369 (11,48)	6,92
Outros	2387 (74,29)	-
Total	3213 (100)	-
Grupo F – Olhos		
F70 – Conjuntivite infecciosa	85 (6,05)	1,59
F91 – Erro de refração	508 (36,18)	9,52
F92 – Catarata	208 (14,81)	3,90
F93 – Glaucoma	93 (6,62)	1,74
Outros	510 (36,32)	-
Total	1404 (100)	-
Grupo H – Ouvidos		
H70 – Otite externa	58 (7,82)	1,09
H71 – Otite média aguda / miringite	125 (16,85)	2,34
H82 – Síndrome vertiginosa	168 (22,64)	3,15
H86 – Surdez	54 (7,28)	1,01
Outros	337 (45,42)	-
Total	742 (100)	-
Grupo K – Aparelho circulatório		
K70 – Doença infecciosa do aparelho circulatório	7 (0,19)	0,13
K74 – Doença cardíaca isquémica com angina	63 (1,67)	1,18
K75 – Enfarte agudo do miocárdio	33 (0,87)	0,62
K76 – Doença cardíaca isquémica sem angina	72 (1,90)	1,35

K77 – Insuficiência cardíaca	144 (3,81)	2,70
K85 – Tensão arterial elevada	139 (3,68)	2,60
K86 – Hipertensão arterial sem complicações	972 (25,70)	18,22
K87 – Hipertensão arterial com complicações	233 (6,16)	4,37
K89 – Isquemia cerebral transitória	24 (0,63)	0,45
K90 – Trombose / acidente vascular cerebral	66 (1,75)	1,24
K91 – Doença vascular cerebral	62 (1,64)	1,16
K92 – Aterosclerose / doença vascular periférica	88 (2,33)	1,65
Outros	1879 (49,68)	-
Total	3782 (100)	-
Grupo L – Sistema musculoesquelético		
L86 – Síndrome da coluna com irradiação de dores	794 (13,50)	14,89
L87 – Bursite / tendinite / sinovite não específicas	531 (9,03)	9,95
L88 – Artrite reumatoide / seropositiva	30 (0,51)	0,56
L95 – Osteoporose	178 (3,03)	3,34
Outros	4348 (73,93)	-
Total	5881 (100)	-
Grupo N – Sistema nervoso		
N01 – Cefaleia	167 (16,72)	3,13
N17 – Vertigens / tonturas	129 (12,91)	2,42
N87 – Parkinsonismo	14 (1,40)	0,26
N88 – Epilepsia	63 (6,31)	1,18
N89 – Enxaqueca	170 (17,02)	3,19
N93 – Síndrome do canal cárpico	121 (12,11)	2,27
Outros	335 (33,53)	-
Total	999 (100)	-
Grupo P – Psicológico		
P15 – Abuso crônico do álcool	120 (2,60)	0,22
P17 – Abuso do tabaco	806 (17,48)	15,11
P19 – Abuso de drogas	55 (1,19)	1,03
P70 – Demência	31 (0,67)	0,58
P74 – Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	816 (17,69)	15,30
P76 – Perturbação depressiva	1083 (23,48)	20,30
P86 – Anorexia nervosa / bulimia	13 (0,28)	0,24
Outros	1688 (36,60)	-
Total	4612 (100)	-
Grupo R – Aparelho respiratório		
R76 – Amigdalite aguda	203 (6,67)	3,81
R81 – Pneumonia	53 (1,74)	0,99
R83 – Infecção respiratória, outra	66 (2,17)	1,24
R95 – DPOC	87 (2,86)	1,63
R97 – Rinite alérgica	416 (13,67)	7,80
Outros	2219 (72,90)	-
Total	3044 (100)	-
Grupo S – Pele		
S74 – Dermatofitose	283 (11,00)	5,30
S82 – Nevo / sinal da pele	179 (6,96)	3,36
S87 – Dermatite / eczema atópico	215 (8,36)	4,03
S99 – Doença da pele, outra	171 (6,65)	3,21
Outros	1724 (67,03)	-
Total	2572 (100)	-

Grupo T – Endócrino, metabólico e nutricional		
T82 – Obesidade	907 (18,24)	17,00
T83 – Excesso de peso	1071 (21,54)	20,07
T89 – Diabetes mellitus insulino dependente	32 (0,64)	0,60
T90 – Diabetes mellitus não insulino dependente	475 (9,55)	8,90
T93 – Alteração do metabolismo dos lípidos	1530 (30,77)	28,68
Outros	958 (19,26)	-
Total	4973 (100)	-
Grupo U – Aparelho urinário		
U04 – Incontinência urinária	149 (14,35)	2,79
U71 – Cistite / outra infecção urinária	160 (15,41)	3,00
U95 – Cálculo urinário	249 (23,99)	4,67
U99 – Doença urinária, outra	179 (17,24)	3,36
Outros	301 (29,00)	-
Total	1038 (100)	-
Grupo W – Gravidez e planeamento familiar		
W11 – Contraceção oral	599 (47,69)	11,23
W78 – Gravidez	46 (3,66)	0,86
W82 – Aborto espontâneo	7 (0,56)	0,13
W83 – Aborto provocado	6 (0,48)	0,11
W85 – Diabetes gestacional	11 (0,88)	0,21
W92 – Parto com complicações de nado vivo	2 (0,16)	0,04
W93 – Parto com complicações de nado morto	0 (0,00)	0,00
Outros	585 (46,58)	-
Total	1256 (100)	-
Grupo X – Aparelho genital feminino (incluindo mama)		
X78 – Fibromioma uterino	213 (13,48)	3,99
X79 – Neoplasia benigna da mama feminina	145 (9,18)	2,72
X88 – Doença fibroquística da mama	120 (7,59)	2,25
X99 – Doença genital feminino, outra	179 (11,33)	3,36
Outros	923 (58,42)	-
Total	1580 (100)	-
Grupo Y – Aparelho genital masculino		
Y07 – Impotência não específica	33 (5,69)	0,62
Y77 – Neoplasia maligna da próstata	42 (7,24)	0,79
Y81 – Fimose / prepúcio redundante	112 (19,31)	2,10
Y85 – Hipertrofia prostática benigna	211 (36,38)	3,96
Outros	182 (31,38)	-
Total	580 (100)	-
Grupo Z – Problemas sociais		
Z01 – Pobreza / problema económico	48 (7,91)	0,90
Z06 – Problema de desemprego	14 (2,31)	0,26
Z09 – Problema legal	48 (7,91)	0,90
Z22 – Problema por doença de família	85 (14,00)	1,59
Outros	412 (67,87)	-
Total	607 (100)	-
Total	39279	-