



Caracterização dos utentes que recorrem ao médico de família com problemas dentários e seus registos de saúde nos cuidados de saúde primários

André Carlos Coelho,¹ Miguel Santos Pereira,² Luiz Miguel Santiago³

RESUMO

Introdução: Os problemas dentários são muito prevalentes e associam-se a comorbilidades comuns. Isso é particularmente importante na medicina geral e familiar, que aborda todo o tipo de doentes e constitui frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde.

Objetivos: Caracterizar a população que recorre a unidades de cuidados de saúde primários com problemas dentários, assim como o registo e classificação clínicos associados.

Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal dos utentes do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego com classificação ICPC-2 de problemas dentários ativos a 31/dezembro/2021. Esses utentes foram analisados segundo características sociodemográficas, tipo de unidade de saúde de inscrição, utilização de cheque-dentista e comorbilidades.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 5.335 utentes, 70,0% inscritos em USF, 29,5% em UCSP e 0,5% não inscritos. Foi observada uma maior prevalência de problemas dentários em Condeixa-a-Nova (2,1%). A maioria dos utentes era do sexo feminino (57,3%) e maioritariamente adultos (54,0%). Em número absoluto, a mulher teve maior número de cheques-dentista emitidos e não utilizados e, em termos relativos, o homem foi menos utilizador do cheque-dentista. Foram os jovens quem mais cheques-dentista recebeu. O capítulo ICPC-2 mais associado à patologia dentária foi o músculo-esquelético, seguindo-se o endócrino, metabólico e nutricional. As comorbilidades mais frequentes foram alteração do metabolismo dos lípidos, perturbação depressiva e excesso de peso. As diferenças geográficas na classificação de problemas dentários podem dever-se a problemas sociais e à diferente atuação das equipas médicas. A maior frequência no sexo feminino pode traduzir maior preocupação das mulheres com a saúde oral. A baixa prevalência em idosos, grupo de risco possivelmente subdiagnosticado, impõe a necessidade de medidas corretivas.

Conclusões: A patologia dentária no âmbito dos cuidados de saúde primários na região do Baixo Mondego carece de atenção, nomeadamente na sua classificação como problema de saúde.

Palavras-chave: Doenças estomatognáticas; Medicina de família e comunidade; Codificação clínica.

INTRODUÇÃO

Os problemas dentários (PD) são muito frequentes. Estima-se que as doenças orais afetem 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo, constituindo o grupo de doenças mais prevalentes.¹ Os PD mais comuns são a cárie, doença periodontal, abscesso e trauma.¹⁻³

A saúde oral deve fazer parte da abordagem holística dos doentes segundo os conhecimentos atuais.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 à diabetes *mellitus*, mas também a doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratórias e autoimunes, demência, complicações obstétricas, dislipidemia, obesidade e alterações músculo-esqueléticas.^{1,5-12} A cárie dentária associa-se a declínio cognitivo, pneumonia, bulimia nervosa, excesso de peso/obesidade e alterações músculo-esqueléticas.^{1,2,10,13-14} Há ainda que referir que alguns medicamentos podem causar complicações orofaciais, nomeadamente xerostomia, hiperplasia gengival, osteonecrose da mandíbula e defeitos do esmalte.¹⁵⁻¹⁸ A xerostomia aumenta o risco de outros problemas orais, como as cáries.¹⁷ Já que os idosos têm menos produção de saliva e estão mais medicados com fármacos associados a complicações orofaciais têm maior risco.²

Segundo a *World Organization of Family Doctors Europe* (WONCA), a medicina geral e familiar (MGF) constitui geralmente o primeiro contacto com o sistema de saúde, abrangendo indivíduos com todo o tipo 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.²⁰⁻²¹ Em contexto de MGF, as queixas orais mais frequentes são dor dentária, halitose, 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). Os códigos que incluem patologia dentária são D19 (sintoma/queixa dos dentes/gengivas), D29 (outro sintoma/queixa digestiva, 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 ter sido desenvolvida a terceira edição, essa ainda não é utilizada em Portugal.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 e utentes de unidades de saúde que dispõem de higienista oral e/ou estomatologista/médico dentista.³ Trata-se de um programa que visa prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a patologia do foro oral (nomeadamente cáries e cancro oral), articulando vários profissionais e diferentes programas de saúde. Engloba, para além de tratamentos dentários, a colocação de selantes de fissuras nas crianças, o encaminhamento adequado após diagnóstico de cancro oral e ajuda financeira para reabilitação protética em grupos carenciados.

Em Portugal, a média de dentes definitivos cariados, perdidos e obturados devido a cárie dentária aos doze anos é de 1,18%, encontrando-se dentro dos objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2020 (<1,5%). Já a percentagem de crianças com seis anos livres de cáries ronda os 50%, ficando aquém do objetivo estabelecido pela OMS (>80%).³ A doença periodontal grave encontra-se em valores próximos aos verificados no resto do mundo (10,6-19,6%).¹ Contudo, a percentagem de portugueses com mais de 60 anos com edentulismo total, onde a cárie e a doença periodontal desempenham um papel importante,²⁵ encontra-se entre 26,2% e 4,1%, ao passo que a média mundial se fixa em cerca de 7%.¹ 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 € 250,00 em três anos para a aquisição de próteses dentárias removíveis.²⁶

O último estudo nacional de prevalência de doenças orais feito pela Direção-Geral da Saúde data de 2015 e compila dados de 2013 e 2014. Uma vez que a OMS recomenda que esses estudos sejam realizados a cada cinco ou seis anos,³ esse pode considerar-se desatualizado. Os dados mais recentes disponíveis remetem para o projeto Barómetro da Saúde Oral e para o projeto *Global Burden of Disease* (2019).

Uma vez que não foram encontrados estudos em Portugal, este trabalho teve por objetivo caracterizar a população com PD em cuidados de saúde primários no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego.

1. Médico Interno de Medicina Interna. ULS Coimbra. Coimbra, Portugal.

2. Médico Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Mondego, ULS Coimbra. Coimbra, Portugal.

3. MD, PhD. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal | Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.



MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal dos dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), referentes a 31/dezembro/2021, quanto à população em cujo processo clínico eletrónico se encontravam os códigos D19 e/ou D82 do ICPC-2 como problema ativo. Optou-se por excluir os códigos D19 (outro sintoma/queixa digestiva) e D80 (outra lesão do aparelho digestivo) porque, apesar de incluírem patologia dentária, a probabilidade de incluírem mais problemas do foro não dentário do que problemas do foro dentário seria elevada.

Os dados foram solicitados à ARSC via *e-mail*, que os forneceu de forma anonimizada em formato Excel, associando toda a restante informação requerida: patologias associadas, sexo, idade, 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), estado de beneficiário do CSI e quantidade de cheques-dentista (CD) emitidos e faturados. 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). Houve uma UCSP que transitou para USF no decorrer do ano de 2021.²⁷ Assim sendo, esses utentes foram estudados como sendo pertencentes a UCSP ou USF consoante tenham recorrido por problemas dentários antes ou depois da transição, respetivamente. Com os valores relativos à emissão e faturação de CD calculou-se a quantidade de CD não utilizados.

A análise estatística, a organização dos dados e a criação de tabelas foram realizadas com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), v. 28, e ao *Microsoft® Excel for Microsoft 365*, v. 2211. Em relação às variáveis nominais (unidade, tipo de unidade, município, sexo, CSI e morbilidades associadas) estudaram-se as frequências absolutas e relativas. Com recurso ao *website* PORDATA obteve-se o número de residentes de cada município em 2021 e as frequências relativas. A variável «morbilidades associadas» analisou-se como um todo e por capítulos ICPC-2. As variáveis quantitativas (idade, CD emitidos, CD faturados e CD não utilizados) foram estu-

dadas quanto à frequência absoluta e relativa e tendência central. Estudou-se ainda a dispersão e normalidade da variável «idade» com o teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra com nível de significância α de 0,01.

Este estudo seguiu os princípios éticos e normas legais, tendo sido previamente aprovado pela Comissão de Ética da ARSC. Todos os dados utilizados foram anonimizados.

RESULTADOS

Estudou-se uma população de $n=5335$ utentes com PD. A sua distribuição pelos vários centros de saúde encontra-se na Tabela 1.

Estavam inscritos em USF 3.733 (70,0%) utentes. Destes, 2.086 (55,9%) em USF modelo A (USF-A) e 1.647 (44,1%) em USF modelo B (USF-B). O número de utentes em UCSP foi de 1.573 (29,5%) e o de utentes sem médico de família (não inscritos em USF ou UCSP) foi de 29 (0,5%). A maioria dos municípios teve 1 a 2% da sua população abrangida. Condeixa-a-Nova foi o município com maior percentagem de habitantes envolvida (Tabela 2). Apesar de a maioria dos utentes da amostra estar inscrito numa USF-A, a unidade funcional do ACESBM que teve mais utentes com codificação PD em 2021 foi a UCSP Fernão de Magalhães. Coloca-se a hipótese de poder estar relacionada com o facto de a população abrangida por essa unidade funcional ser mais carenciada do ponto de vista socioeconómico,²⁸⁻³⁰ logo, com mais fatores de risco e menos recursos financeiros para consultas privadas de medicina dentária/estomatologia.

A maioria dos utentes da amostra residia em Coimbra (2.256 utentes, 1,60% da população residente em Coimbra), mas o município com maior percentagem de população residente na amostra foi Condeixa-a-Nova (350 utentes, 2,09% da população residente em Condeixa-a-Nova). Mortágua foi o município com menos utentes na amostra (120 utentes, 1,34% da população residente em Mortágua). Os municípios com menor percentagem de população residente na amostra foram Mealhada e Figueira da Foz (1,27% da população residente de cada um desses municípios).

Da população estudada, 57,3% eram mulheres e 42,7% eram homens. O número de grávidas presente na amostra foi de 46 (0,86%). Há mais mulheres do que



TABELA 1. Distribuição dos utentes por centro de saúde

Centro de saúde Unidades funcionais	n (%)
Figueira da Foz	745 (14,0)
UCSP Figueira da Foz Sul	147 (2,8)
USF São Julião da Figueira	147 (2,8)
USF Buarcos	138 (2,6)
UCSP Figueira da Foz Urbana	128 (2,4)
USF Nautilus	106 (2,0)
UCSP Figueira da Foz Norte	79 (1,5)
Fernão de Magalhães	520 (9,7)
UCSP Fernão de Magalhães	296 (5,5)
USF Coimbra Centro	224 (4,2)
Cantanhede	495 (9,3)
UCSP Cantanhede	164 (3,1)
USF Marquês de Marialva	140 (2,6)
USF Progresso e Saúde	96 (1,8)
USF Salusvida	50 (0,9)
USF as Gandras	45 (0,8)
Montemor-o-Velho	416 (7,8)
UCSP Montemor-o-Velho	279 (5,2)
USF Araceti	137 (2,6)
Norton de Matos	394 (7,4)
USF Pulsar	188 (3,5)
USF Norton de Matos	142 (2,7)
USF Briosa	64 (1,2)
São Martinho do Bispo	366 (6,9)
USF Mondego	224 (4,2)
USF Manuel Cunha	142 (2,7)
Santa Clara	365 (6,8)
USF Coimbra Sul	190 (3,6)
USF Rainha Santa Isabel	175 (3,3)
Condeixa	350 (6,6)
USF Fernando Namora	182 (3,4)
USF Condeixa	168 (3,1)
Soure	322 (6,0)
USF Vitasaurium	225 (4,2)
UCSP Soure	97 (1,8)
Celas	315 (5,9)
USF Cela Saúde	129 (2,4)
USF Cruz de Celas	100 (1,9)
USF Coimbra Celas	86 (1,6)

(continua)

TABELA 1. (continuação)

Centro de saúde Unidades funcionais	n (%)
Eiras	269 (5,0)
USF Topázio	169 (3,2)
USF Coimbra Norte	100 (1,9)
Mealhada	246 (4,6)
USF Mealhada	147 (2,8)
USF Caminhos de Cértoma	99 (1,9)
Penacova	195 (3,7)
UCSP/USF Penacova	195 (3,7)
Mira	188 (3,5)
UCSP Mira	188 (3,5)
Mortágua	120 (2,2)
UCSP Juiz de Fora	120 (2,2)
Utentes sem médico de família	29 (0,5)

homens a recorrer à consulta de MGF com PD. A distribuição da amostra por grupos etários encontra-se na Tabela 3. Esta variável teve uma média de 39,85 anos, uma mediana de 40 anos, uma moda de seis anos e não seguiu uma distribuição normal ($p < 0,01$). Os adultos constituem a faixa etária mais frequente, perfazendo 2.880 (54,0%) do total da amostra. A esta faixa etária seguem-se a idade pediátrica, com 1.410 (26,4%) indivíduos, e a idade idosa, com 1.045 (19,6%) indivíduos. Apenas 50 (0,9%) indivíduos eram beneficiários do CSI. Considerando apenas os idosos obteve-se um valor de 997 (95,4%) não beneficiários e 48 (4,6%) beneficiários. Há, portanto, dois beneficiários com menos de 65 anos, provavelmente por serem pensionistas por invalidez não beneficiários da prestação social para a inclusão, dado que esse grupo de cidadãos pode ter direito ao CSI sem idade mínima como critério.³¹

Do ponto de vista da submissão, faturação e utilização dos CD (Tabela 4) verificou-se que a maioria das pessoas não utilizou CD.

O número de jovens (indivíduos com idade igual ou inferior a 18 anos) que recebeu pelo menos um CD foi de 414 (29,4%), constituindo o grupo etário com o valor mais elevado. Nos outros grupos etários verifica-se

TABELA 2. Utentes por município e proporção populacional envolvida

Município	Número de utentes n (%)	População residente n	Proporção populacional %
Coimbra	2.256 (42,3)	140.816	1,60
Figueira-da-Foz	747 (14,0)	58.951	1,27
Cantanhede	495 (9,3)	34.212	1,45
Montemor-o-Velho	416 (7,8)	24.571	1,69
Condeixa-a-Nova	350 (6,6)	16.732	2,09
Soure	322 (6,0)	17.261	1,87
Mealhada	246 (4,6)	19.348	1,27
Penacova	195 (3,7)	13.113	1,49
Mira	188 (3,5)	12.113	1,55
Mortágua	120 (2,2)	8.963	1,34

TABELA 3. Distribuição das idades por faixa etária

Grupo etário (idades abrangidas)	N	%
Jovens (até 18 anos)	1.410	26,4
Adultos (19 a 64 anos)	2.880	54,0
Idosos (acima dos 65 anos)	1.045	19,6
Total	5.335	100

que 38 adultos (1,3%) e 21 idosos (2,0%) tiveram emissão de CD. Houve faturação de CD para 313 jovens (22,2%), 24 adultos (0,8%) e 14 idosos (1,3%). Não utilizaram todos os CD 114 jovens (8,1%), 14 adultos (0,5%) e sete idosos (0,7%).

A informação detalhada relativa às comorbilidades encontra-se na Tabela 5. O capítulo ICPC-2 com mais codificações foi o sistema músculo-esquelético, ao qual se seguiram, por ordem decrescente, T (endócrino, metabólico e nutricional), P (psicológico) e K (aparelho circulatório). O capítulo ICPC-2 com menos codificações foi o B (sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos). O código mais frequente foi o T93 (alteração do metabolismo dos lípidos) com 1.530 registos. Para além desse, os únicos códigos com mais de mil registos foram P76 (perturbação depressiva) e T83 (excesso de peso).

DISCUSSÃO

Em termos de CD constata-se que há menos homens a receber CD do que mulheres. Porém, por cada 100 homens que recorre ao médico por PD, cerca de dez recebe pelo menos um CD, enquanto que por cada 100 mulheres que o fazem, cerca de oito recebem um CD. A mesma tendência dissociativa entre valores absolutos e relativos 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 jovens, 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.³²⁻³³ Ademais, nas crianças, a idade é muitas vezes critério suficiente para emissão de CD, o que não se verifica nas restantes faixas etárias. Há também CD que são emitidos diretamente pela saúde pública e distribuídos pelas escolas, não carecendo da intervenção do médico de família. Esses factos podem ajudar a explicar esta distribuição etária. A faixa etária que utilizou maior percentagem dos CD submetidos foi a pediátrica, que faturou 73,3% dos CD submetidos. Os adultos constituíram aquela com menor percentagem dos CD submetidos utilizada (66,0%). Os idosos, por sua vez, utilizaram 70,3% dos CD submetidos.

Em 2021, em Portugal, as crianças que mais utilizaram o CD em consultas de medicina dentária tinham entre dez e doze anos.²¹ Já em 2022, foram as crianças entre os sete e os nove anos.²⁰ Tanto em 2021 como em 2022, as crianças com 16 anos ou mais foram as que o utilizaram menos.²⁰⁻²¹ Os resultados da presente investigação estão em conformidade com esses achados, na medida em que as únicas idades pediátricas com mais de 50% dos jovens com CD submetidos situam-se entre os oito e os onze anos. São também essas as idades pediátricas com maior percentagem de faturação de CD, juntamente com os jovens de quatro e seis anos. Os únicos jovens em que mais de 90% ficou sem CD submetidos e, conseqüentemente, sem CD faturados foram aqueles com dezassete, dezoito ou menos de três anos. Contudo, as únicas idades pediátricas em que a totalidade



TABELA 4. Caracterização da emissão, faturação e não utilização de CD

	Quantidade					Média	Mediana
	0	1	2	3	4		
CD submetidos							
<u>Por sexo</u>							
Masculino	2.061 (90,4%)	152 (6,7%)	52 (2,3%)	13 (0,6%)	1 (<0,1%)	0,13	0
Feminino	2.801 (91,7%)	146 (4,8%)	63 (2,1%)	45 (1,5%)	1 (<0,1%)	0,13	0
<u>Por idade</u>							
Jovens	996 (70,6%)	283 (20,1%)	93 (6,6%)	36 (2,6%)	2 (0,1%)	0,41	0
Adultos	2.842 (98,7%)	10 (0,3%)	6 (0,2%)	22 (0,8%)	–	0,03	0
Idosos	1.024 (98,0%)	5 (0,5%)	16 (1,5%)	–	–	0,04	0
Total	4.862 (91,1%)	298 (5,6%)	115 (2,2%)	58 (1,1%)	2 (<0,1%)	0,13	0
CD faturados							
<u>Por sexo</u>							
Masculino	2.118 (92,9%)	115 (5,0%)	38 (1,7%)	7 (0,3%)	1 (<0,1%)	0,09	0
Feminino	2.866 (93,8%)	115 (3,8%)	44 (1,4%)	30 (1,0%)	1 (<0,1%)	0,09	0
<u>Por idade</u>							
Jovens	1.097 (77,8%)	223 (15,8%)	66 (4,7%)	22 (1,6%)	2 (0,1%)	0,26	0
Adultos	2.856 (99,2%)	5 (0,2%)	4 (0,1%)	15 (0,5%)	–	0,02	0
Idosos	1.031 (98,7%)	2 (0,2%)	12 (1,1%)	–	–	0,02	0
Total	4.984 (93,4%)	230 (4,3%)	82 (1,5%)	37 (0,7%)	2 (<0,1%)	0,09	0
CD não utilizados							
<u>Por sexo</u>							
Masculino	2.214 (97,1%)	51 (2,2%)	10 (0,4%)	4 (0,2%)	–	0,04	0
Feminino	2.986 (97,7%)	41 (1,3%)	14 (0,5%)	15 (0,5%)	–	0,04	0
<u>Por idade</u>							
Jovens	1.296 (91,9%)	84 (6,0%)	18 (1,3%)	12 (0,9%)	–	0,11	0
Adultos	2.866 (99,5%)	5 (0,2%)	2 (0,1%)	7 (0,2%)	–	0,01	0
Idosos	1.038 (99,3%)	3 (0,3%)	4 (0,4%)	–	–	0,01	0
Total	5.200 (97,5%)	92 (1,7%)	24 (0,4%)	19 (0,4%)	–	0,04	0

dos CD submetidos foi utilizada foram os dois, doze e dezassete anos, sendo que os jovens com catorze anos foram os que mais deixaram CD por utilizar. Note-se que as crianças com idade inferior ou igual a um ano não tiveram direito a nenhum CD. É de realçar também que 89,6% dos jovens com dezasseis anos não teve direito a CD, mas que mais de 90% dos jovens dessa idade não teve faturações de CD registadas. O número de jovens com codificação A98 (medicina preventiva/manutenção de saúde) foi de 197 (13,97%), pelo que par-

te desses jovens poderá ter recebido os seus CD em consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil.

À exceção dos 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 a percentagem de pessoas a receber CD ser maior nos homens. Partindo do princípio de que há mais cuidado com a saúde oral por parte das mulheres, estas recorrerem mais facilmente aos cuidados de saúde, mas

TABELA 5. Distribuição das codificações por capítulos ICPC-2

Capítulos ICPC-2	n	%
A – Geral e inespecífico	2.503	6,37
B – Sangue, órgão hematopoiéticos e linfáticos	493	1,26
D – Aparelho digestivo	3.213	8,18
F – Olhos	1.404	3,57
H – Ouvidos	742	1,89
K – Aparelho circulatório	3.782	9,63
L – Sistema músculo-esquelético	5.881	14,97
N – Sistema nervoso	999	2,54
P – Psicológico	4.612	11,74
R – Respiratório	3.044	7,75
S – Pele	2.572	6,55
T – Endócrino, metabólico e nutricional	4.973	12,66
U – Aparelho urinário	1.038	2,64
W – Gravidez e planeamento familiar	1.256	3,20
X – Aparelho genital feminino (incluindo mama)	1.580	4,02
Y – Aparelho genital masculino	580	1,48
Z – Problemas sociais	607	1,55
Total	39.279	100

menos vezes terão PD que leve à emissão de CD. Além disso, as mulheres preocupam-se mais com a estética dentária.³⁴⁻³⁵ Os grupos etários em que se verifica menos escovagem dos dentes são os idosos e as crianças com menos de seis anos. O grupo com maior percentagem de escovagem bi-diária corresponde aos jovens de dezoito anos.³⁶ Aplicando um raciocínio semelhante, seria de esperar que os jovens de dezoito anos recorressem mais a consultas de MGF e recebessem menos CD e que nos idosos e jovens com menos de seis anos se verificasse o oposto. Por um lado, constata-se que as idades mais frequentes nas vindas ao médico de família correspondem aos cinco e seis anos. Por outro lado, os utentes com dezoito anos não são o grupo etário que recorre mais nem o grupo etário que recorre menos a consultas de MGF por PD e os idosos 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 seis ou menos anos e aquele com menor percentagem de utentes que tiveram emissão de CD foi o dos idosos. A percentagem de CD submetidos faturados diferiu. Os utentes com dezoito

anos utilizaram 83% dos CD submetidos, os com seis ou menos anos utilizaram 72% e os idosos utilizaram 70%. Ou seja, o grupo com melhores hábitos de higiene oral foi aquele que mais usufruiu dos CD emitidos.

Uma das patologias com mais associações com a doença periodontal é a diabetes *mellitus*.^{1,5-6} Sabe-se que 13,0% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos era diabética em 2021³⁷ e verifica-se que 11,9% dos utentes da amostra com essas idades eram diabéticos. A percentagem de pessoas na amostra com doença pulmonar obstrutiva crónica (3,1% dos utentes com 40 ou mais anos) e demência (2,2% dos utentes acima dos 60 anos) é inferior à da população portuguesa (14,2% das pessoas com 40 ou mais anos e 5,9% das pessoas acima dos 60 anos, respetivamente).³⁸⁻³⁹

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 e, de facto, a hipertensão arterial foi a comorbilidade mais codificada do capítulo K (aparelho circulatório). Contudo, o código que inclui a xerostomia (D20) teve apenas 91 registos, o que pode explicar-se pela desvalorização do sintoma⁴⁰ e/ou ausência de codificação e seu registo. Além disso, a codificação de outras entidades nosológicas em cujas terapêuticas costumam constar fármacos causadores de xerostomia não teve tanto destaque. Note-se que nem todos os doentes com perturbação depressiva e hipertensão arterial vão ser tratados com ou exclusivamente com antidepressivos ou anti-hipertensores, respetivamente, e que esses fármacos também são utilizados noutros contextos. As pessoas com depressão, por terem menos motivação e autocuidado no geral, têm piores hábitos de higiene oral,⁴¹ o que pode explicar a diferença entre a codificação da perturbação depressiva comparativamente com outras patologias tratadas com fármacos promotores de xerostomia.

Um outro aspeto relevante prende-se com a relação entre PD e patologia músculo-esquelética, pois o



capítulo ICPC-2 com mais codificações foi o L (sistema músculo-esquelético), o que pode estar relacionado com a associação entre PD e patologia músculo-esquelética ou simplesmente com o facto de os problemas desse foro constituírem um grupo de patologias frequentes *per se*.⁴² Há associação entre PD e pior *performance* física. Uma das explicações propostas remete para o facto desses PD prejudicarem a função mastigatória, com consequente défice nutricional.⁹ De facto, o segundo capítulo ICPC-2 mais codificado foi o grupo T (endócrino, metabólico e nutricional). A inflamação e a afeção da mastigação fazem parte das várias explicações propostas para a eventual associação entre sarcopenia e PD.⁴³ Sabe-se que doentes com artrose ou artrite reumatoide visitam menos o médico dentista, o que pode estar relacionado com a sua menor mobilidade, e têm mais dificuldade na higiene oral.¹⁰

A comorbilidade mais registada (dislipidemia) tem descrita associação com PD. Esse facto e a elevada prevalência dessa patologia na população⁴² tornam compreensível que assim seja. O excesso de peso foi mais codificado do que a obesidade (1.071 e 907 codificações, respetivamente), situação expectável tendo em conta que existem mais portugueses com excesso de peso do que com obesidade.⁴⁴ O facto de serem comorbilidades muito presentes na amostra corrobora a ideia de que estão relacionadas com PD. Ainda assim, 36,7% e 16,9% da população portuguesa maior de idade tem excesso de peso ou obesidade, respetivamente,⁴⁴ mas 25,6% e 21,1% da amostra com dezoito anos ou mais tem excesso de peso ou obesidade, respetivamente. Estima-se que 17,8% e 11,9% das crianças portuguesas entre os seis e os oito anos tenha excesso de peso e obesidade, respetivamente.⁴⁵ Na presente amostra, 3,0% dos jovens com essas idades tinha excesso de peso e 3,8% 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) em cerca de 15% dos utentes. O tabaco constitui um importante fator de risco para cancro oral, edentulismo, xerostomia, bruxismo e doença periodontal.^{1,2,18,25,46} A ansiedade associa-se a alterações na higiene oral e bruxismo.^{41,46} Além disso, as perturbações ansiosas são muitas vezes tratadas com antidepressivos,⁴⁷ causadores de xerostomia. Apesar do álcool e ou-

tras drogas serem fatores de risco para problemas dentários,^{1,48} contrariamente ao que seria esperado, os códigos P15 (abuso crónico do álcool) e P19 (abuso de drogas) estavam registados na lista de problemas de apenas 0,2% e 1,0% dos utentes da amostra, respetivamente.

A rede de referência hospitalar de estomatologia preconiza que os utentes da ACESBM sejam referenciados para o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC).⁴⁹ Em 2021, o tempo médio de espera para primeira consulta externa de estomatologia nessa instituição foi de 66,1 dias.⁵⁰ 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.⁵¹ Logo, os utentes do ACESBM têm de esperar tempos semelhantes aos que se verificam para a generalidade das especialidades hospitalares a nível nacional. A ser um fator que influencie a procura da MGF é-o na mesma medida em que o é para as outras especialidades hospitalares.

Pontos fortes do estudo incluem a grande dimensão da amostra e o facto dos dados terem sido fornecidos diretamente pela ARSC. Contudo, os resultados podem refletir apenas a realidade local. Como outros pontos fracos, realça-se a intervariabilidade dos codificadores, a idade utilizada ter sido a de 31/dezembro/2021 (pode não corresponder àquela em que se pediram os CD) e o facto das patologias mais frequentes serem mais codificadas por si só, estando ou não associadas a PD.

Pode o presente estudo servir de base para aumentar a vigilância de grupos de risco menos presentes na amostra, nomeadamente os idosos, abrindo a hipótese de subdiagnóstico, que deve ser devidamente explorada. Importa clarificar os motivos pelos quais a população de Condeixa-a-Nova recorre mais à MGF com PD. 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. Assim sendo, há interesse em investigações futuras para determinar se existe associação significativa entre as comorbilidades mais codificadas e a procura da MGF por PD. Também



tem interesse a realização de questionários com vista a caracterizar os motivos que levam os utentes com esses problemas a ir ou não ao centro de saúde. Um estudo observacional analítico pode ser benéfico na abordagem destas questões, idealmente com uma amostra maior ou 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 problemas socioeconómicos da área de influência. O município com maior proporção de população inscrita nos seus centros de saúde com PD foi Condeixa-a-Nova. Conclui-se que há mais registos de PD no sexo feminino e que, em termos de idade, os adultos constituem a faixa etária mais registada e os idosos a menos registada. Sendo os idosos um grupo de risco para patologia oral, devem ser equacionadas medidas para tentar modificar este cenário. Os jovens correspondem à faixa etária que utiliza mais cheques-dentista, o que poderá traduzir a eficácia do programa implementado ao nível da vigilância de saúde infantil e da saúde escolar. Verifica-se ainda que, no geral, 28% dos cheques-dentista submetidos ficaram por utilizar, sendo os adultos a faixa etária em que essa percentagem é maior e os jovens a faixa etária em que é menor. Quanto à multimorbilidade constata-se a associação dos PD com problemas de saúde frequentemente citados na literatura, reforçando a importância da existência da medicina dentária no âmbito dos cuidados de saúde primários, que ainda não está devidamente implementada. Por fim, mais estudos e intervenções são necessários para melhorar os aspetos de classificação que derivam da observação dos utentes e da atitude médica de estudar as pessoas como um todo.

AGRADECIMENTOS

Os autores expressam a sua especial gratidão para com a extinta ARS Centro, a qual forneceu todos os dados de que necessitaram para o desenvolvimento da investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [homepage]. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240061484>
- Stephens MB, Wiedemer JP, Kushner GM. Dental problems in primary care. *Am Fam Physician*. 2018;98(11):654-60.
- Azul A, Céu A, Ferreira CS, Jordão M. Programa nacional de promoção da saúde oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021. ISBN 9789726752974
- 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*. 2022;27(1):2090308.
- Almeida RF, Pinho MM, Lima C, Faria I, Santos P, Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistémicas [The association between periodontal disease and systemic diseases]. *Rev Port Clin Geral*. 2006;22(3):379-90.
- Fiorillo L. Oral health: the first step to well-being. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(10):676.
- Jajoo NS, Shelke AU, Bajaj RS, Patil PP, Patil MA. Association of periodontitis with pre term low birth weight: a review. *Placenta*. 2020;95:62-8.
- 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*. 2022;3(11):e777-88.
- Bramantoro T, Hariyani N, Setyowati D, Purwanto B, Zulfiana AA, Irmalia WR. The impact of oral health on physical fitness: a systematic review. *Heliyon*. 2020;6(4):e03774.
- Kelsey JL, Lamster IB. Influence of musculoskeletal conditions on oral health among older adults. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1177-83.
- Song TJ, Kim JW, Kim J. Oral health and changes in lipid profile: a nationwide cohort study. *J Clin Periodontol*. 2020;47(12):1437-45.
- 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)*. 2022;13:999455.
- Rosten A, Newton T. The impact of bulimia nervosa on oral health: a review of the literature. *Br Dent J*. 2017;223(7):533-9.
- Manohar N, Hayden A, Fahey P, Arora A. Obesity and dental caries in early childhood: a systematic review and meta-analyses. *Obes Rev*. 2020;21(3):e12960.
- Silva CC, Andrade D, Leache EB. Alterações dentárias de cor em odontopediatria. *Maxillaris*. 2011;(33):41-52.
- Gonçalves JL, Duarte AC, Almeida-Junior LA, Carvalho FK, Queiroz AM, Arnez MF, et al. Enamel biomineralization under the effects of indomethacin and celecoxib non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Sci Rep*. 2022;12(1):15823.
- Critchlow D. Part 3: Impact of systemic conditions and medications on oral health. *Br J Community Nurs*. 2017;22(4):181-90.
- 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)*. 2022;14(5):850.
- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine [Internet]. WONCA Europe; 2011. Available from: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>



20. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da saúde oral [homepage]. 7.ª ed. Lisboa: OMD; 2022. Available from: <https://www.ond.pt/observatorio/barometro/barometro2022/>
21. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da saúde oral [homepage]. 6.ª ed. Lisboa: OMD; 2021. Available from: <https://www.ond.pt/observatorio/barometro/barometro2021/>
22. Santos MS. Saúde oral em pediatria e medicina geral familiar [dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2019. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/121766>
23. Administração Central do Sistema de Saúde. ICPC-2e versão 4.4: Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – 2ª edição [Internet]. Lisboa: ACSS; 2016. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Folha-resumo-ICPC_2_4_4_VF.pdf
24. World Organization of Family Doctors. ICPC-3: International Classification of Primary Care – 3rd revision [homepage]. WONCA; s.d. [cited 2023 Jan 12]. Available from: <https://www.icpc-3.info/>
25. Miler AM. Saúde oral em idosos nos cuidados de saúde primários [dissertation]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2020. Available from: <https://hdl.handle.net/10316/90038>
26. Administração Central do Sistema de Saúde. Benefícios adicionais de saúde [homepage]. Lisboa: SCAA; 2022 [cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/16/beneficios-%20adicionais-de-saude/>
27. Pinto M, Ferreira R. Boas práticas de higiene oral e informações sobre cheque-dentista. In: Facebook [Internet]; 2020 Jun 19 [cited 2023 Jan 17]. Available from: <https://www.facebook.com/photo/?fbid=2744606492441432&set=a.1664561460445946>
28. Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. Visitas a unidades de saúde: apostar na formação e mais autonomia dos médicos de família. MD Centro. 2022;(15):10-3.
29. Santana P, editor. Perfil municipal de saúde de Coimbra 2020: estratégia municipal de saúde de Coimbra 2021-2025 (Volume I) [Internet]. Coimbra: Câmara Municipal de Coimbra; 2020. Available from: <https://www.cm-coimbra.pt/wp-content/uploads/2021/03/Perfil-Municipal-de-Sa%C3%BAde-Coimbra.pdf>
30. Centro de respostas integradas de Coimbra: diagnóstico do território – Cidade de Coimbra [Internet]. Coimbra: [s.n.]; 2020 Jul. Available from: https://sicad.pt/BK/Concursos_v2/Documents/2020/Diagn%C3%B3stico%20Coimbra_%202020.pdf
31. Centro Nacional de Pensões. Guia prático: complemento solidário para idosos (8002 – V4.43) [homepage]. Lisboa: Instituto da Segurança Social; 2024. Available from: <https://www.seg-social.pt/guias-praticos?bundleId=17855712>
32. Monteiro CF. Acesso a cuidados de saúde oral [dissertation]. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/36058>
33. Jornal Médico. Cheque-dentista usado por apenas 3,5% dos idosos beneficiários [homepage]. Jornal Médico; 2018 Aug 21. Available from: <https://arquivo.jornalmedico.pt/atualidade/36074-cheque-dentista-usado-por-apenas-3-5-dos-idosos-beneficiarios.html>
34. Lukez A, Pavlic A, Trinajstic Zrinski M, Spalj S. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. J Oral Rehabil. 2015;42(4):275-81.
35. Zaugg FL, Molinero-Mourelle P, Abou-Ayash S, Schimmel M, Brägger U, Wittneben JG. The influence of age and gender on perception of orofacial esthetics among laypersons in Switzerland. J Esthet Restor Dent. 2022;34(6):959-68.
36. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo nacional de prevalência das doenças orais: 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. Available from: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/estudo-doencas-orais-dgs.pdf>
37. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas. 10th ed. Bruxelles: IDF; 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
38. Silva E, Santos AR. Indicador 380: descubra onde estão os teus utentes com DPOC [Indicador 380: find out where your COPD patients are]. Rev Port Med Geral Fam. 2022;38(4):412-6. Portuguese
39. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho Â. Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação [The epidemiology of dementia and Alzheimer disease in Portugal: estimations of prevalence and treatment-costs]. Acta Med Port. 2015;28(2):182-8. Portuguese
40. Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos [Xerostomia in palliative care]. Acta Med Port. 2005;18(6):459-65. Portuguese
41. Anttila S, Knuuttila M, Ylöstalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. Eur J Oral Sci. 2006;114(2):109-14.
42. Quinaz Romana G, Kislaya I, Salvador MR, Cunha Gonçalves S, Nunes B, Dias C. Multimorbidade em Portugal: dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com exame físico [Multimorbidity in Portugal: results from The First National Health Examination Survey]. Acta Med Port. 2019;32(1):30-7. Portuguese
43. Hatta K, Ikebe K. Association between oral health and sarcopenia: a literature review. J Prosthodont Res. 2021;65(2):131-6.
44. Instituto Nacional de Estatística. Anuário estatístico de Portugal – 2021 [homepage]. Lisboa: INE; 2022. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=6174083&PUBLICACOESStema=00&PUBLICACOESmodo=2
45. Rito A, Mendes S, Baleia J, Gregório MJ. Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2019. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2021. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/7783>
46. Kuhn M, Türp JC. Risk factors for bruxism. Swiss Dent J. 2018;128(2):118-24.
47. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(2):93-107.
48. Rossow I. Illicit drug use and oral health. Addiction. 2021;116(11):3235-42.
49. Malheiro R, Maia G, Moreira C, Tavares F, Machado AA, Carvalho F, et al. Estomatologia: rede de referência hospitalar [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2016. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RR_Estomatologia_15_11_2017.pdf
50. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Relatório e contas 2021 [homepage]. Coimbra: CHUC; 2022. Available from: <https://>

www.chuc.min-saude.pt/transparencia/orcamento-e-contas/relatorio-e-contas/

51. Entidade Reguladora da Saúde. Informação de monitorização sobre tempos de espera no SNS no ano de 2021 [Internet]. Porto: ERS; 2021. Available from: https://www.ers.pt/media/mj1al5gi/im-tempos-de-espera-no-sns_2021.pdf

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, ACC, MSP e LMS; metodologia, AAC, MSP e LMS; *software*, ACC; validação, LMS; análise formal, ACC; investigação, ACC, MSP e LMS; recursos, ACC, MSP e LMS; redação do *draft* original, ACC e MSP; revisão, validação e edição do texto final, ACC, MSP e LMS; visualização, ACC; aquisição de financiamento, ACC; supervisão, MSP e LMS; administração do projeto, LMS.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

André Manuel dos Santos Carlos Coelho

E-mail: andreCarloscoelho@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-3258-4209>

Recebido em 24-03-2024

Aceite para publicação em 07-01-2025

ABSTRACT

CHARACTERIZATION OF PATIENTS THAT GO TO THE FAMILY DOCTOR WITH DENTAL PROBLEMS AND THEIR HEALTH RECORDS IN PRIMARY CARE

Introduction: Dental problems are very prevalent and are related to common comorbidities. This is particularly important in general and family medicine, as it addresses all kinds of patients and frequently represents their first contact with the health system.

Purposes: We aimed to characterize the population of patients with dental problems who used primary care units, as well as the health records and classification of these problems.

Methods: On December 31st, 2021, we carried out an observational cross-sectional study of patients from the Community Health Centers of Baixo Mondego with active ICPC-2 classifications of dental problems. Those patients were analyzed according to their sociodemographic features, type of health unit of registration, dental voucher utilization, and comorbidities.

Results: We obtained a sample of 5,335 patients, 70.0% from Family Health Units, 29.5% from Personalized Health Care Units and 0.5% not registered in any health unit. The biggest prevalence of dental problems was observed in Condeixa-a-Nova (2.1%). Most patients were female (57.3%), and mainly adults (54.0%). In absolute terms, females had more dental vouchers issued and unused, and in relative terms, males used fewer dental vouchers. Young people received most dental vouchers. The ICPC-2 chapter most associated with dental pathology was the musculoskeletal system, followed by endocrine, metabolic, and nutritional. Lipid disorder, depressive disorder, and overweight were the most prevalent comorbidities. Geographical differences in the prevalence of dental problems classified can be due to social issues and differences in medical teams. The bigger frequency in females can mean they worry more about oral health. The low prevalence of the elderly, a risk group possibly underdiagnosed, imposes the need for corrective measures.

Conclusions: Dental pathology in primary healthcare in the Baixo Mondego region lacks attention, especially on its classification as a health problem.

Keywords: Stomatognathic diseases; Family practice; Clinical coding.