



Tribunal de Contas

Auditoria ao
Programa Nacional de
Promoção da Saúde Oral



Relatório nº 44 /09- 2ª S
Processo nº 06/09 – Audit
Volume I



VOLUME I

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	3
ÍNDICE DE QUADROS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	3
RELAÇÃO DAS SIGLAS	4
GLOSSÁRIO	5
FICHA TÉCNICA	6
I Sumário.....	7
1 Conclusões	7
2 Recomendações	14
II Introdução.....	17
3 Âmbito e Objectivos da Auditoria	17
4 Metodologia e Procedimentos	17
5 Condicionantes e Limitações.....	18
6 Audição dos Responsáveis em Cumprimento do Princípio do Contraditório	18
III Desenvolvimento da Auditoria	21
7 Caracterização do Programa, Modelo de Financiamento e Contratualização.....	21
7.1 Antecedentes e Desenvolvimento do Programa	21
7.2 Estratégias e Finalidades	23
7.3 Modelo de Financiamento e Determinação de Preços.....	25
7.3.1 Financiamento.....	25
7.3.2 Preços	27
7.4 Contratualização	29
7.4.1 Evolução do modelo de contratualização 2005 - 2009	29
7.4.2 Evolução do universo de prestadores contratualizados	33
8 Coordenação, Acompanhamento e Operacionalização do Programa.....	34
9 Execução Física e Financeira – Triénio 2006/2008.....	35
9.1 Financiamento Atribuído <i>versus</i> Utilizado.....	35
9.2 Execução do Programa em Crianças e Jovens.....	36
9.3 Execução do Programa em Grávidas e Idosos em 2008.....	38
10 Execução Física e Financeira Cheque - Dentista - 1.º Semestre de 2009.....	39
11 Universalidade e Equidade no Acesso ao Tratamento.....	40
12 Recursos Operacionais	43
12.1 Prestadores Contratados: Médicos Dentistas	43
12.2 Actividade Higiene oral.....	45



12.2.1	Uníverson e distribuição dos higienistas Orais.....	45
12.2.2	Valorização da Aplicação de Selantes.....	49
13	Resultados e Impactos do PNPSO	52
13.1	Ganhos em Saúde	52
13.2	Indicadores Técnicos.....	54
14	Avaliação da Qualidade.....	55
14.1	Avaliação Externa da Qualidade	55
14.2	Qualidade Perceptível: Satisfação dos Utentes.....	57
15	Avaliação do Controlo Interno do Programa.....	58
16	Vista ao Ministério Público	61
IV	Emolumentos.....	61
V	Determinações finais	62

Volume II - Anexos

Volume III - Alegações e Notas de Emolumentos



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Coordenação do PNPSO34

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Financiamento Atribuído no Triénio25
Quadro 2 – Financiamento Atribuído aos projectos SOG e SOPI em 200827
Quadro 3 – Valor dos Cheques – Dentista29
Quadro 4 - Contratualização 2005-200830
Quadro 5 – Contratualização na modalidade “Cheque-Dentista”/200932
Quadro 6 – Crianças e Jovens que Poderiam Ter Sido Tratadas.....36
Quadro 7 – Execução Financeira - Crianças e Jovens.....37
Quadro 8 – Execução Física dos Cheques Dentista38
Quadro 9 – Execução Financeira dos Cheques Dentista38
Quadro 10 – Execução do 1º Semestre de 200939
Quadro 11 – Execução Financeira dos Cheques Dentista – 2009.....39
Quadro 12 – Taxa de Cobertura de Tratamentos da População Escolar Publica40
Quadro 13 – Taxa de Cobertura de Tratamentos da40
Quadro 14 – Taxa de Cobertura de Tratamentos e Prevenção da População Escolar...40
Quadro 15 – Taxa de Cobertura de Tratamentos e Prevenção41
Quadro 16 – Crianças em Escolas Privadas41
Quadro 17 – Número de Médicos por 100 Crianças42
Quadro 18 – Profissionais de Saúde Oral Contratualizados43
Quadro 19 – Média de Crianças Atendidas por Médico/Ano44
Quadro 20 – Nº de Consultas Realizadas44
Quadro 21 – Tabela de Consumíveis Utilizados na Aplicação de Quatro Selantes49
Quadro 22 – Custo Unitário - Aplicação de Selantes50
Quadro 23 – Custo Unitário da Produção Média de Selantes51
Quadro 24 – Avaliação Externa da Qualidade dos Serviços Prestados.....56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Financiamento do PNPSO a Crianças e Jovens - 2006/200826
Gráfico 2 – Financiamento Atribuído Versus Utilizado35
Gráfico 3 – Execução Física Global – Crianças e Jovens37
Gráfico 4 – Execução Financeira – Crianças e Jovens37
Gráfico 5 – Distribuição de Higienistas por ARS.....45
Gráfico 6 - Actividade do Higienista Educação e Escovagem de Dentes46
Gráfico 7 - Actividade do Higienista Aplicação de Flúor e Selantes47
Gráfico 8 – Opinião Sobre a Aplicação do PNPSO48
Gráfico 9 – Dentes Permanentes Cariados52
Gráfico 10 – Dentes Permanentes Obturados53
Gráfico 11 – Dentes Permanentes Selados53
Gráfico 12 – Avaliação do Serviço Médico Dentista57
Gráfico 13 – Espera Para Consulta.....57
Gráfico 14 – Novas Cáries.....58
Gráfico 15 – Selante Caiu.....58



RELAÇÃO DAS SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde, I.P.
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ARS Alentejo	Administração Regional de Saúde do Alentejo
ARS Algarve	Administração Regional de Saúde do Algarve
CN	Circular Normativa
cpod	Dentes cariados, perdidos e obturados na dentição temporária
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente
DCVAE	Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DSE	Divisão de Saúde Escolar
DSPPS	Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde
DEC.- LEI	Decreto - Lei
DRE	Direcção Regional de Educação
HO	Higienista Oral
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MF	Médico de Família
MUST	Monetary Unit Sampling Technique
MS	Ministério da Saúde
PA	Programa de Auditoria
PGA	Plano Global de Auditoria
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
SAM	Sistema de Apoio Médico
SES	Secretário de Estado da Saúde
SISO	Sistema de Informação de Saúde Oral
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Saúde Oral
SOCJ	Saúde Oral em Crianças e Jovens
SOG	Saúde Oral da Grávida
SOPI	Saúde Oral da Pessoa Idosa
SOSI	Saúde Oral em Saúde Infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
TC	Tribunal de Contas



GLOSSÁRIO

Terminologia	Significado
<i>Avaliação Externa dos Serviços Contratualizados</i>	<i>Observação efectuada por Médico Dentista/Estomatologista Avaliador, de crianças que foram tratadas por Médico Dentista/Estomatologista prestador, com registo em ficha individual e comparação desse registo com o efectuado pelo executor dos tratamentos.</i>
<i>Índice cpod</i>	<i>Indicador que capta o número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição temporária.</i>
<i>Índice CPOD</i>	<i>Indicador que capta o número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente.</i>
<i>Método MUST</i>	<i>Técnica de Amostragem baseada no valor monetário das operações relevantes do universo.</i>
<i>Selante</i>	<i>Resinas que se aplicam com a finalidade de isolar a superfície oclusal de molares e pré-molares do meio bucal, preservando a saúde dentária.</i>
<i>Taxa de Realização do programa</i>	<i>Percentagem de utentes que terminaram os tratamentos face ao total dos que foram abrangidos pelo programa.</i>
<i>Taxa de Cobertura da População Alvo</i>	<i>Percentagem de utentes abrangidos pelo programa face ao total da população que reúne os requisitos de abrangência.</i>



FICHA TÉCNICA

Coordenação e Controlo

Auditor-Coordenador

Abílio Pereira de Matos

(Licenciado em Economia)

Auditor-Chefe

José António Carpinteiro

(Licenciado em Direito)

Equipa de Auditoria

Elisa Ferro Ponte

(Licenciada em Economia)

Maria Conceição Silveiro

(Licenciada em Auditoria)



I SUMÁRIO

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas (TC) para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria ao “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - PNPSO” - triénio 2006/2008 e 1º semestre de 2009 - com o objectivo de avaliar a execução física e financeira, analisar os controlos instituídos e os resultados obtidos em ganhos em saúde, cujas conclusões e recomendações se encontram enunciadas nos pontos seguintes.

1 CONCLUSÕES

1.1 Caracterização do Programa (vd. ponto 7 e 8)

- O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, aprovado em 2005, enquadra-se nas medidas específicas previstas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem sido desenvolvido de forma progressiva, no sentido de garantir a promoção, prevenção e tratamento das doenças orais nas crianças e jovens (dos 3 aos 16 anos), grávidas seguidas no SNS e o tratamento de idosos beneficiários do Complemento Solidário.
- A coordenação do programa tem sido exercida: a nível nacional pelo Alto Comissário da Saúde (2005-2008) e pela Direcção-Geral da Saúde; a nível regional pelo Coordenador Regional e pela Comissão Paritária; ao nível local pelo Gestor de Saúde Local pertencente à Unidade de Saúde Pública do Agrupamento dos Centros de Saúde ou das Unidades Locais de Saúde.

1.2 Modelo de Financiamento (vd. ponto 7.3.1.)

- O modelo de financiamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral não tem sido estruturado de uma forma integrada e transparente dificultando o apuramento de forma fiável e susceptível de proporcionar uma avaliação externa, de todos os montantes utilizados anualmente na previsão e execução financeira das várias actividades relacionadas com o programa.
- As verbas destinadas à contratualização de médicos dentistas/estomatologistas para realização do tratamento das doenças orais e à sua avaliação provêm de programas específicos, enquanto as verbas destinadas à actividade de promoção e prevenção da saúde oral desenvolvida nos centros de saúde provêm dos orçamentos das ARS. As verbas utilizadas em campanhas de publicidade/divulgação são financiadas pelo orçamento da Direcção Geral de Saúde.



1.3 Fixação de Preços (vd. ponto 7.3.2)

- Os preços, no âmbito da contratualização para a prestação de cuidados de saúde oral têm resultado de um processo negocial entre a Direcção-Geral de Saúde e a Ordem dos Médicos Dentistas e a Ordem dos Médicos (Colégio de Estomatologia) e decididos pelo Ministro da Saúde, sem terem sido suportados em estudos actualizados que revelassem a metodologia rigorosa de cálculo desses preços.

Os preços fixados foram os seguintes:

- De 2006 a 2008, tratamento de crianças e jovens: € 75, por beneficiário (pacote de serviço anual);
- Em 2008 (grávidas e idosos) e a partir de 2009 (todos os beneficiários do programa): cheque-dentista de € 40 (limitação de emissão de 2 a 3 cheques, consoante o tipo de beneficiários).

1.4 Contratualização (vd. ponto 7.4.)

- O modelo de contratualização utilizado, entre 2005 e 2008, baseou-se em concursos públicos anuais e contratos realizados por ajuste directo, que não permitiam a execução oportuna do programa na vertente de aplicação a crianças e jovens, uma vez que a concretização do procedimento não coincidia com o calendário dos anos lectivos. Além disso, este modelo não suscitou uma adesão suficiente de prestadores e restringia a liberdade de escolha dos beneficiários, devido às regras de referenciação ou à não existência de prestadores na área de abrangência do centro de saúde. Esta situação evidenciou uma falha de planeamento prejudicial à eficácia do programa até final do ano de 2008.
- A partir de 2009, com os contratos electrónicos de adesão, institui-se uma rede aberta a todos os prestadores que reúnam os requisitos pré-estabelecidos. Neste modelo generalizou-se o meio de pagamento através de cheque-dentista segundo o princípio de que o financiamento público segue a escolha do utente, no âmbito dos serviços disponibilizados na rede de prestadores contratualizados.
- No final do primeiro semestre de 2009, a alteração ocorrida no modelo de contratualização provocou uma adesão significativa do número de prestadores aderentes (cerca de 2.944 médicos dentistas e estomatologistas), quase duplicando os então existentes no final de 2008.



1.5 Execução Física e Financeira - 2006/2008 (vd. ponto 9)

- No triénio 2006/2008 foram disponibilizados, para a contratualização de médicos dentistas e estomatologistas, € 15 milhões, dos quais foram utilizados € 11,773 milhões, o que traduz uma taxa de utilização de 78%.
- A verba não utilizada traduz-se num desperdício financeiro de € 76.785¹ (considerando o custo de oportunidade do capital relativo à verba não utilizada durante um ano) ou, em alternativa, permitiria tratar mais 43.017 crianças e jovens. A principal causa deste subaproveitamento foi a fraca adesão dos prestadores, o desajustamento da conclusão da contratualização face ao calendário escolar e os desencontros entre a localização da oferta e da procura.
- No triénio tiveram acesso a consulta de estomatologia/medicina dentária 168.694 crianças e jovens, dos quais 154.072 concluíram os tratamentos, o que corresponde a uma taxa de realização muito significativa de 91%.
- Em 2008, com o alargamento do programa a grávidas e idosos, foram abrangidos 24.066 utentes (20.538 grávidas e 3.528 idosos). Foram emitidos 32 787 cheques a grávidas, no valor de € 1,311 milhões e utilizados cerca de € 0,931 milhões (71%).
- O programa para os idosos envolveu a utilização de cerca de € 128.160 na modalidade cheque-dentista, dos cerca de € 194.880 emitidos, tendo sido pagos apenas 34%. A fraca execução desta vertente do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral deveu-se à dificuldade em identificar com oportunidade os beneficiários do complemento solidário.

1.6 Execução Física e Financeira - 1º Semestre de 2009 (vd. ponto 10)

- No primeiro semestre de 2009 foram abrangidos 203.160 beneficiários (crianças, jovens grávidas e idosos) a quem foram emitidos 220.575 cheques dentista, no valor total de € 8,8 milhões, dos quais foram utilizados apenas 17%. A baixa utilização ficou a dever-se ao atraso verificado na emissão dos cheques a crianças e jovens, tendo o restante grupo (grávidas idosos) utilizado 79% dos cheques que lhe foram emitidos.
- Neste período apenas se registaram pagamentos de serviços a grávidas e idosos num total de € 751.160, o que representou 62% do valor dos cheques utilizados por estes beneficiários.

¹ Ver notas de rodapé 35, 36 e 37 – ponto 9.1.



1.7 Universalidade e Equidade (vd. ponto 11)

- No triénio 2006-2008 as taxas de cobertura do universo das crianças e jovens (que frequentavam estabelecimentos de ensino públicos e privados) foram manifestamente diminutas: 4% para os tratamentos efectuados por médicos contratualizados e de 54% quando se inclui a prevenção e educação na saúde prestada pelos higienistas orais. Ainda assim, considerando apenas o universo de crianças e jovens que frequentavam escolas públicas as taxas de cobertura continuaram a revelar-se insuficientes (5% e 66%).
- As tabelas de realização de consultas por região e por médico dentista/estomatologista contratado revelaram diferenças muito significativas, traduzindo os desencontros entre a localização da oferta e da procura, que têm constituído barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral.
- A operacionalização do programa foi orientada, sem fundamento legal explícito, para a população das instituições de ensino público, e, a partir de 2009, essa população só foi abrangida nos “coortes” dos 7, 10 e 13 anos. Portanto, não foram abrangidas todas as crianças e jovens da população escolar pública dos 3 aos 16 anos incluídos nos intervalos dos referidos “coortes” (3-6; 8-9; 11-12; 14-16), além da população de 771.430 crianças e jovens que frequentavam, no triénio 2006-2008, instituições privadas de ensino.
- Assim, foram violados os princípios da universalidade e da equidade no acesso, dado que o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (2006-2008) não abrangeu toda a população de crianças e jovens dos 3 aos 16 anos (excluiu as das escolas privadas), com uma aplicação selectiva (através da introdução de “coortes”) e de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral (restrições da liberdade de escolha dos beneficiários), sem que tivessem sido utilizadas todas as disponibilidades financeiras atribuídas em cada ano.

1.8 Recursos Operacionais (vd. ponto 12)

- A média nacional de consultas realizadas pelos médicos dentistas e estomatologistas contratualizados foi de 2,24, por criança ou jovem tratado, (realizaram-se 346 689 consultas a 154 483 crianças e jovens). Foi na região Norte que se verificou o maior número de consultas por utente (2,8), isto é 45 778 crianças e jovens beneficiaram de 126 544 consultas. Assinale-se o facto de, entre as cinco regiões, a ARS Norte, ter sido a que contratualizou o maior número de médicos dentistas, estomatologistas e aquela que dispunha de menos higienistas orais nos centros de saúde da sua área. Tal situação evidencia as assimetrias de operacionalização do programa no território nacional.
- Existem 111 higienistas orais a desempenhar funções nos 353 centros de saúde de todo o país, o que representa a cobertura de apenas um terço, o que é manifestamente insuficiente face às necessidades de implementação do programa. Em 2008, a ARSLVT dispunha de 68 profissionais de higiene oral, o que contrasta como os 5 então existentes na ARS Norte.



- A partir do inquérito de opinião realizado a 65% do universo dos Higienistas, apurou-se que 34% dos respondentes salientaram que nem todos os centros de saúde estão devidamente equipados, sendo a cadeira o equipamento que mais falta. Esta insuficiência afectou a aplicação de selantes às crianças seguidas por esses centros de saúde.
- A maioria dos respondentes (54%) considerou o programa satisfatório e identificaram várias oportunidades de melhoria, designadamente a necessidade de ser alargado a outros grupos populacionais de risco (vg diabéticos e doentes oncológicos) e de ser criado um “*cheque-dentista SOS*” para tratamento de situações urgentes não abrangidas pelo programa.
- A partir da construção de uma estimativa sobre a valorização da aplicação de selantes por um higienista oral apurou-se uma diferença significativa entre o custo de € 17,08 correspondente à aplicação de dois selantes e o valor de € 40 do primeiro cheque-dentista utilizável na rede de prestadores contratualizados (médicos dentistas/estomatologistas). Se considerarmos, por hipótese, que em 2009 serão aplicados 150.247 selantes (n.º observado em 2008) indiciar-se-ia uma poupança de cerca de € 1,7 milhões², caso se estabeleça que a aplicação dos mesmos seja, em regra, realizada nos centros de saúde por aqueles profissionais, uma vez que estes actos não estão sujeitos à intervenção obrigatória de um médico.

1.9 Resultados e Impactos - Ganhos em Saúde (vd. ponto 13)

- Os ganhos em saúde apurados no triénio em análise, com a intervenção médico-dentária no tratamento de 71% dos dentes permanentes demonstraram que, após a intervenção, a componente “*cariados*” diminuiu, sendo, na maior parte dos casos, substituída pela componente “*obturados*”, traduzindo evidentes ganhos em saúde na população beneficiária do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. No entanto, face à taxa de cobertura da população escolar supra referida³, cerca de 95% da mesma não beneficiou destes potenciais ganhos, o que revela falta de eficiência e de universalidade deste programa.
- Os relatórios anuais da Direcção Geral de Saúde sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral não incluíram o reporte evolutivo dos indicadores técnicos de cpod/CPOD, segundo a metodologia do “Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária” respeitante aos anos 2005/2006, apesar de referirem em 2007 e 2008 que os índices revelados pelo estudo se mantinham, não apresentaram evidência sobre a comparação daqueles indicadores face às metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde ou com os resultados alcançados em outros países.
- Não foi obtida evidência de que as boas práticas e referências utilizadas na prevenção da saúde oral tenham determinado os requisitos de fornecimento de alimentação nas escolas ou na supressão de venda, no interior das mesmas, de alimentos prejudiciais à

² Ver notas de rodapé 62, 63 e 64 – ponto 12.2.2; Cálculo 150 247 selantes x (€20-€8,54 preço unitário de um dente selado) = €1.721.831.

³ Vd. 1.7.



saúde oral, tendo em vista a implementação de uma estratégia concertada e coerente com a eficiência económica do Programa.

1.10 Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde Prestados (vd. ponto 14)

- A avaliação externa realizada por Médicos Avaliadores à qualidade dos serviços de medicina oral efectuados pelos médicos prestadores foi realizada com manifestas insuficiências dado que apenas as ARS do Alentejo e do Algarve apresentaram, até à data, o processo completo nos três anos em análise.
- Através de um inquérito de opinião nominal enviado aos encarregados de educação das crianças e jovens abrangidos pelo programa em 2008, apurou-se que a maior parte dos respondentes manifestou a sua satisfação relativamente ao tempo de espera pelas consultas (até 10 dias), e, bem assim, sobre a qualidade dos serviços recebidos.

1.11 Avaliação do Controlo Interno (vd. ponto 15)

- No plano institucional, e ao nível nacional, não se obteve evidência sobre os resultados do acompanhamento atribuído à Comissão Técnico-Científica.
- O planeamento realizado pela Direcção Geral de Saúde não tem sido baseado no levantamento de necessidades de cuidados de saúde oral da população escolar total, o que tem prejudicado a definição de objectivos anuais, análises de risco e estabelecimento de controlos adequados.
- O modelo de gestão do programa não dispõe de mecanismos de aplicação, aos responsáveis, de penalizações (pelo não cumprimento) ou incentivos (pelo cumprimento) de objectivos e metas aos níveis da coordenação, acompanhamento e implementação do programa.
- Os procedimentos administrativos e contabilísticos existentes nas ARS visitadas (Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo) encontravam-se de acordo com as normas de controlo instituídas. Não obstante colocam-se os seguintes ênfases, que reduzem a eficiência económica e a transparência da gestão do programa:
 - Falta de um centro de custos, para efeito de imputação de todos os encargos incorridos com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, situação também extensível às restantes ARS;
 - Não cumprimento do princípio da especialização dos exercícios na contabilização, de 2008.
- Apesar da evolução do modelo de contratualização ter sido conduzido, em 2009, no sentido da simplificação, desburocratização e consagração da liberdade de escolha, importará alertar para os riscos associados à segurança dos utentes, confirmação da realização adequada das prestações de cuidados de saúde e pagamento de cheques-dentista face à não realização periódica de procedimentos de verificação ou inspecção dos estabelecimentos, dos prestadores e de auditorias clínicas aos cuidados prestados.



- A modalidade do cheque-dentista poderá constituir um incentivo para que os prestadores utilizem o número máximo de cheques-dentistas por beneficiário, sem garantias de melhorias qualitativas no estado de saúde oral dos utentes.
- No triénio 2006/2008 não foi efectuada qualquer análise de custo benefício à aplicação do programa. Tal situação impede o conhecimento da valia da prevenção, uma vez que se trata de um investimento a médio prazo, tendo em conta os elevados custos dos tratamentos dentários e situações agudas de saúde relacionadas com estomatologia que impliquem internamentos e cirurgias hospitalares que agravam a despesa pública em saúde considerando a escassez de recursos financeiros.



2 RECOMENDAÇÕES

Face às conclusões que antecedem, formulam-se as seguintes recomendações:

À Ministra da Saúde

- ✓ Sem prejuízo da discriminação positiva inerente à natureza deste programa, zelar pela legalidade, garantindo os princípios da universalidade e da equidade do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, considerando que a defesa desses princípios devia, no âmbito da população alvo, coincidir com a qualidade de utente do Serviço Nacional de Saúde.
- ✓ Fazer a integração das vertentes de promoção, educação, prevenção e tratamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral através da “orçamentação por programas” de carácter anual e plurianual, permitindo de uma forma antecipada e transparente associar a despesa pública aos resultados, através da definição de objectivos, indicadores (físicos e financeiros) e metas (mensuráveis) apurando, ainda, os custos totais resultantes da implementação do programa.
- ✓ Estudar mecanismos de incentivos ou de penalização a introduzir no modelo de gestão do programa que sejam aplicáveis aos responsáveis pela coordenação, execução e acompanhamento a nível nacional, regional e local, reduzindo os graus de incerteza e tolerância que têm sido permitidos, face aos níveis de realização física e financeira alcançados.
- ✓ Implementar um sistema de remunerações dos responsáveis que os premeie ou penalize em função do respectivo desempenho na execução do Programa.
- ✓ Promover, em articulação com o Ministério da Educação, a incorporação das boas práticas e referências utilizadas na prevenção da saúde oral no que respeita ao fornecimento de alimentação nas escolas.
- ✓ Providenciar em articulação com outros Ministérios, que a venda de produtos comprovadamente prejudiciais à saúde oral seja evitada nos estabelecimentos escolares.
- ✓ Adoptar, em articulação com outros Ministérios, medidas que desincentivem a venda livre de produtos prejudiciais à saúde oral, nas imediações dos estabelecimentos de ensino.
- ✓ Estabelecer, em articulação com outros Ministérios, a formação de licenciados em higiene oral, de forma a minimizar os custos com o PNPSO.
- ✓ Alargar a contratualização da prestação de cuidados de saúde preventivos a outros técnicos de saúde, designadamente licenciados em higiene oral, redenominando o “cheque dentista” para “cheque de saúde oral”.
- ✓ Rever o âmbito de aplicação do programa alargando-o em função do melhor aproveitamento de verbas afectas anualmente ao Programa Nacional de Promoção da



Saúde Oral para o universo de beneficiários a tratar, designadamente a outros grupos de crianças e jovens, idosos ou ainda outros grupos de risco como doentes crónicos.

- ✓ Promover a avaliação da formulação dos preços dos cheque-dentista e respectivos limites de utilização, considerando a quantificação dos custos comparáveis das actividades que podem ser executadas nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, pelos higienistas orais.
- ✓ Promover, em articulação com outros Ministérios, a colocação obrigatória de informação, nos produtos de venda ao público, sobre os malefícios para a saúde oral.
- ✓ Ajustar o número de higienistas orais às necessidades de implementação do programa determinando que todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) sejam dotados de Higienistas Oraís em função da população alvo.
- ✓ Estabelecer uma combinação de recursos, ou seja o “mix” de técnicos de saúde (médicos dentistas, médicos estomatologistas e licenciados em higiene oral), de forma a minimizar os custos⁴.

À Direcção-Geral da Saúde

- ✓ Aperfeiçoar o planeamento no sentido de adequar o levantamento das necessidades de prestação de cuidados de saúde oral, à capacidade instalada no Serviço Nacional de Saúde, e ao número de profissionais aderentes, procedendo, nomeadamente, à elaboração de planos de implementação.
- ✓ Segregar funções e otimizar os recursos afectando a função de aplicação de selantes aos higienistas orais, porque só esta actividade é compatível com a boa aplicação de recursos públicos.
- ✓ Estabelecer uma metodologia de cálculo dos preços a praticar na contratualização da prestação de cuidados de saúde oral.
- ✓ Eliminar as barreiras de acesso ao PNPSO pelas crianças e jovens até aos 16 anos de idade, de modo a que a prestação de cuidados de saúde oral seja universal a essa população.
- ✓ Estudar a viabilidade das oportunidades de melhorias sugeridas pelos higienistas orais inquiridos e que se encontram em exercício de funções nos centros de saúde.
- ✓ No que respeita ao novo modelo de contratualização baseado em contratos de adesão electrónicos deverá ter-se em consideração que a permanência destes prestadores na rede não pode ser mantida, sem que seja devidamente justificado ou revisto o vínculo

MINIMIZAÇÃO FUNÇÃO OBJECTIVO :

$$4 \text{ Custos } \textit{profissionais} \textit{saúde} \textit{oral} = \% \textit{médicos} \textit{dentistas} / \textit{estomatologistas} \times \textit{custo} \textit{hora} \textit{médico} + \% \textit{licenciados} \textit{higiene} \textit{oral} \times \textit{custo} \textit{hora} \textit{lic.} \textit{higiene} \textit{oral}$$

RESTRICÇÕES :

$$\Rightarrow \% \textit{médicos} \textit{dentistas} / \textit{estomatologistas} + \% \textit{lic.} \textit{higiene} \textit{oral} = 100\% ;$$

$$\Rightarrow \% \textit{médicos} \textit{dentistas} / \textit{estomatologistas} \geq 0\%$$

$$\Rightarrow \% \textit{lic.} \textit{higiene} \textit{oral} \geq 0\%$$



dos mesmos após três anos, de acordo com o estabelecido pelo Código dos Contratos Públicos.

- ✓ Instituir a realização de controlos periódicos sobre os prestadores aderentes e a utilização dos cheques-dentista, no que respeita à inspecção das condições higio-sanitárias das instalações e verificação clínica dos cuidados de saúde oral prestados.
- ✓ Promover a divulgação dos projectos “Saúde Oral da Pessoa Idosa” e “Saúde Oral da Grávida” usando para o efeito meios de comunicação social regionais e nacionais e ainda o envolvimento informativo das estruturas locais e providenciar os meios necessários à acessibilidade da população em causa.
- ✓ Obter listagem de idosos beneficiários do complemento solidário por cada área de abrangência dos centros de saúde de cada uma das regiões de saúde.
- ✓ Realizar a comparação anual dos indicadores técnicos e ganhos em saúde obtidos com a implementação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral com outras experiências internacionais, tendo em consideração a adopção das melhores práticas (*benchmarking*).
- ✓ Diligenciar pela permanente disponibilidade funcional do Sistema de Informação de Saúde Oral permitindo o acesso dos higienistas orais.
- ✓ Instituir suportes de avaliação anual do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral que incluam o trabalho dos higienistas orais.
- ✓ Adoptar análises custo benefício nas tomadas de decisão.

Às Administrações Regionais de Saúde

- ✓ Garantir que todos os centros de saúde incluídos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES⁵) sejam dotados com higienistas orais e equipar os gabinetes com os meios e equipamentos necessários ao desenvolvimento da respectiva actividade.
- ✓ Incluir na “carteira de serviços” das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) a verificação das condições higio-sanitárias dos estabelecimentos e clínicas dentárias.
- ✓ Ponderar o recurso a meios móveis para realização de rastreios, acções de educação e prevenção, designadamente aplicação de selantes pelos higienistas orais nos casos em que se justifique, tendo em vista a remoção de barreiras ao acesso ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.
- ✓ Criar um centro de custo próprio para a saúde oral, de modo a apurar a totalidade dos custos do programa, com o objectivo de possibilitar análises custo-benefício.
- ✓ Promover o cumprimento do princípio contabilístico da especialização dos exercícios.
- ✓ Adoptar análises custo benefício nas tomadas de decisão.

⁵ Nos termos do disposto no DL n.º 222/2007, de 29 de Maio e no DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os ACES.



II INTRODUÇÃO

3 ÂMBITO E OBJECTIVOS DA AUDITORIA

Em cumprimento do Programa de Fiscalização aprovado pelo Tribunal de Contas (TC) para 2009, em sessão do Plenário da 2ª Secção, através da Resolução n.º 7/08, de 11 de Dezembro, realizou-se uma auditoria ao “Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - PNPSO”.

A auditoria teve como objectivo avaliar o PNPSO, o que inclui a análise do financiamento, da execução física e financeira da actividade contratualizada com médicos dentistas e estomatologistas, da actividade preventiva prosseguida pelos higienistas orais nos centros de saúde, dos resultados obtidos em termos de ganhos em saúde, bem como da avaliação de mecanismos de acompanhamento e controlo implementados, sendo o âmbito temporal de análise o triénio 2006/2008 e o 1º semestre de 2009.

4 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

A auditoria foi realizada de acordo com as normas e procedimentos geralmente aceites, acolhidos no “Manual de Auditoria e de Procedimentos” do Tribunal de Contas (TC) e constantes do Plano Global de Auditoria (PGA) e do Programa de Auditoria (PA) superiormente aprovados.

Na fase de planeamento, procedeu-se a um estudo prévio com base nos respectivos diplomas legais⁶, na análise de Instrumentos de planeamento, de relatórios de monitorização da DGS, de relatórios de avaliação das ARS, de dados financeiros previsionais de execução do programa e relatórios fornecidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

A execução da auditoria desenvolveu-se em duas fases. Na primeira efectuou-se o levantamento e identificação do sistema de controlo interno instituído:

- ✚ Ao nível da coordenação nacional do PNPSO com recolha de evidência sobre deliberações e sobre transferência de verbas da ACSS para as ARS e respectivos critérios de afectação;
- ✚ Ao nível da operacionalização e acompanhamento do programa com realização de entrevistas, de testes analíticos de procedimento e de conformidade e recolha de dados para avaliação da execução física, financeira e da qualidade do programa.

Na segunda fase realizaram-se testes de controlo e substantivos, ao nível da facturação de cuidados de saúde⁷ prestados por médicos dentistas/estomatologistas contratados sendo, ainda, efectuado um estudo preliminar com base na documentação solicitada às entidades, com avaliação do impacto do programa em termos de ganhos em saúde e a construção de indicadores de realização face à população alvo e ao universo.

⁶ Vd anexo 1.

⁷ Através de métodos de selecção estatístico “MUST – Monetary Unit Sampling Technique” e não estatístico (Critérios pré-estabelecidos no programa de auditoria).



Efectuou-se, ainda, a avaliação da satisfação dos encarregados de educação das crianças e jovens a quem foram prestados cuidados de saúde oral em 2008, através da realização de um “Inquérito de Satisfação” e, bem assim, um “Inquérito de Opinião” dirigido aos Higienistas Oraís, tendo em vista a identificação de oportunidades de melhoria do programa.

5 CONDICIONANTES E LIMITAÇÕES

A inexistência de um sistema de informação anterior ao Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO) prejudicou a obtenção expedita de informação estatística e financeira agregada, por região. Esta situação também prejudicou a clara identificação de funções e responsabilidades em função do registo electrónico dos vários intervenientes directos do programa, nomeadamente as equipas locais de saúde oral e os prestadores contratualizados.

Assim, no triénio 2006/2008, salientam-se as diferenças de metodologia de informação adoptadas por cada uma das ARS, que suscitaram pedidos de informação em suportes harmonizados sobre a execução do PNPSO e a necessidade de otimizar a utilização de fontes que apresentavam a informação mais consistente.

Verificaram-se, ainda, condicionantes ao nível da análise financeira, uma vez que o PNPSO não possui uma estrutura de financiamento integrada e, ao nível da informação contabilística, dado que as ARS não dispunham de centros de custos respeitantes à saúde oral.

No decurso da auditoria realça-se a colaboração e a disponibilidade demonstrada pelos dirigentes e funcionários dos serviços contactados.

6 AUDIÇÃO DOS RESPONSÁVEIS EM CUMPRIMENTO DO PRINCÍPIO DO CONTRADITÓRIO

Tendo em vista o exercício do direito de resposta, em cumprimento do princípio do contraditório, nos termos dos artigos 13.º e 87.º, n.º 3, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto, o relato foi enviado às seguintes entidades:

- ◆ Ministério da Saúde;
- ◆ Alta Comissária da Saúde;
- ◆ Director Geral da Saúde;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP;
- ◆ Entidade Reguladora da Saúde (ERS).



Foi definido como prazo limite para o exercício do contraditório o dia 29 de Outubro; no entanto, por solicitação da Ministra da Saúde foi concedida prorrogação do prazo por mais 5 dias úteis.

Das entidades notificadas não apresentaram alegações: o Presidente do Conselho Directivo da ARS do Algarve e o Presidente da Entidade Reguladora da Saúde.

As alegações apresentadas constam, na íntegra, no Volume III e, em síntese, nas partes tidas como relevantes, nos pontos do Relatório a que respeitam.

Sem prejuízo do que antecede, das respostas apresentadas destacam-se, desde já, os seguintes aspectos:

A Ministra da Saúde

Refere que “O relatório do Tribunal de Contas constituirá (...) um elemento de inegável interesse (...)”.

Relativamente ao recomendado para que em articulação com outros Ministérios, “**adoptar medidas que desincentivem a venda livre de produtos prejudiciais à saúde oral, nas imediações dos estabelecimentos de ensino**” e “**promover a colocação obrigatória de informação, nos produtos de venda ao público, sobre os malefícios para a saúde oral**”, a Ministra da Saúde alegou que estas recomendações extravasam as competências do Ministério da Saúde.

Saliente-se, que o reconhecimento da incapacidade em articular políticas de saúde oral com outros Ministérios, pode comprometer, pelo menos parcialmente, a eficiência e a eficácia do PNPSO. Considerando-se que a abordagem linear que a Ministra faz do Programa, ao invés da abordagem sistémica que lhe é exigida, pode, eventualmente, reduzir a economia, a eficiência e a eficácia dos dinheiros públicos aplicados no Programa.

A Alta Comissária da Saúde e

O Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde

Referem, respectivamente, “(...) não existirem alegações a registar” e “(...) não tem comentários ou alegações a apresentar no que concerne às conclusões e recomendações (...)”.

O Director-Geral de Saúde

Alega, que “(...) irá ter em consideração no desenvolvimento do PNPSO (...)” as recomendações, sem prejuízo dos comentários cuja síntese foi integrada nos respectivos pontos deste Relatório.

O Presidente do Conselho Directivo da ARS do Alentejo

Alega, no que respeita às recomendações, que “ (...) Numa óptica de racionalização de recursos, a ARS Alentejo, IP, em 2008, tomou as diligências necessárias para distribuir as Higienistas Oraís (HO) existentes nas diversas Unidades Funcionais dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, tendo em conta a dispersão geográfica e o número de crianças existentes em cada Concelho. Foi de comum acordo que cada HO deveria abranger uma população de cerca de 4.000 a 5.000 crianças” e que “(...) eram encaminhadas para



contratualização, com graus de prioridade diferentes, as crianças que, na triagem realizada, apresentavam cáries. Onde existia HO, e se e a criança não possuía nenhuma cárie, eram colocados selantes pelas higienistas”.

Salienta, ainda que “(...) irão ser efectuadas as alterações necessárias à implementação” das recomendações.

O Presidente do Conselho Directivo da ARS do Centro

Alega, que “(...) já possui um centro de custo para este programa (09113- Programa de Saúde Oral), sendo registados, neste centro de custos, os encargos decorrentes das aquisições de serviços efectuadas por médicos dentistas e clínicas de medicina dentária (...)”

Sobre o que antecede esclarece-se que a recomendação visa a criação de um centro de custos que agregue todos os custos do programa e não apenas os que resultam da prestação externa de serviços de medicina dentária.

Alega, ainda, que “(...) tem cumprido o princípio da especialização do exercício” e quanto às restantes recomendações refere que: “(...) concordamos na generalidade com as mesmas e iremos desenvolver todos os esforços necessários à sua implementação (...)”

O Presidente do Conselho Directivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo

Alega, quanto às recomendações, que “(...) são, desde já, acolhidas pela ARSLVT,IP, a qual envidará todos os esforços e promoverá os mecanismos para, em conformidade, dotar de maior eficiência, as metodologias adoptadas ao nível da operacionalização”, e que “ (...) Relativamente à ponderação do recurso a meios móveis para realização de trabalhos pelos higienistas orais, dir-se-á que a aprovação dos respectivos projectos estará condicionada à fundamentação da sua necessidade e por estudos de custo-benefício favoráveis (...)”.

Conselho Directivo da ARS do Norte

Alega apenas que, a ARS do Norte “possui o centro de custo com o código 170203 para a imputação dos encargos incorridos com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (...)”.



III DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA

7 CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA, MODELO DE FINANCIAMENTO E CONTRATUALIZAÇÃO

7.1 Antecedentes e Desenvolvimento do Programa

Desde 1985 que existem medidas de intervenção em saúde oral no SNS que foram implementadas através do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Este programa combinou actividades de educação para a saúde sobre higiene oral e educação alimentar nas crianças, a administração sistémica de flúor, observação do estado da boca e dos dentes e recomendação de tratamento.

Em 1988 foram efectuados ensaios de campo em saúde oral nos distritos de Lisboa, Cartaxo e Castelo Branco, através da colocação de selantes, dos quais resultou uma redução de 75% das cáries.

A partir de 1996 as medidas adoptadas nos ensaios foram generalizadas a nível nacional tendo conduzido à contratação dos higienistas orais para os quadros dos centros de saúde.

Em 1999, a partir dos resultados das experiências anteriores, foi concebido e aprovado o “Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes”, o qual reuniu três vertentes:

- Programa Básico de Saúde Oral assente num conjunto de actividades de informação, promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais;
- Programa Específico de Aplicação de Selantes de Fissura que previa a intervenção sobre dentes específicos a grupos populacionais definidos - 7 anos e 13 anos;
- Programa de Intervenção Médico-Dentária para acesso a tratamento de cárie e/ou aplicação de selantes de fissura, a crianças e jovens em programa básico de saúde oral, para as quais o SNS não tinha resposta.

Nos anos de 2000 e 2005 a DGS realizou estudos nacionais de avaliação da prevalência das doenças orais a uma amostra representativa de crianças e jovens de 6, 12 e 15 anos, residentes nas cinco regiões de saúde, dos quais resultou uma estimação do número de crianças com necessidades de saúde oral em cada região, justificando assim a reformulação do programa então existente.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) foi aprovado pelo despacho nº 153/2005, do Ministro da Saúde⁸, integrando-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

As orientações gerais do programa definem uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde em contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário, tendo por referencial a Declaração de

⁸ Publicado no DR, II série, nº3, de 5 de Janeiro, e divulgado através da Circular Normativa nº 1/DSE, de 18/01/2005, da Direcção Geral da Saúde.



Liverpool sobre Promoção da Saúde Oral no século XXI, assinada em Setembro 2005, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Associação Internacional para a Pesquisa Dentária (IADR), pela Associação Europeia de Saúde Pública Dentária (EADPH) e pela Associação Britânica de Estudos em Medicina Dentária e Comunitária (BASCD). Aquela Declaração consagrou a escola como uma das plataformas para a promoção da saúde, da qualidade de vida e da prevenção da doença em crianças e adolescentes e prevê o envolvimento das famílias e restante comunidade.

O DGS veio esclarecer, em sede de contraditório, que *“(...) Na sequência da constituição de um Grupo de Análise, em Dezembro de 2006, para elaborar propostas tendo em vista a melhoria da saúde oral em Portugal, o Ministro da Saúde decidiu promover o alargamento da contratualização que vinha sendo implementada desde 2000 no âmbito do PNPSO. Essa iniciativa teve por objectivo proporcionar o acesso a cuidados preventivos e curativos prestados por profissionais especializados em saúde oral a um número significativamente superior de utentes do SNS, o que transformou completamente o cenário subjacente à prestação de cuidados de saúde oral pelos serviços públicos em Portugal continental. Das orientações recebidas, será de realçar a indicação de que se deveria manter a estratégia adoptada para a promoção da saúde oral e prevenção primária da cárie dentária no âmbito do PNPSO, constituindo o universo dessas intervenções a totalidade das crianças escolarizadas com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos de idade. Às equipas de Saúde Escolar continuava a ser atribuída a responsabilidade pelo desenvolvimento dessas actividades, das quais deveriam beneficiar o maior número possível de crianças em idade escolar (...)”*.

Em 2008, o referido programa foi alargado a grávidas seguidas no SNS e a idosos beneficiários do complemento solidário utentes do SNS, sendo os cuidados preventivos e curativos de medicina dentária prestados nos consultórios de estomatologistas e médicos dentistas aderentes ao programa e pagos através de “cheque dentista” personalizado atribuído pelos Centros de Saúde⁹.

Em 2009, foi reestruturado o programa com a generalização da utilização do cheque dentista a crianças e adolescentes e, bem assim o acompanhamento e controlo através do sistema informático SISO.

Apesar do PNPSO ter sido concebido a partir das experiências anteriores e segundo as linhas de orientação internacionais, designadamente da OMS, não se obteve evidência sobre a realização de uma avaliação *ex ante*, custo - benefício, que tivesse sustentado o seu lançamento em 2005 e na qual se tivessem estudado as várias alternativas possíveis para definição da estratégia e operacionalização deste programa.

⁹ Vd Despacho N.º 4324/2008, do Ministro Saúde, de 22 de Janeiro de 2008, publicado no DR, n.º 35, de 19 de Fevereiro de 2008.



7.2 Estratégias e Finalidades

Numa primeira fase, entre 2005 e 2007, o PNPSO destinou-se a crianças dos 3 aos 16 anos de idade e consistiu em:

- ✚ Informação sobre cuidados de saúde oral (vertente educação);
- ✚ Escovagem de dentes na escola (vertente educação/prevenção);
- ✚ Bochecho de flúor na escola (vertente prevenção);
- ✚ Rastreio, aplicação de selantes e/ou tratamento de cáries em centros de saúde e/ou consultórios privados (combinação das vertentes prevenção e tratamento).

As finalidades¹⁰ do programa consistiam em:

- ✚ Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral através da informação prestada nas escolas;
- ✚ Diminuir a incidência de cárie dentária;
- ✚ Aumentar a % de crianças livres de cárie;
- ✚ Criar uma base de dados nacional sobre saúde oral;
- ✚ Prestar especial atenção, numa perspectiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com necessidades de saúde especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentavam a escola do ensino regular ou instituições particulares de solidariedade social.

Em 2008, o PNPSO foi alargado a grávidas seguidas no SNS e a idosos beneficiários do complemento solidário, passando a incluir os seguintes objectivos:

- Eliminar as lesões activas de cárie dentária nas grávidas;
- Garantir o acesso do idoso a um conjunto de cuidados de saúde oral essenciais para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias, bem como identificar e tratar outros problemas de saúde oral.

A partir de Janeiro de 2009, manteve-se o âmbito de aplicação e objectivos para as grávidas e idosos e reformulou-se o objectivo para a população jovem¹¹, definindo-se que os que frequentavam as escolas públicas e IPSS do Continente deviam ter aos 15 anos:

- Todos os dentes permanentes devidamente tratados e/ou protegidos, nomeadamente molares e pré-molares;
- Adquirido saberes e competências (alimentares e de higiene oral) susceptíveis de assegurar a manutenção da boca saudável, durante toda a vida.

¹⁰ Vd Despacho Ministerial n.º 153/2005 de 5 de Janeiro.

¹¹ Vd. Circular Normativa da DGS n.º 2/DSPPS/DCVAE, de 9 de Janeiro de 2009. Sem prejuízo da referência às IPSS que já constava da Circular Normativa n.º 6/DSE, de 20 de Maio de 1999.



Mediante a cronologia da erupção dentária e considerando que a vulnerabilidade dentária é maior logo após a erupção, sendo o impacto das intervenções, susceptíveis de tornarem os dentes mais resistentes, mais eficaz quanto mais precocemente se concretizar, a DGS estabeleceu que a intervenção deveria abranger prioritariamente as seguintes “coortes”:

- **7 anos**, na condição de já se ter verificado a erupção dos primeiros molares;
- **10 anos**, na condição de já se ter verificado a erupção dos pré-molares;
- **13 anos**, na condição de já se ter verificado a erupção dos segundos molares.

Com a generalização do cheque-dentista a crianças e jovens foi estabelecido que a intervenção correspondente a cada cheque-dentista seria a seguinte:

- ✚ Aos 7 anos, o 1º cheque destina-se ao tratamento ou à aplicação de selantes de fissura em 2 dentes, primeiros molares e o 2º cheque ao tratamento de todas as outras situações de doença que afectem dentes permanentes ou à aplicação de selantes nos restantes molares sãos;
- ✚ Aos 10 anos, o 1º cheque destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissuras em 2 dentes segundos molares e o 2º cheque ao tratamento de outras situações que afectem um 3º ou 4º dente permanente ou à aplicação de selantes nos segundos molares sãos, destinando-se o 3º cheque ao tratamento de todas as outras situações que afectem dentes permanentes;
- ✚ Aos 13 anos, o 1º cheque dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissura em dois dentes segundos molares, o 2º cheque dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afectem um 3º ou 4º dente permanente ou à aplicação de selantes nos segundos molares sãos, o 3º cheque dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afectem dentes permanentes e que exijam uma intervenção curativa ou preventiva.

Neste sentido, em sede de contraditório, a Ministra da Saúde, refere que a instalação progressiva do Programa, tem resultado de uma opção política do Ministério, sustentada numa avaliação técnica das prioridades que tem envolvido a DGS e as organizações profissionais.



7.3 Modelo de Financiamento e Determinação de Preços

7.3.1 Financiamento

O financiamento do tratamento das doenças orais provém do Orçamento de Estado da dotação do SNS sendo, a verba atribuída anualmente até 2008, inscrita em “Programas Verticais Outros Encargos” - “Saúde Oral”, e a partir de 2009 distribuída por programas específicos. A ACSS, IP é a gestora financeira, designadamente pelo exercício da função de tesouraria e de controlo financeiro. Este financiamento tem consistido apenas na remuneração da actividade contratualizada de serviços médico-dentários e de avaliação da execução dos serviços prestados.

A afectação da verba, por ARS, foi, até 2008, efectuada pela DGS, após aprovação da contratualização operada por despacho ministerial ou do SES.

A dotação não utilizada, por falta de realização de despesa, não gera saldos a transitar, revertendo para o SNS (em disponibilidade da ACSS, IP).

O financiamento atribuído ao tratamento de crianças e jovens dos 3 aos 16 anos (€ 75 por criança) e à avaliação externa do programa (€ 20 por criança avaliada), foi aprovado anualmente por despachos¹² do SES e do Ministro da Saúde tendo alcançado, no triénio em análise, € 15 milhões tal como se especifica no quadro seguinte:

Quadro 1 – Financiamento Atribuído no Triénio a Crianças e Jovens

ARS	2006	2007	2008	Total
ARSN	1.078.000	1.250.000	1.400.000	3.728.000
ARSC	1.078.000	1.250.000	1.418.750	3.746.750
ARSLVT	1.078.000	1.250.000	1.400.000	3.728.000
ARS Alentejo	383.000	625.000	900.000	1.908.000
ARS Algarve	383.000	625.000	881.250	1.889.250
Total	4.000.000	5.000.000	6.000.000	15.000.000

Fonte: ACSS

Nota: Em 2008, a DGS reforçou a ARS Centro em € 18.750 por contrapartida do “plafond” da ARS Algarve

Este financiamento foi distribuído pelas regiões em função da população alvo apresentando, no triénio 2006/2008, um crescimento de cerca de 30% nas ARSN, ARSC e ARSLVT, de 135% na ARS Alentejo e de 130% na ARS Algarve, tal como se pode observar no quadro 1, e gráfico 1¹³.

¹² Despacho nº 719/2006, do Secretário Estado Saúde, de 12/12/2005, publicado no DR, 2ª Série, de 11/01/2006; Despacho 787/2007, do Secretário Estado Saúde, de 13/12/06, publicado no DR, 2ª Série de 16/01/2007; Despacho 12874/2008, da Ministra da Saúde, de 24 de Abril de 2008, publicado no DR, 2ª Série, de 7 de Maio de 2008- Remissão para o ponto 7.3.2.

¹³ Vd anexo 4.



Gráfico 1 – Financiamento do PNPSO a Crianças e Jovens - 2006/2008



Fonte: ACSS

Nota: Em 2008, a DGS reforçou a ARS Centro em € 18.750 por contrapartida da dotação ARS Algarve.

Quanto à actividade de promoção e prevenção da saúde oral tem sido financiada pelos Orçamentos das ARS, sendo realizada por higienistas orais através de uma acção pedagógica/higiene oral efectuada nos estabelecimentos de ensino e de uma acção preventiva que consiste na aplicação de selantes, realizada nos centros de saúde, sendo a vertente de encargos, composta pelos materiais utilizados na actividade, designadamente equipamento (vg. cadeiras de dentista), materiais consumíveis e pessoal.

O modelo de financiamento não é integrado, nem transparente quanto às suas componentes, tais como, a actividade de educação em saúde oral realizada nos estabelecimentos de ensino e a acção preventiva que consiste na aplicação de selantes realizada nos Centros de Saúde. Além disso, também não contempla a vertente dos investimentos nos estabelecimentos públicos, nomeadamente os gabinetes e respectivo equipamento (vg. cadeiras de dentista) bem como os materiais consumíveis, e os encargos com recursos humanos afectos ao PNPSO, nomeadamente os higienistas orais.

Estes encargos têm sido suportados pelos Orçamentos das ARS, pelo que, o modelo de financiamento do PNPSO apenas abrange os montantes anuais respeitantes à contratualização de médicos dentistas prestadores e avaliadores e não os supra referidos encargos que têm sido suportados pelos orçamentos das ARS.

Quanto às campanhas de publicidade/divulgação as verbas utilizadas foram financiadas pelo orçamento da Direcção Geral de Saúde.

A Ministra da Saúde, em sede de contraditório, alega não entender "(...) em que medida o financiamento não tem sido estruturado de uma forma integrada e transparente" dado que "O PNPSO, na sua versão mais actual, engloba dois domínios:

- Verbas destinadas à promoção e prevenção da saúde oral, incluídas nos orçamentos das ARS;
- Verbas destinadas à contratualização de médicos dentistas/estomatologistas, na dependência de um programa específico".

Referindo que, as verbas relacionadas com a prevenção e promoção "(...) não estão automatizadas porque correspondem, na sua maioria, ao pagamento dos recursos humanos dos Centros de Saúde



afectos a este Programa” e que “(...) será possível indicar os gastos nesta área, de forma fiável e susceptível de proporcionar a avaliação externa”.

O alegado não procede, uma vez que o financiamento do Programa está estruturado em três vertentes (prevenção e promoção – no orçamento das ARS, tratamento – no programa específico, e a publicidade – no orçamento da DGS), quando o que se recomenda é que seja estruturado de forma integrada através de uma “*orçamentação por programas*”. Quanto à possibilidade de apurar os gastos com a prevenção e promoção da Saúde Oral, refira-se que, no decurso da auditoria, não foi possível obter essa informação, por as ARS não disporem de um centro de custos para a saúde oral para imputar esses encargos, sendo os consumos de materiais de saúde oral contabilizados juntamente com os restantes encargos.

Em 2008, o PNPSO foi alargado a grávidas e idosos tendo sido atribuído a esses dois projectos um financiamento total de €15 milhões.

Quadro 2 – Financiamento Atribuído aos projectos SOG e SOPI em 2008

Projecto	Financiamento Atribuído
Projecto de Saúde Oral na Gravidez (SOG)	€ 7,8 milhões
Projecto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI)	€ 7,2 milhões
Total	€ 15 milhões

Fonte: Relatório da DGS de 2008.

Em 2009, o PNPSO está inscrito no orçamento do SNS com o valor global de € 25,3 milhões, tendo sido afectados (pela DGS), € 14,4 milhões a “crianças e jovens” até 16 anos, € 6,5 milhões à saúde oral de “Grávidas”, € 3,6 milhões à de “Idosos” e € 0,8 milhões à “Infantil” (crianças até aos 5 anos).

7.3.2 Preços

Em 1999, foi efectuada uma parceria entre a DGS e a Ordem dos Médicos com o objectivo de estabelecer os princípios a observar no desenvolvimento dos projectos do programa de saúde oral. Daí resultou que a execução da vigilância das crianças escolarizadas seria anual, em idades chave, incluindo um conjunto de procedimentos dentários obrigatórios, a serem pagos de acordo com o *ratio* que cada médico dentista/estomatologista se compromettesse a aceitar.

O valor definido¹⁴ pela DGS de € 75 para pagamento aos médicos dentistas e estomatologistas contratualizados foi negociado com as Ordens dos Médicos Dentistas/Estomatologistas tendo por base os seguintes pressupostos¹⁵:

- a) “Os dados provisórios do Estudo nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada, realizado em 1999 pela DGS;
- b) A existência de Centros de Saúde com Higienistas Oraís que realizavam actividades de promoção da saúde e asseguravam as actividades de prevenção das doenças orais, nomeadamente, a aplicação de selantes de fissura;
- c) Os preços praticados à data (1999) pelos diversos subsistemas de saúde¹⁶;
- d) Estimativa de custo da aplicação de selantes de fissura no SNS, por HO, tendo em conta o material consumível, o tempo necessário e o valor da hora de trabalho profissional”.

¹⁴ Circular Normativa nº 1/DSE de 8 de Janeiro de 2002 - Termos de referência para a contratualização no âmbito do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes (Pag.5).

¹⁵ Vd Ofício nº 13204 de 6 de Agosto de 2009 da DGS.

¹⁶ CTT, EDP, MFA, MJ, PSP, PT, TAP e outros.



Este procedimento não contém uma metodologia de cálculo, que objectivamente demonstrasse a razoabilidade do preço então negociado.

O preço então definido ficou sujeito a uma avaliação final nos três primeiros meses, podendo vir a ser ajustado. Contudo não sofreu qualquer ajustamento, uma vez que se manteve inalterado até à reestruturação do PNPSO, em 2009, e, inclusivamente em 2005 com a aprovação do PNPSO¹⁷.

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde refere que a definição dos preços “(...)foi estabelecida através da análise dos preços praticados em vários países europeus em situações semelhantes e das tabelas de preços praticados em Portugal.” Referindo ainda que “O preço foi associado a um conjunto de intervenções de carácter obrigatório, de modo a que seja alcançada uma adequada relação custo/benefício.”

O alegado não procede dado que não foi apresentada evidencia sobre a metodologia de cálculo referida.

O DGS alega que “(...) No triénio 2006-2008 os preços no âmbito da contratualização tiveram em conta os preços praticados pelos diversos subsistemas de saúde e a estimativa de custo da execução das actividades de saúde oral, realizadas nos Centros de Saúde (...)”. A alegação não procede dado que não foi apresentada evidencia que documentasse a metodologia de cálculo desses preços .

Para a avaliação externa dos cuidados médico - dentários prestados pelos profissionais de saúde contratualizados, foi definido o pagamento unitário de € 20, por criança.

O número de prestadores a avaliar em cada região de saúde foi definido pela Comissão Paritária cabendo a esta entidade efectuar, também, a selecção dos avaliadores.

Com o alargamento do programa às grávidas e aos idosos através do Despacho nº 4324/2008, de 22 de Janeiro de 2008, da Ministra da Saúde, foi introduzido o cheque – dentista tendo sido definido que as grávidas podiam receber até 3 cheques e os idosos até 2 cheques cujo valor não podia ultrapassar os € 120 e os € 80 respectivamente, fixando o valor de € 40 a abonar por cada cheque – dentista.

Este valor foi decidido no Gabinete do Ministro da Saúde¹⁸ com base em negociação com a Ordem dos Médicos, Colégio de Especialidade de Estomatologia e a Ordem dos Médicos Dentistas, não tendo sido obtida evidência sobre os estudos económicos que fundamentassem a definição administrativa destes preços.

Os valores limites anuais foram propostos em função da definição do número de utentes por grupo populacional beneficiário e aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde tendo em vista a sua cabimentação em Orçamento do Estado.

A partir de 2009 e após reestruturação do PNPSO, operada pela Portaria nº 301/2009, de 24 de Março, a modalidade de cheque-dentista passou também a abranger as crianças e jovens verificando-se a integração no mesmo modelo contratual de utilização desse meio de pagamento.

¹⁷ Vd Despacho n.º 153/2005 do Ministro da Saúde, publicado no DR n.º 3, 2.ª Série, de 5 de Janeiro.

¹⁸ Vd ofício n.º 13204 de 6 de Agosto de 2009 da DGS.



Quadro 3 – Valor dos Cheques – Dentista

	Crianças e Jovens		Grávidas	Idosos
	dos 7 a 10 anos	13 anos		
Nº de cheques que podem ser atribuídos	até 2 cheques	até 3 cheques	até 3 cheques	até 2 cheques
limite do somatório dos cheques a atribuir	até €80	até €120	até €120	até €80

O valor nominal de cada cheque-dentista é de € 40 sendo o número a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários o que se indica no quadro 3.

Fonte Normativa: Despacho do SES nº 9550/2009 de 25 de Março, publicado no DR 2ª Série de 6 de Abril.

7.4 Contratualização

7.4.1 Evolução do modelo de contratualização 2005 - 2009

O processo de contratualização para utilização de serviços privados de medicina dentária teve o seu início no ano de 2000 e tem consistido na criação de parcerias com o sector privado para a prestação de serviços não realizados no âmbito do SNS, de modo a suprir a insuficiência ou inexistência de profissionais de estomatologia e medicina dentária nos estabelecimentos do SNS e garantir a acessibilidade da população alvo aos cuidados de saúde oral.

No âmbito da operacionalização do PNPSO, a partir de 2005, o modelo de contratualização foi estabelecido por Despacho do Secretário de Estado da Saúde em Dezembro de 2005¹⁹ que estabeleceu o objecto das prestações, as prioridades, o preço e a atribuição à DGS da definição das normas do processo e distribuição do financiamento pelas ARS, repetindo-se nos anos seguintes até 2008.

Entre 2005 e 2008, o modelo de contratualização baseou-se na realização de um concurso público anual²⁰ seguido da realização de contratos de prestação de serviços²¹ com os médicos dentistas/estomatologistas contratados.

¹⁹ Vd. Despacho 719/2006, do SES, de 14 de Dezembro de 2005, publicado no DR n.º 8, II Série, de 11 de Janeiro de 2006. Este despacho refere explicitamente que tinha em conta o Programa do XVII Governo Constitucional que no eixo Mais e Melhor Saúde “*ser criado progressivamente condições para a separação dos sectores público, social e privado*”, bem como o “*pagamento de serviços de forma contratualizada e avaliando-os por critérios quantitativos e sobretudo qualitativos*”.

²⁰ No concurso público foram definidos: O âmbito do contrato (contratualização de serviços de medicina dentária e estomatologia nas condições definidas pelo despacho nº 787/2007 de 13 de Dezembro de 2006, do gabinete do SES, publicado no DR nº 11 de 16 de Janeiro de 2007); A duração do contrato; O valor da contratualização; Os requisitos de formalização das candidaturas.

²¹ Os contratos tipo definiam: Os tratamentos a efectuar; A aceitação de preenchimento da ficha individual; O encargo máximo estimado de € 4.950 (66 crianças x € 75); Forma de pagamento (no final de cada mês devem ser entregues as fichas individuais de saúde oral das crianças com os tratamentos concluídos das quais, após conferência, serão retirados os respectivos destacáveis assinados, como comprovativo de serviço prestado); Prazos de pagamento (o pagamento das vigilâncias mensais será efectuado até 90 dias após entrega das fichas correctamente preenchidas). A avaliação e o acompanhamento da execução das vigilâncias (serão efectuadas pela Comissão Paritária Regional) e a avaliação da qualidade técnica das prestações (é efectuada por um profissional de saúde oral seleccionado por concurso).



Quadro 4 - Contratualização 2005-2008

Itens da contratualização	Descrição
Finalidade	Garantir o tratamento em programa, de todas as crianças, que desenvolvem cárie dentária a ser implementado progressivamente de modo a abranger, no futuro, a população dos 3 aos 16 anos de idade.
Preço da Vigilância	€ 75 por cada criança tratada, independentemente do número de intervenções que cada uma necessitasse.
Procedimento contratual	Concurso público anual, publicitado num jornal nacional e em 3 jornais regionais e com elaboração de contrato ²² .
Objecto	Tratamentos de crianças e de jovens com lesões de cárie dentária em dentes temporários e permanentes e protecção dos dentes, em função do risco individual.
Entidade Pública Contratante	ARS
Crítérios para contratualização de serviços privados.	1.º só podiam concorrer os profissionais de saúde oral, estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respectivas Ordens Profissionais; 2.º as clínicas e consultórios onde estes profissionais exerciam deviam estar licenciadas ou possuir condições higio-sanitárias e de segurança devidamente comprovadas para o exercício da actividade; 3.º as entidades contratualizadas deviam encontrar-se em situação regular perante o fisco e a Segurança Social.
Valor do contrato	O encargo máximo estimado de € 4.950 resultante do preço estabelecido por criança (€ 75) em função do limite de 66 crianças por contrato.
Pagamentos e controlo financeiro	ARS, ACSS, IP
A avaliação e acompanhamento da execução	A execução das vigilâncias incumbia à Comissão Paritária Regional. A avaliação externa da qualidade técnica das prestações seria realizada <i>inter pares</i> , isto é atribuída aos médicos dentistas avaliadores seleccionados em concurso próprio.

Fonte normativa: Despacho 719/2006, do SES, de 14 de Dezembro de 2005; Circular Normativa da DGS n.º 11/DSE, de 27/12/05; regime jurídico de contratação pública relativa à aquisição de serviços, abrangidos pelo DL n.º 197/99 de 8 de Junho e Contratos de prestação de serviços médico-dentários.

Em regra, o procedimento contratual utilizado foi o ajuste directo em função de um valor do contrato estimado de € 4.950. Portanto, o modelo de contratualização adoptado não permitia flexibilizar a negociação, uma vez que partiu de um preço administrativo determinado por despacho (€ 75) multiplicado por um número potencial de beneficiários (66), de modo a não ultrapassar o valor limite do procedimento contratual escolhido (€ 5.000). Assim, a escolha do procedimento poderá ter constituído, *a priori*, um limite ao número de crianças a atender, independentemente do universo de potenciais beneficiários do programa ou do cumprimento de um *ratio* de capitação por cada Médico contratado.

Os beneficiários do programa só podiam utilizar a prestação de cuidados médico - dentários, através da referenciação realizada pelo centro de saúde local para os médicos contratados pela ARS da área.

²² Os contratos também definiam os tratamentos a efectuar e a aceitação de preenchimento da ficha individual.



De acordo com as citadas normas da DGS, em 2006, os contratos teriam a duração de 1 ano, podendo a partir de 2007 ser renováveis até 3 anos. De facto, verificou-se ao longo do triénio que os procedimentos de contratualização se prolongaram até aos meses de Abril/Maio de cada ano, quando o termo previsto para os mesmos contratos se encontrava previsto para 30 de Novembro do mesmo ano em que eram assinados. Tal situação gerou um desencontro entre o âmbito temporal de vigência dos contratos e de disponibilização dos serviços médico - dentários e o calendário do ano lectivo escolar, em regra, fixado entre Setembro e Junho do ano seguinte, o que traduz uma falha evidente de planeamento.

No âmbito do contraditório, o DGS identifica a referida falha como ponto fraco do processo, uma vez que *“O modelo de contratualização utilizado entre 2005 e 2008, baseou-se no quadro legal em vigor, para a realização de despesas públicas e de contratação pública, cumprindo os princípios da legalidade e da persecução do interesse público, operacionalizando-se através de concursos públicos anuais e contratos por ajuste directo”*. Apesar da justificação alegada, mantém-se a conclusão respeitante a este ponto, pois, a observância da legalidade formal podia ter sido conjugada com a previsão atempada da realização dos procedimentos de contratualização.

A partir de Maio de 2008 para tratamento de grávidas e idosos procedeu-se à substituição do procedimento concursal até aí utilizado pela adopção de contratos de adesão electrónica de prestadores. Este procedimento foi estendido a crianças e jovens a partir de 2009 com a emissão generalizada²³ de cheques-dentista, suportada no desenvolvimento de um sistema de informação para a saúde oral (SISO).

²³ Refere-se ao alargamento do âmbito de intervenção do PNPSO, passando a abranger crianças e jovens até aos 16 anos, grávidas seguidas no SNS e idosos beneficiários do complemento solidário – Cfr. Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março.



Quadro 5 – Contratualização na modalidade “Cheque-Dentista”/2009

Contratualização	Descrição
Finalidade	Abranger, de acordo com o mesmo modelo contratual de utilização, cheque-dentista, três segmentos populacionais prioritários, utentes do Serviço Nacional de Saúde: <ul style="list-style-type: none">• Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e instituições privadas de solidariedade social;• Mulheres grávidas seguidas no SNS;• Pessoas idosas beneficiárias do Complemento Solidário.
Procedimento contratual	Registo dos prestadores interessados numa rede de prestadores centralizada em sistema de informação sediado na DGS, através de subscrição de contratos de adesão electrónicos disponibilizados pelas ARS aos interessados para preenchimento. Documentos de apresentação obrigatória: Cópia da cédula profissional e declaração de compromisso de honra garantindo a qualidade dos cuidados a prestar e as necessárias condições hígio-sanitárias.
Entidade Pública Contratante	DGS
Objecto	Tratamentos de crianças e de jovens com lesões de cárie dentária em dentes permanentes e protecção dos dentes, em função do risco individual. Eliminar as lesões activas de cárie dentária nas grávidas seguidas no SNS; Preparação da eventual aplicação de próteses dentárias, bem como identificar e tratar outros problemas de saúde oral em pessoas idosas beneficiárias de complemento solidário.
Utilização dos Serviços	A livre escolha do prestador pelo utente, tendo por suporte uma lista nacional de estomatologistas e médicos dentistas aderentes, disponível e em permanência, na Internet e nas Unidades de Saúde.
Meio de Pagamento/ Valor	Cheque-Dentista; valor unitário de € 40.
Emissão dos Cheques	Os cheques deverão ser emitidos entre Setembro a Abril do ano a que respeitam.
Pagamentos e controlo financeiro	ARS, ACSS, IP,
Prazo de pagamento	30 dias. (Requisito: Ficha Individual assinada pelo beneficiário/encarregado de educação.)
Validade dos Cheques-Dentista	Até ao dia 30 do mês de Agosto subsequente à data da sua emissão ²⁴ .
Garantia dos cuidados prestados	Caso se verifique ser necessário repetir um tratamento/intervenção, até 6 meses após a sua realização, o respectivo médico aderente assumirá o compromisso de o efectuar, sem qualquer remuneração adicional.
A avaliação e acompanhamento da execução	Monitorização dos dados em tempo real através do SISO. A execução das vigilâncias incumbe ao médico de família através do Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO) e interface com o “Sistema de Apoio ao Médico (SAM)”. Não está prevista a avaliação externa da qualidade técnica das prestações <i>inter pares</i> .

Fonte normativa: Despacho nº 4324/2008, de 22 de Janeiro de 2008, do Ministro da Saúde; Portaria 301/2009, de 24 de Março de 2009; Circular Normativa da DGS n.º 02/DSPPS/DCVAE, de 09/01/09.

²⁴ Vd Circular Normativa nº02/DSPPS/DCVAE de 9/1/2009 a fls 5.



A partir de 2009, com o “novo” modelo de contratualização²⁵, simplificou-se e agilizou-se todo o procedimento anterior formalizado pelos concursos e contratos, de acordo com o regime geral de aquisição de serviços. No entanto, o modelo de contratualização actual baseado em contratos de adesão a uma rede de prestadores e pagamento através de cheque-dentista encontra o seu fundamento nas disposições do Código dos Contratos Públicos que consagram a exclusão aos procedimentos de contratação pública, em função do contexto específico em que se realizam estas prestações de cuidados preventivos e curativos, por natureza assimilados a prestações de cuidados de saúde²⁶.

Neste modelo de contratualização a adesão dos médicos dentistas/estomatologistas é livre e universal, desde que apresentem a cédula profissional e o compromisso de honra respeitante às condições higio-sanitárias; a rede de prestadores é aberta, não estando ainda prevista a limitação do número máximo de prestadores, existe publicitação dos procedimentos e suportes de adesão e publicitação aos beneficiários e público em geral dos prestadores aderentes a nível nacional, de acordo com lista organizada por região de saúde e disponível na internet, no portal da saúde.

Manteve-se o propósito anterior de incrementar a flexibilidade e a eficiência do programa, desburocratizando-se o procedimento, reiterando-se a separação entre financiador e o prestador através da criação de um “quase-mercado”, uma vez que os consumidores/utentes não utilizam os seus recursos financeiros privados, mas recursos públicos. Portanto, do lado da procura não são os preços que determinam a escolha dos utentes, mas algum tipo de financiamento público que segue as suas escolhas – “*money follows the patient*”²⁷, neste caso, um “*vaucher*” – cheque-dentista – cujo valor foi fixado administrativamente.

As alterações ao modelo de contratualização adoptaram uma solução centralizada num sistema de informação para a saúde oral (SISO), não permitindo a diferenciação qualitativa ao nível do objecto e da remuneração dos prestadores individualmente considerados e a autonomia negocial de cada uma das ARS, considerando as especificidades regionais, sem prejuízo da possibilidade de intervenção das Autarquias Locais, nos termos previstos pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março²⁸, que reformulou a contratualização.

7.4.2 *Evolução do universo de prestadores contratualizados*

Em 2009, com a implementação do novo procedimento de contratos de adesão electrónicos constatou-se que, até 30 de Junho, a lista de médicos aderentes contava já com 2.944 médicos, número que a DGS considera suficiente para responder à procura actual²⁹ e que excedem manifestamente os 1.532 prestadores que tinham sido contratados em 2008 ao abrigo do modelo anteriormente vigente – vd. Quadro 17.

²⁵ Cfr. Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março.

²⁶ Cfr. al f) do n.º 4 do art.º 5.º do Código dos Contratos Públicos.

²⁷ Terminologia anglo-saxónica frequentemente utilizada na bibliografia respeitante às reformas do serviço nacional de saúde britânico – NHS (*National Health Service*). Instrumento que integra os modelos de financiamento que resultam de soluções de compromisso/parceria entre o público e o privado na linha dos conceitos e modalidades de quase-mercados ou mercados planeados. Neste sentido ver Le Grand, 2007:41.

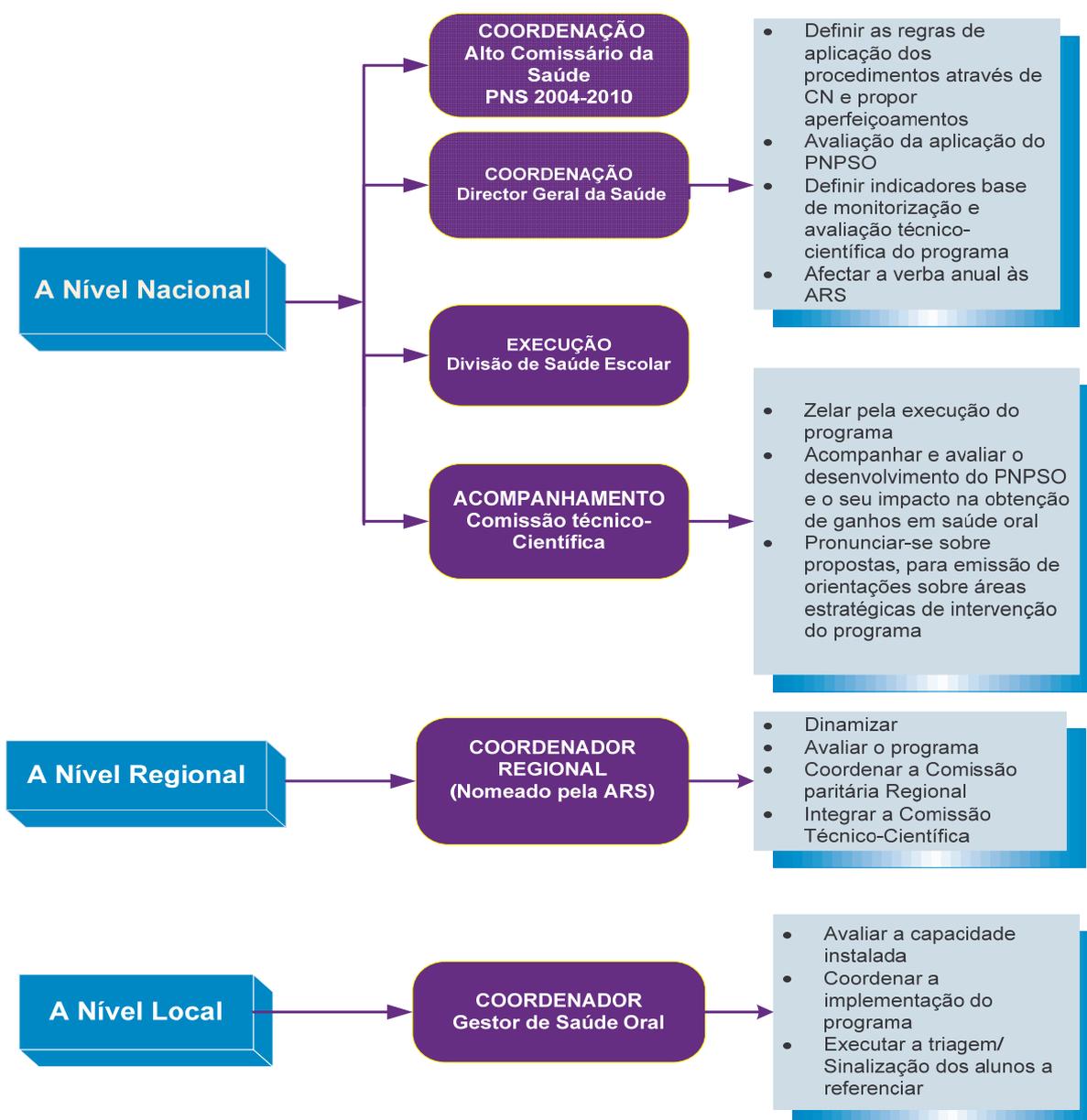
²⁸ Cfr. n.º1 do art.º 12.º.

²⁹ Cfr. Ofício n.º 11838 de 17/07/09 da DGS – vd. anexo 8.

8 COORDENAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA

A coordenação do Programa, a nível nacional, tem sido exercida pelo Alto Comissário da Saúde³⁰ e pela DGS no âmbito das suas competências em matéria de saúde pública, a nível regional pelo Coordenador Regional e pela Comissão Paritária e ao nível local pelo Gestor de Saúde Local pertencente à Unidade de Saúde Pública do Agrupamento dos Centros de Saúde ou das Unidades Locais de Saúde, conforme se ilustra na figura seguinte:

Figura 1 – Coordenação do PNPSO



Fonte Normativa: Despacho 153/2005, de 5 de Janeiro, Circular n.º 1/DSE, de 18 de Janeiro de 2005, Composição e Atribuições da Comissão Técnico-Científica (aprovada em 30/11/2005), Despacho 4324/2008, de 19 de Fevereiro, Circular Normativa n.º 02/DSPPS/DCVAE, de 9 de Janeiro de 2009.

³⁰ Nos termos da Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março, (que revogou os anteriores despachos do MS sobre o PNPSO) a coordenação do PNPSO apenas está atribuída à DGS. Situação confirmada na resposta, em sede de contraditório, da Alta Comissária da Saúde.



A implementação efectiva do programa é da responsabilidade das Equipas de Saúde Escolar/Higienistas Oraís dos Centros de Saúde, sob a orientação do Coordenador Regional da Saúde Escolar.

Nos Centros de Saúde dotados de Higienista Oral, geralmente são esses profissionais que assumem a responsabilidade pelas tarefas inerentes à gestão da saúde oral³¹ designadamente o rasteio da população abrangida e a selecção dos beneficiários em função do tipo de intervenção (vg. aplicação de selantes ou envio para tratamento).

O acompanhamento a nível nacional tem sido realizado por uma Comissão Técnico-Científica e a nível regional pela Comissão Paritária.

A descrição da operacionalização do PNPSO, o levantamento, os testes³² e a avaliação do sistema de controlo interno associados aos procedimentos de operacionalização supra referidos encontra-se desenvolvida em anexo³³, remetendo-se a respectiva apreciação para o ponto 15 deste relato.

9 EXECUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA – TRIÉNIO 2006/2008

9.1 Financiamento Atribuído versus Utilizado

No triénio 2006/2008, foram disponibilizados € 15 milhões³⁴ para a Saúde Oral de Crianças e Jovens, dos quais foram utilizados cerca de € 11,773 milhões, o que traduz uma execução de 78%.

O ano com maior financiamento (€ 6 milhões) foi 2008, tendo sido utilizados cerca de € 4,7 milhões, (79%) - cfr gráfico seguinte.

Gráfico 2 – Financiamento Atribuído Versus Utilizado



Fonte: ACSS e ARS

³¹ Enquanto nos Centros de Saúde sem Higienistas Oraís são os enfermeiros que assumem a responsabilidade pelo desempenho dessas tarefas.

³² Para efeito de amostragem para realização de testes seleccionaram-se amostras utilizando-se o método de amostragem aleatória simples, com extracção de dados a partir de ficheiros remetidos pelas ARS recorrendo à aplicação informática "IDEA".

³³ Vd anexos 2, 3 e 15.

³⁴ Vd anexo 4.



Saliente-se que este financiamento se destinou a suportar os encargos resultantes da contratualização de médicos dentistas/estomatologistas (€ 11,6 milhões) e da avaliação externa efectuada pelos seus pares (€ 0,2 milhões).

De referir que não foi utilizado no triénio cerca de € 3,2 milhões da dotação atribuída (vd gráfico 2 e quadro 6), em virtude da fraca adesão dos prestadores ao programa. Tal situação evidencia erros de planeamento.

Considerando como hipótese de trabalho, a título meramente exemplificativo, que a taxa social³⁵ de desconto nominal de 6,08%, que consta do Despacho n.º 13 208/2003 (2ª Série) da Ministra de Estado e das Finanças, publicado em 7 de Julho, é uma boa estimativa do custo de oportunidade do capital, e que a referida verba permaneceu cativa, pelo menos, durante um ano³⁶, o desperdício financeiro comportar-se-ia em cerca de € 76.785³⁷ com evidentes prejuízos para os utentes, causando entropias no sistema de difícil quantificação.

A alternativa seria essa verba ter sido aplicada com oportunidade no PNPSO permitindo tratar mais 43 017 crianças conforme se demonstra no quadro seguinte.

Quadro 6 – Crianças e Jovens que Poderiam Ter Sido Tratadas

	Plafond Atribuído	Plafond não Utilizado	Nº Crianças que Poderiam ser Atendidas
2006	€ 4.000.000	€ 855.995	11.413
2007	€ 5.000.000	€ 1.118.265	14.910
2008	€ 6.000.000	€ 1.251.990	16.693
Total	€ 15.000.000	€ 3.226.250	43.017

Fonte: ARS e ACSS

Em 2008, o financiamento atribuído a grávidas e idosos atingiu o montante de € 15 milhões dos quais apenas foram assumidos encargos de cerca de € 1 milhão, em resultado da fraca adesão da população idosa.

9.2 Execução do Programa em Crianças e Jovens

No triénio 2006/2008, a contratualização de médicos dentistas/estomatologistas permitiu abranger no programa 168.694 crianças e jovens, das quais 154.072 concluíram os tratamentos, o que representa uma taxa de realização de 91%.

Efectuando uma análise comparativa do número de crianças que acabaram os tratamentos em 2008 face ao ano anterior, verifica-se que:

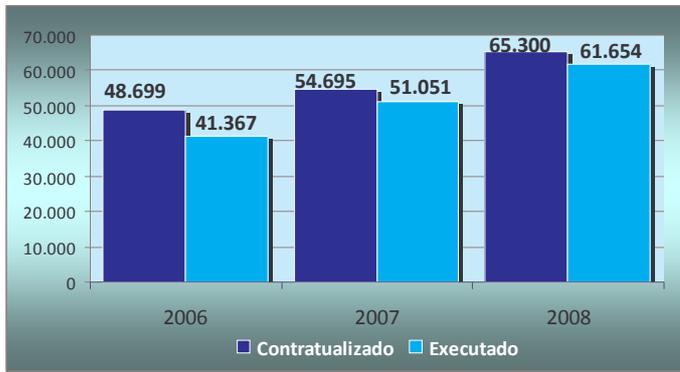
³⁵ De acordo com o "Guide to Cost-Benefit Analysis" da Comissão Europeia, de 16 de Junho de 2008, pag. 208, o EC "Working Document N.º 4" sugere uma taxa social de desconto de referência, em termos reais, para 2007-2013, de 5,5% para os países elegíveis para o Fundo de Coesão e de 3,5% para os outros. Vide, igualmente, David Evans, "Social discount rates for the European Union: new estimates" inserto em "Cost-Benefit analysis and incentives in Evaluation", páginas 280-294, editado por Massimo Florio e publicado por Edward Elgar Publishing Limited, 2007.

³⁶ Aplicando-se-lhe uma taxa de juro igual à dos certificados especiais de dívida a curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,7%.

³⁷ € 3.226.250 *(0,0608-0,037)=€ 76.785.



Gráfico 3 – Execução Física Global – Crianças e Jovens



Fonte: ARS

De 2007 para 2008 existiu um acréscimo de 20,7% de crianças tratadas, situando-se a taxa de execução final em 94%

A região do Norte, em média, regista em 2008 a melhor taxa de execução final (98%) apesar de em 2006 ter sido uma das mais baixas (85%)³⁸.

As regiões de saúde do Centro e do Algarve situaram-se acima da média nacional atingindo, em 2008, respectivamente, 98% e 94%. A região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo atingiu 89% e a do Alentejo 87%³⁹.

A execução financeira, no triénio, apresenta taxas de execução acima dos 85%⁴⁰, verificando-se um pico em 2008 (94%) -vd. quadro 7.

Quadro 7 – Execução Financeira - Crianças e Jovens

	Unid: euros		
	Contratualizado	Executado	%
2006	3.652.425	3.102.525	85
2007	4.102.125	3.828.825	93
2008	4.897.500	4.624.050	94
Total	12.652.050	11.555.400	91

Fonte: ARS

Gráfico 4 – Execução Financeira – Crianças e Jovens

Unid: euros



Fonte: ARS

Efectuada uma análise por região verifica-se que as regiões do Algarve e do Norte apresentam taxas de execução anuais situadas em 94%⁴¹, sendo a região do Alentejo a que apresenta, no triénio, a menor taxa de execução (80%).

³⁸ Vd anexo 7- quadro 19

³⁹ Vd. anexos 6 e 7.

⁴⁰ Vd anexo 5.

⁴¹ Vd anexo 5.



9.3 Execução do Programa em Grávidas e Idosos em 2008

O Programa de Saúde Oral foi alargado a grávidas e idosos a partir de Março de 2008, com a emissão de cheques dentista a estes extractos de população.

Nesse ano, entraram no programa 24.066 utentes (20.538 grávidas e 3.528 idosos) sendo emitidos 37.659 cheques e utilizados 26.497 (70%) e efectuados 79.686 tratamentos o que corresponde a uma média de 3,3 por utente abrangido pelo programa.

Quadro 8 – Execução Física dos Cheques Dentista

Ano	Utentes Abrangidos	Cheques Emitidos	Cheques Utilizados	Cheques Pagos	Tratamentos Efectuados	Taxa de Utilização de Cheques Emitidos	% de Pagamentos
Grávidas	20.538	32.787	23.293	8.632	69.245	71	37
Idosos	3.528	4.872	3.204	1.105	10.441	66	34
Total	24.066	37.659	26.497	9.737	79.686	70	37

Fonte: DGS - Informação de 17 de Julho de 2009.

Dos cheques utilizados foram pagos 9.737 (37%) devido ao atraso no envio da facturação pelos prestadores de serviços.

Dos cheques emitidos a grávidas, no valor de € 1311.480 foram utilizados cerca de 71%, (€ 931.720).

Na vertente da prestação de cuidados aos idosos foram emitidos cheques-dentista no valor de € 194.880, tendo sido utilizados € 128.160, mas apenas foi pago 34% deste valor, devido a atrasos no envio da facturação pelos médicos dentistas e estomatologistas. A emissão reduzida de cheques a este grupo deveu-se à dificuldade de identificar com oportunidade os beneficiários do complemento solidário.

Nos primeiros seis meses de implementação foram pagos € 389.480, o que correspondeu a 37% do total de cheques utilizados (€ 1.059.880).

Quadro 9 – Execução Financeira dos Cheques Dentista

Unid: euros

Ano	Cheques Emitidos	Cheques Utilizados	cheques pagos
Grávidas	1.311.480	931.720	345.280
Idosos	194.880	128.160	44.200
Total	1.506.360	1.059.880	389.480

Fonte: Elaboração própria com base em informação da DGS de 17 de Julho de 2009.

Esta fraca percentagem de pagamentos resulta do atraso da concessão de autorização pelos profissionais envolvidos⁴² para o acesso à sua situação tributária e do atraso no envio da facturação pelos prestadores de serviços.

⁴² Cfr. Relatório sobre "O impacto do Projecto de Saúde Oral na Grávida e no Idoso", de 19 de Dezembro de 2008, do Coordenador do Alargamento do Programa.



10 EXECUÇÃO FÍSICA E FINANCEIRA CHEQUE - DENTISTA - 1.º SEMESTRE DE 2009

No primeiro semestre de 2009, foram abrangidos pelo programa 203.160 utentes (crianças, jovens, grávidas, idosos e infantis dos 3 aos 5 anos) a quem foram emitidos 220.575 cheques dentista, no valor total de € 8,8 milhões, dos quais foram utilizados apenas 17%.

A fraca execução deve-se ao atraso verificado na emissão e distribuição dos cheques a crianças e jovens, tendo o grupo (grávidas e idosos) utilizado 79% dos cheques que lhe foram emitidos.

Quadro 10 – Execução do 1º Semestre de 2009

	Utentes Abrangidos	Nº Cheques Emitidos	Nº cheques Utilizados	Nº Cheques Pagos	Tratamentos Efectuados	% Utilizados/Emitidos	% Pagos/Utilizados
Crianças/Jovens(SOCJ)	180.259	180.259	6.800	nd	nd	3,8	
Grávidas (SOG)	17.429	33.013	26.214	16.476	74.274	79	63
Idosos (SOPI)	3.412	5.243	4.064	2.303	13.270	78	57
Infantis (SOSI)	2.060	2.060	299	nd	nd	15	
Total	203.160	220.575	37.377	18.779	87.544	17	50

Fonte: DGS informação fornecida em 17 de Julho de 2009

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde vem esclarecer que "(...) a análise está prejudicada (...) na medida em que a componente essencial em avaliação – distribuição de cheques a crianças e jovens das coortes com 7, 10 e 13 anos- se processou nos meses de Maio e Junho de 2009." Sendo os dados referentes a 31 de Outubro, os seguintes:

Crianças em Programa	239.326
Cheques emitidos	212.728
Cheques utilizados	178.080
Referenciações HO emitidas	19.945
Referenciações HO utilizadas	4.316

Fonte: Dados fornecidos pela Ministra da Saúde e recebidos a 17 de Novembro de 2009.

O alegado não prejudica a análise efectuada uma vez que esta incidiu no triénio 2006/2008 e o 1º semestre de 2009, sendo a informação agora apresentada referente a um período posterior, não tendo por isso sido validada em sede de auditoria.

Foram efectuados 87.544 tratamentos a grávidas e idosos o que corresponde a uma média de 4,2 por utente, verificando-se um acréscimo face ao ano anterior (em que o programa abrangeu este extracto populacional no último semestre de 2008).

Neste período, apenas se registaram pagamentos de serviços a grávidas e idosos num total que ascendeu a cerca de € 751.160, o que representou 62% do valor dos cheques utilizados - vd. quadro11.

Quadro 11 – Execução Financeira dos Cheques Dentista – 2009

Unidade: euros

	Cheques Emitidos	Cheques Utilizados	Cheques Pagos
Crianças (SOCJ)	7.210.360	272.000	nd
Grávidas (SOG)	1.320.520	1.048.560	659.040
Idosos (SOPI)	209.720	162.560	92.120
Infantis (SOSI)	82.400	11.960	nd
Total	8.823.000	1.495.080	751.160

Fonte: DGS



A fraca percentagem de pagamento dos cheques dentista utilizados por idosos e grávidas resultou do atraso do envio da facturação pelos prestadores de serviços, no entanto face ao ano anterior verificou-se uma evolução positiva na aplicação dos procedimentos referentes aos pagamentos.

11 UNIVERSALIDADE E EQUIDADE NO ACESSO AO TRATAMENTO

No triénio 2006/2008, o número de crianças e jovens que foram referenciadas para tratamento médico dentário, representou 5% do total das crianças e jovens, que nesse triénio frequentaram escolas públicas. Essa taxa de cobertura teve crescimentos anuais de apenas 1% - vd quadro 12.

Quadro 12 – Taxa de Cobertura de Tratamentos da População Escolar Pública

Ano	Total de Crianças em escolas públicas (*)	Nº Crianças contratualizadas	Taxa de Cobertura
2006	1.148.774	48.699	4%
2007	1.165.972	54.695	5%
2008	1.167.168	65.300	6%
total	3.481.914	168.694	5%

(*) Consideraram-se os anos lectivos 2005/2006, 2006/2007 e 2007/2008.
Fonte: DRE e ARS

Quadro 13 – Taxa de Cobertura de Tratamentos da População Escolar

Ano	Uníverson da População escolar (*)	Nº Crianças contratualizadas	Taxa de Cobertura
2006	1.403.036	48.699	3%
2007	1.428.331	54.695	4%
2008	1.421.977	65.300	5%
total	4.253.344	168.694	4%

(*) Considerou-se o total de crianças em escolas públicas e privadas.
Fonte: DRE e ARS.

Face ao universo das crianças e jovens das fchas etárias abrangidas pelo programa, que frequentaram as escolas públicas e privadas, atingiu-se uma taxa de cobertura de apenas, 3% em 2006, 4% em 2007 e 5% em 2008, sendo a taxa de cobertura do triénio de 4% vd quadro 13.

Em sede de contraditório, o DGS alegou que: "(...)se excluirmos do cálculo efectuado as crianças e jovens sem necessidade de tratamento, a referida taxa de cobertura (4%) poderá apresentar valores que já não se consideram como manifestamente diminuídos."

O Tribunal mantém a sua posição, uma vez que, a taxa de cobertura da população escolar tem que abranger todo o universo e não apenas uma parte deste (crianças com cáries). A não consideração das crianças e jovens sem necessidade de tratamento descaracterizaria o indicador pretendido, de acordo com o critério da universalidade, pelo que o alegado não procede.

Quadro 14 – Taxa de Cobertura de Tratamentos e Prevenção da População Escolar

Ano	Uníverson da População escolar (*)	Nº Crianças atendidas pelo Higienista	Nº Crianças contratualizadas	Total	Taxa de Cobertura
2006	1.403.036	745.289	48.699	793.988	57%
2007	1.428.331	725.399	54.695	780.094	55%
2008	1.421.977	648.796	65.300	714.096	50%
total	4.253.344	2.119.484	168.694	2.288.178	54%

(*) Considerou-se o total de crianças em escolas públicas e privadas.

(**) Actividade do higienista traduzida pelo nº de crianças abrangidas na educação, escovagem de dentes, aplicação de flúor e de selantes.

Fonte: DRE e ARS

Se considerarmos também as crianças e jovens abrangidos pelo programa no âmbito da prevenção e educação em saúde oral, trabalho desenvolvido pelos higienistas orais dos centros de saúde, obtém-se uma taxa de cobertura total da população escolar de 54%, - vd quadro 14.



Quadro 15 – Taxa de Cobertura de Tratamentos e Prevenção da População Escolar Pública

Ano	Total de Crianças em escolas públicas	Nº Crianças atendidas pelo Higienista (*)	Nº Crianças contratualizadas	Total	Taxa de Cobertura
2006	1.148.774	745.289	48.699	793.988	69%
2007	1.165.972	725.399	54.695	780.094	67%
2008	1.167.168	648.796	65.300	714.096	61%
total	3.481.914	2.119.484	168.694	2.288.178	66%

(*) Actividade do higienista traduzida pelo nº de crianças abrangidas na educação, escovagem de dentes, aplicação de flúor e de selantes.

Fonte: DRE e ARS

Considerando que a actividade dos higienistas orais se concentra nas instituições do ensino público, apurou-se a taxa de cobertura do triénio relativamente à população escolar pública de 66%.

Apesar da disponibilidade das verbas que ficaram por executar (vd. ponto 8.1), constatou-se que o PNPSO apenas tratou a população escolar pública e excluiu sem fundamento legal explícito a população escolar do sector privado⁴³, num total de 771.430 crianças e jovens.

Quadro 16 – Crianças em Escolas Privadas

Ano	Total de Crianças em Escolas Privadas
2006	254.262
2007	262.359
2008	254.809
total	771.430

Fonte: GEPE e DRE

O requisito de universalidade devia coincidir com a qualidade de utente do SNS, por via de inscrição no Centro de Saúde, independentemente da natureza pública ou privada do estabelecimento de ensino frequentado⁴⁴.

Em sede de contraditório o DGS nada opõe ao exposto opinando que "(...) A DGS nada tem contra a inclusão dos alunos das escolas privadas nos beneficiários do alargamento do PNPSO, desde que dessa decisão não resultem prejuízos e limitações de acesso a higiene oral e medicina dentária a outros grupos populacionais claramente mais vulneráveis e desfavorecidos. No entanto, a decisão transcende as competências da DGS (...)".

Além disso, em 2009 a abrangência do programa em termos operacionais foi circunscrita a determinados "coortes" etários⁴⁵ da população escolar pública⁴⁶ contrariando o disposto na Portaria nº 301/2009, de 24 de Março, na qual se estabelece que a aplicação do programa se destina a crianças e jovens com idade inferior a 16 anos. Portanto não foi por isso abrangida a população de crianças e jovens dos 14 aos 16 anos⁴⁷ bem como todos os que se encontram nos restantes intervalos.

⁴³ Aliás em contrariedade com o texto do próprio programa publicado pela DGS: "(...) As actividades do programa devem ser incluídas nos programas de saúde materna, saúde infantil e juvenil e saúde escolar, ser desenvolvidas no centro de saúde e em todos os estabelecimentos de educação pré-escolar e do ensino básico, públicos, privados ou dependentes de estruturas oficiais da segurança social." – cfr. ponto 7, pág. 9 do "Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral", Divisão de Saúde Escolar da DGS, 2005. De referir, no entanto, que pontualmente as ARS do Alentejo e do Algarve abrangeram algumas escolas privadas em 2008. Na área da ARS do Alentejo foi abrangida uma IPSS.

⁴⁴ Situação que seria comprovada pelos escalões do abono de família para crianças e jovens com idade superior a 12 meses, caso tivesse sido esse o intuito da abrangência do PNPSO.

⁴⁵ Cf. ponto 7.2: Os "coortes" são: 7, 10, 13 anos de idade.

⁴⁶ Cf. nº 3 da Circular Normativa Nº2/DSPPS/DCVAE DE 09/01/09, no qual se estabelece que deve ser intervencionada prioritariamente a população inserida nos referidos "coortes".

⁴⁷ Cf. alínea c) do n.º 1 do art.º 2.º, conjugado com o n.º 2 do art.º 5.º



A Ministra da Saúde vem esclarecer que “(...) não há condições orçamentais para abranger todos (...)” e que “(...) é uma opção política do Ministério da Saúde (...) prestar cuidados (...) a grupos populacionais mais vulneráveis ou àqueles em que as vantagens da intervenção sejam potencialmente maiores”.

O alegado não procede dado que, não só, as verbas disponibilizadas para o programa em qualquer dos anos do triénio não foram utilizadas na sua totalidade (vd Quadro 6 – Crianças e Jovens que Poderiam Ter Sido Tratadas), como também não se obteve evidência de que fosse exigido algum comprovativo da condição socioeconómica que comprovasse a vulnerabilidade dos beneficiários abrangidos pelo programa, além da mera condição de matrícula em estabelecimento de ensino público.

Quadro 17 – Número de Médicos por 100 Crianças Da População Escolar Pública

Ano	Total de Crianças em Escolas Públicas	Nº Médicos Aderentes	Nº Médicos Aderentes por 100 Crianças
2006	1.148.774	1.166	0,101
2007	1.165.972	1.191	0,102
2008	1.167.168	1.532	0,131
2009(*)	1.167.168	2.944	0,252

(*) Por não existir informação disponível considera-se por hipótese que o nº de crianças do 1º semestre de 2009 é o mesmo de 2008.

Fonte: DRE e ARS.

Face ao número de médicos aderentes no 1º semestre de 2009, considerando por hipótese que a população escolar pública tem dimensão idêntica à de 2008, constata-se uma duplicação do “número de médicos aderentes por 100 crianças” em relação ao ano anterior.

No triénio 2007/2008 existia **restrição da liberdade de escolha dos beneficiários** por não haver possibilidade destes utilizarem os médicos de outras áreas de abrangência, ou por **adesão insuficiente de prestadores** havia certas áreas de Centros de Saúde sem médico prestador, aspecto atenuado a partir da generalização do cheque-dentista, cuja natureza se assemelha a um “*vaucher*” utilizável em qualquer parte do território, desde que o prestador conste da lista dos médicos aderentes.

Considerando as tabelas de realização de consultas por região e por médico dentista/estomatologista contratado⁴⁸, verifica-se que as diferenças são grandes, o que reflecte os desencontros entre a localização da oferta e da procura.

Em sede de contraditório, o DGS reconhece estes problemas como pontos fracos do processo, designadamente: “(...) *adesão insuficiente de prestadores, desencontros entre a localização da oferta e da procura, restrição da liberdade de escolha dos beneficiários e baixa taxa de cobertura da contratualização na população escolar* (...)”.

Refere ainda, que “(...) *A baixa taxa de cobertura da contratualização, na população escolar será um problema do passado. A referenciação de TODAS as crianças das coortes definidas que frequentam as escolas públicas em Portugal continental, proporcionar-lhes-à um contacto periódico e sistemático com profissionais especializados de saúde oral ao longo do seu ciclo escolar e de acordo com as suas necessidades de saúde. O que representará um enorme acréscimo de beneficiários do PNPSO a quem será anualmente assegurado o acesso a cuidados especializados de saúde oral* (...)”.

Existe concordância com os principais pontos fracos relatados, mas não foi apresentada evidência de planeamento que resultasse num acréscimo de beneficiários do PNPSO.

A partir de Janeiro de 2009, constatou-se que o cheque dentista tem vindo a ser distribuído às crianças e jovens das faixas etárias de 7, 10 e 13 anos, independentemente de necessitarem de tratamento ou de aplicação de selantes. Importará alertar que as crianças e

⁴⁸ Vd. anexo 8.



jovens que não se encontrem nas faixas etárias definidas pelos “coortes”, mesmo que apresentem cáries não têm acesso ao cheque dentista, tendo que aguardar até ao limite máximo de 3 anos pelo acesso ao tratamento. Neste sentido a operacionalização do cheque-dentista no 1º semestre de 2009, veio restringir o âmbito da população alvo e suscitar novas barreiras de acesso que não existiam na configuração do PNPSO em anos anteriores (2006/2008).

Conclui-se que o PNPSO violou os princípios da universalidade e da equidade no acesso⁴⁹, dado que não abrangeu toda a população de crianças e jovens dos 3 aos 16 anos (excluiu as das escolas privadas), tendo efectuado uma aplicação selectiva (através da introdução de “coortes”) e de barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral (restrições da liberdade de escolha dos beneficiários).

O DGS, em sede de contraditório, vem, sem suporte documental contendo quantificação demonstrada, referir que“(…) A estratégia de saúde pública adoptada, inspirada em processos há muito testados em Portugal na área da vacinação e alicerçada em critérios de eficiência conduziu à implementação de uma intervenção sistemática, que anualmente beneficiará TODOS os indivíduos pertencentes a coortes previamente seleccionadas constituídas por alunos com 7,10 e 13 anos de idade. Assim, ao longo do seu ciclo escolar, as crianças que frequentam as escolas públicas do continente serão contempladas com 3 ciclos de cuidados de saúde, que lhes poderá proporcionar um total de 7 cheques – dentista. Globalmente, o número anual de beneficiários será 6 vezes superior ao número máximo de crianças abrangidas nos anos anteriores. O que significa um notável aumento da cobertura nos grupos seleccionados e seguramente ganhos de saúde muito significativos(…)”. Esta alegação não procede e, por isso não altera as conclusões que se retiraram sobre universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde oral.

12 RECURSOS OPERACIONAIS

12.1 Prestadores Contratados: Médicos Dentistas

No quadro seguinte apresenta-se o número total nacional de estomatologistas e médicos dentistas contratualizados no triénio em análise por ARS:

Quadro 18 – Profissionais de Saúde Oral Contratualizados

ARS	Anos		
	2006	2007	2008
Norte	492	482	699
Centro	338	383	389
LisboaValedoTejo	200	194	249
Alentejo	52	55	83
Algarve	84	77	112
Total	1.166	1.191	1.532

Fonte: Relatório da DGS do ano de 2008

O número de médicos contratados aumentou 31% no triénio, apresentando em 2008 um acréscimo de 29% relativamente ao ano transacto.

Em Junho de 2009 com o novo procedimento de contratos de adesão electrónicos a lista de médicos aderentes contava já com 2.944 médicos (vd. quadro17) e 4.333 locais de prestação de cuidados⁵⁰, números que a DGS considera suficientes para responder à procura actual.

⁴⁹ Cfr. art.º 64.º da Constituição da República Portuguesa, em conjugação com os art.ºs 4.º e 5.º do Código do Procedimento Administrativo e Base I da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

⁵⁰ Cfr. Ofício n.º 11838 de 17/07/09 da DGS.



No triénio 2006/2008 foram atendidas, em média, 40 crianças por médico contratado, (vd. quadro 19) sendo de realçar a média verificada na ARS Algarve⁵¹, que se caracterizou por ser a mais elevada (79 crianças), devido ao reduzido número de médicos contratados face ao elevado nº de crianças a atender⁵².

Quadro 19 – Média de Crianças Atendidas por Médico/Ano

Ano	Médicos Contratados (*)	Crianças Atendidas(**)	Média de Crianças por Médico
2006	1.166	41.142	35
2007	1.191	51.660	43
2008	1.532	61.671	40
Total	3.889	154.473	40

(*) Informação retirada dos relatórios da DGS.

(**) Informação fornecida pelas ARS, que difere ligeiramente da constante nos relatórios da DGS devido a correções efectuadas em data posterior

Fonte: ARS e DGS

Repare-se que em todas as médias apuradas foram atingidos cerca de 60% do número limite de 66 crianças por médico, nos termos estabelecidos pelos contratos.

Para tratamento das crianças abrangidas pela contratualização realizaram-se 94.952 consultas, em 2006, 115.827, em 2007, e de 135.910, em 2008, sendo a média nacional de consultas por criança e jovem tratada de 2,24 (foram realizadas 346.689 consultas a 154.483 crianças e jovens) tendo ocorrido o maior número de consultas na região Norte 2,8 consultas por utente (45.778 crianças e jovens beneficiaram de 126.544 consultas)⁵³.

Quadro 20 – Nº de Consultas Realizadas

Ano	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
2006	37.298	32.504	19.832	5.318	(*)	94.952
2007	42.171	32.860	19.770	11.358	9.668	115.827
2008	47.075	34.259	22.270	13.988	18.318	135.910
Total	126.544	99.623	61.872	30.664	27.986	346.689

(*) Em 2006 a ARS Algarve não elaborou mapa anual de execução da contratualização.

(**) A ARSN forneceu dados actualizados de 2006 e 2007.

Fonte: DGS e ARSN

O grupo etário que necessitou de mais consultas *per capita* foi o grupo dos 14 aos 16 anos com 3 consultas por criança tratada em 2006, 2,8 em 2007 e 2,8 em 2008⁵⁴. Sem prejuízo do preço fixo de € 75 abranger todo o tratamento, nestes casos o valor médio de cada consulta terá sido de € 25, o que poderá ter-se traduzido num incentivo pouco atractivo para a adesão do número adequado de prestadores (médicos dentistas e estomatologistas).

O maior número de consultas realizadas verificou-se na região norte em cada um dos três anos em análise. No triénio representaram cerca de 37% do total de consultas realizadas, aspecto que não se encontrava justificado pela avaliação da qualidade desenvolvida pelos intervenientes no PNPSO, nem reflectida em estudos de custo-benefício que não foram realizados pela Comissão Técnico Científica de Acompanhamento.

Portanto, no triénio de 2006/2008 verificou-se que o PNPSO não teve uma implementação harmoniosa em todas as regiões do país, em virtude da falta de flexibilidade dos instrumentos contratuais e dos preços fixos praticados.

⁵¹ Vd. anexo 8.

⁵² Vd. anexo 8.

⁵³ Vd. Anexo 9.

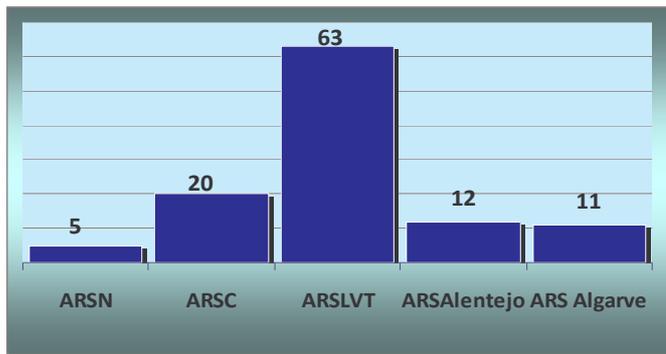
⁵⁴ Vd anexo 9.

12.2 Actividade Higiene oral

12.2.1 Universo e distribuição dos higienistas Oraís

Existem actualmente 111 higienistas orais a desempenhar funções nos 353 centros de saúde existentes em todo o país, o que representa a cobertura de apenas um terço dos existentes, considerando a hipótese de não existir mais do que um higienista em cada centro. A sua distribuição é a que se indica no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição de Higienistas por ARS



Fonte: Relatório da DGS- 2008

Observa-se que não existe uma distribuição de higienistas orais proporcional à dimensão geográfica e populacional de cada região, sobressaindo o manifesto número diminuto de higienistas na ARSN.

Em sede de contraditório, a Ministra da Saúde vem alegar que “Não é exacto que só um terço dos Centros de Saúde tenha serviços de higienista oral. Ocorre que a população servida por cada Centro de Saúde varia de modo mais acentuado, quer em número quer nas suas características demográficas. Assim, tomando como exemplo o Alentejo, 11 higienistas orais asseguram serviço em 44 Centros de Saúde”.

Sobre o alegado refira-se que, a cobertura de um terço dos centros de saúde traduz uma média dos recursos humanos disponíveis face ao número de centros de saúde existentes.

Quanto às características demográficas, saliente-se as divergências observadas entre a ARSN que dispôs de 5 higienistas orais para ocorrer a uma população escolar de 472.016 crianças e jovens a frequentar o ensino público (no ano lectivo de 2007/2008), com um rácio de 94.403 crianças por higienista, e a ARS do Alentejo com 11 higienistas a abrangerem, nesse ano, uma população escolar de 57.041 crianças, sendo o rácio de 5.185 crianças por higienista.

Estas diferenças demonstram que a distribuição dos higienistas orais não é proporcional à dimensão geográfica e populacional de cada região.



Considerando a “*actividade de educação*” desenvolvida⁵⁵, nos três anos lectivos, pelos higienistas ou pelos enfermeiros⁵⁶ em ambiente escolar, apuraram-se em 2007/2008 um total de 369.382 crianças abrangidas nestas acções, 389 465 em 2006/2007 e 395 300 em 2005/2006⁵⁷ - vd. gráfico 6.

Gráfico 6 - Actividade de Educação e Escovagem de Dentes



Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar - DGS

No âmbito da “*Actividade de Prevenção de Saúde Oral*” os higienistas ou enfermeiros⁵⁸ efectuaram a aplicação de flúor a um total de 871.554 crianças e jovens a frequentar escolas públicas nos três anos lectivos (2007/2008, 2006/2007 e 2005/2006)⁵⁹ tendo os higienistas aplicado selantes nos Centros de Saúde a um total de 93.783 crianças e jovens - cfr gráfico contribuindo desta forma para que a taxa de cobertura da população passasse de 5% para 68% (vd. quadro12 e 15).

⁵⁵ Em conjunto com as equipas de saúde escolar, através da educação para a saúde sobre higiene oral e educação alimentar.

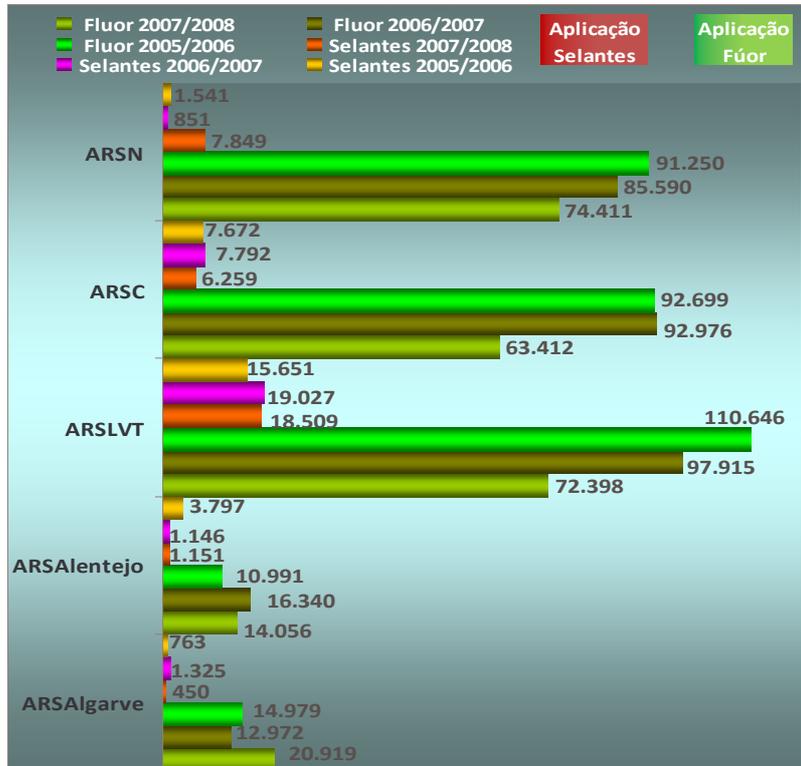
⁵⁶ Nos centros de saúde em que não há higienista.

⁵⁷ Vd. anexo 10.

⁵⁸ Nos centros de saúde em que não há higienista oral.

⁵⁹ Vd anexo 10.

Gráfico 7 - Actividade de Aplicação de Selantes e de Flúor



Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar - DGS

Nos três anos em análise verificou-se que o número de crianças abrangidas pela aplicação de selantes cresceu 38% tendo diminuído o nº de aplicações de flúor em 4%. As crianças abrangidas por acções de escovagem de dentes tiveram um crescimento de 4% e as abrangidas em acções de educação em saúde oral decresceram 1%.

Em sede de contraditório, o DGS realça que“(…)é atribuído aos higienistas orais um vasto conjunto de actividades que são frequentemente desenvolvidas ... por enfermeiros de saúde pública e de saúde comunitária (...). Havendo pelo menos 242 Centros de Saúde em Portugal continental sem higienista oral e em função dos elementos de avaliação das actividades de promoção da saúde e prevenção das doenças orais desenvolvidas (...) facilmente se constata que se verificou uma atribuição inadequada da execução das referidas actividades apenas aos higienistas orais”.

O alegado não invalida o referido neste ponto, nem as conclusões relativas à actividade dos higienistas de aplicar selantes dado que os enfermeiros não estão habilitados a prestar esses cuidados de saúde oral.

Tendo por base o universo dos higienistas orais em exercício de funções nos Centros de Saúde situados no território continental⁶⁰, à data de Junho de 2009, foi realizado um inquérito a cerca de 65% desse universo com o objectivo de aferir a opinião dos mesmos quanto às dificuldades inerentes à operacionalização do programa e obter sugestões de melhoria.

Da análise do referido inquérito resulta que uma parte significativa dos centros de saúde em que se encontravam colocados os higienistas orais respondentes (34%) não estava devidamente equipada, sendo a cadeira o equipamento que mais se encontrava em falta em cerca de 12 centros de saúde. Esta insuficiência terá comprometido a eficiência do programa, na medida em que prejudicou a aplicação de selantes nesses centros de saúde. Nestas circunstâncias os higienistas orais procederam ao encaminhamento para um médico

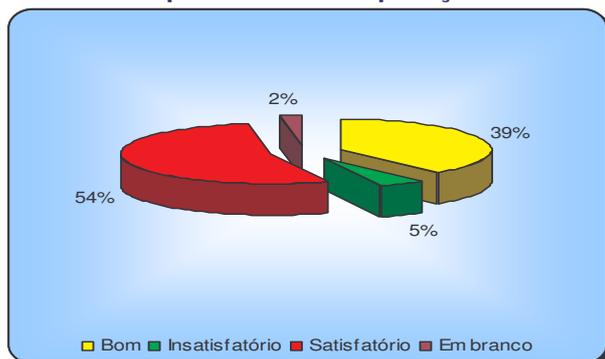
⁶⁰ Do Universo de 111 Higienistas Oraís existentes foram questionados 72 - Vd. Ficha técnica do inquérito e tratamento no anexo 12.



dentista/estomatologista contratado registado na área de abrangência do respectivo centro de saúde.

Da análise das respostas recebidas⁶¹ constatou-se que uma grande parte das crianças faltam às consultas dos higienistas orais, devido essencialmente a falta de interesse ou falta de transporte, o que constitui o principal constrangimento que prejudica a eficácia do trabalho do higienista.

Gráfico 8 – Opinião Sobre a Aplicação do PNPSO



A maioria dos respondentes (54%) consideraram que a aplicação do PNPSO é satisfatória e identificaram várias oportunidades de melhoria, das quais se destacam as seguintes:

Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

- Dotar todas as unidades de saúde locais de Higienista Oral em função da população alvo e dos níveis socioeconómicos, de forma a assegurar a equidade no acesso aos cuidados de saúde oral;
- Disponibilizar espaço próprio e equipamento necessário ao exercício das funções do Higienista Oral, libertando-o de trabalho administrativo;
- Alargar o programa a outros grupos populacionais e a situações de urgência;
- Efectuar maior divulgação da consulta de higiene oral;
- Criar cheques-dentistas SOS⁶² para possibilitar o envio de situações urgentes de crianças que não estão nos “coortes” definidos pela circular normativa;
- Incluir no programa os dentes temporários em todas as “coortes” devido à contaminação bacteriana dos dentes definitivos adjacentes;
- Prever uma forma de avaliação dos tratamentos efectuados às crianças a quem foi atribuído cheque – dentista, com o objectivo de confirmar se realmente a criança ficou livre de cárie dentária (decídua e permanente);
- Permitir o acesso dos higienistas ao SISO para efeitos de monitorização dos cheques – dentistas, tendo em conta o acompanhamento dos tratamentos efectuados e as necessidades da população;
- Promover a obrigatoriedade da escovagem dos dentes nas escolas;
- Realizar avaliações do índice de cárie a nível local, pelo menos de quatro em quatro anos, segundo os indicadores da OMS, a fim de ajustar estratégias para a melhoria da eficácia do programa;

⁶¹ Vd anexo 12.

⁶² A Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da DGS prevê a disponibilização de 20.000 cheques-dentista para situações de considerável gravidade, ponderadas por critérios de dor e de grau de infecção, entre outros, que sejam identificados pelo médico de família e recaiam nos dentes decíduos, destinados a crianças com idade igual ou inferior a seis anos e em particular às seguidas regularmente nas unidades funcionais dos ACES/ULS, no âmbito do Programa de saúde infantil, que antecede a escolaridade obrigatória.

- Instituir suportes de avaliação anual do programa que incluam o trabalho dos higienistas.

O DGS acolhe a recomendação do Tribunal relativa à criação de um “*cheque dentista SOS*” para tratamento de situações urgentes não abrangidas pelo programa referindo que “(...) *A avaliação da utilidade e utilização desta medida, poderá fundamentar uma proposta (...) a levar à consideração superior para que os alunos com idade inferior a 16 anos possam resolver situações de doença aguda que surjam, para além da intervenção que lhes é proporcionada aos 7, 10 e 13 anos (...)*”.

A Ministra da Saúde, em sede de contraditor, vem alegar que “(...) *não parece que o simples inquérito aos profissionais, sem qualquer outra confrontação, constitua instrumento adequado para concluir sobre as condições do equipamento dos Centros de Saúde*”.

Sobre esta matéria pretendeu-se aferir a opinião dos higienistas quanto às condições de trabalho e dificuldades inerentes à operacionalização do programa e não obter estatísticas sobre os equipamentos existentes, pelo que são manter as conclusões efectuadas.

12.2.2 Valorização da Aplicação de Selantes

Foi obtida uma estimativa do custo dos consumíveis utilizados por um higienista oral numa “*consulta de aplicação de selantes*”, na qual são aplicados 4 selantes (tipologia usual nas consultas das crianças de 7 anos) vd tabela do quadro 21, onde constam os consumíveis e respectivos valores⁶³ por consulta, não considerando, no entanto, variáveis impossíveis de quantificar, tais como, variação de consumos de profissional para profissional em resultado da aplicação de técnicas diferentes, divergência de preços de marca para marca e tipo de dente a selar. Deste modo obteve-se um custo de consumíveis por consulta de € 1,93 (sem IVA).

Quadro 21 – Tabela de Consumíveis Utilizados na Aplicação de Quatro Selantes



Consumível	Quantidade	Valor da Embalagem	Valor Unitário
Aspiradores de saliva	2	1,98 (200 unidades)	0,02
Rolos de algodão nº 1	4	4,72 (1350 unidades)	0,01
Rolos de algodão nº 2	6	4,72 (1000 unidades)	0,03
Tabuleiros plásticos	1	26,78 (400 unidades)	0,07
Máscaras	1	5,97 (50 unidades)	0,12
Pontas de seringa ar/água	1	30,92 (100 unidades)	0,31
Copo de Plástico	2	34,93 (3000 unidades)	0,02
Luvas	3	5,50 (100 unidades)	0,16
Babete	1	15,92 (500 unidades)	0,03
Selante+ ácido	utilização parcial	(5 unidades de selante e uma de ácido)	1,16
Total			1,93

Fonte: Informação fornecida por um Centro de Saúde

Para estimar o valor do encargo com a aplicação de um selante considerou-se o nº médio de selantes aplicados anualmente (nesse centro de saúde) e imputou-se 40% dos custos com pessoal e com a amortização anual do equipamento (cadeira de dentista)⁶⁴ por existirem outras actividades desenvolvidas pelo higienista que necessitam da cadeira, como seja destartarizações, alisamentos radiculares, polimentos e aplicação de flúor, apurando-se um valor unitário de € 8,54 por selante aplicado (vd quadro 22).

⁶³ Tomando por referência os preços de 2009 de um catálogo de uma marca comercial.

⁶⁴ Tomando por base o vencimento base anual bruto de um higienista do escalão 1 da categoria base (€ 970,92).



Quadro 22 – Custo Unitário - Aplicação de Selantes

Produção		
1	Número de Selantes Aplicados Anualmente	800
Custos Fixos		
2	40% dos Custos com Pessoal (Vencimento Anual Bruto de um Higienista Oral-Categoria Base = €13.593)	€ 5.437,20
3	40% da Amortização (Cadeira de Dentista no Valor de € 9.759 com tempo de vida útil de 5 anos)	€ 781
4	Custo de Oportunidade do Capital	€ 232
5	Total Custos Fixos (2+3+4)	€ 6.450,20
Custos Variáveis		
6	Custos com Matérias de Consumo (*)	€ 386,00
7	Custo Unitário Variável	€ 0,48
8	Custo Total (5+6)	€ 6.836,20
9	Custo Unitário (8/1)	€ 8,54
10	Custo Marginal (= 7)	€ 0,48

Nota: Para o cálculo do **custo de oportunidade do capital** foi considerada a taxa social de desconto de 6,08% e uma taxa de juro igual à dos certificados especiais de dívida a curto prazo (CEDIC) na ordem dos 3,7%.

(*) Os Custos com matérias de consumo foram obtidos considerando que o valor de aplicação de 1 selante é de € 0,48 (vd. quadro 21 em que se obtém €1,93 como valor dos consumíveis na aplicação de 4 selantes).

Fonte: Elaboração própria com base em informação obtida de um Centro de Saúde.

O custo unitário apurado foi de € 8,54 valor muito inferior ao custo unitário de € 20, deste serviço, obtido através da utilização de um cheque dentista (em que são aplicados 2 selantes por € 40).

Se considerarmos por hipótese que em 2009 serão aplicados 150.247 selantes (nº observado em 2008 nas cinco regiões) indiciar-se-ia uma poupança de € 1.721.831⁶⁵, caso se estabeleça que a aplicação de selantes seja, em regra, realizada pelos Higienistas Oraís nos centros de saúde.

Sobre a estimativa apurada, o DGS, em sede de contraditório, refere que "(...) não poderá excluir-se da determinação do custo real da aplicação de um selante nos serviços públicos, o investimento em estruturas, o tempo de não utilização do consultório, o número de períodos de trabalho dedicados à aplicação de selantes, a baixíssima produtividade anual (4 selantes=1 criança/dia), a duplicação de consultas (só os dentistas tratam cáries), os custos indirectos dessa duplicação (por exemplo, as ausências ao trabalho dos acompanhantes das crianças) (...)".

O alegado não procede, nem se alcança dado que a actividade do higienista é uma pequena parte da actividade do centro de saúde pelo que é residual a representatividade do "investimento em estruturas". Refira-se, ainda, que existem outras actividades desenvolvidas pelo higienista no consultório, como seja, destarizações, alisamentos radiculares, polimentos e aplicação de flúor e que a segregação de funções resultaria no atendimento de um maior numero de crianças tanto pelo higienista como pelo médico dentista, libertando este para tarefas mais complexas e reduzindo os custos com a mão-de-obra, uma vez que os higienistas ganham no início de carreira uma remuneração mensal de € 970,92 (anualmente €13.594) gerando ganhos de eficiência que em muito compensariam os custos indirectos resultantes da eventual duplicação de consultas.

No que respeita à "baixíssima produtividade anual", refira-se que a estimativa do custo unitário da aplicação de um selante pelo higienista do centro de saúde do exemplo (revelou-se inferior ao custo

⁶⁵ 150 247 selantes x (€ 20-€ 8,54) =€ 1.721.831.



unitário obtido através da utilização de um cheque dentista), verificando-se que só deixaria de ser vantajosa com uma produção inferior a 330 selantes⁶⁶.

De referir que essa produção é inferior à média anual da produção dos 111 higienistas em funções em 2008, que foi de 1354 selantes ($150.247 \text{ selantes} / 111 = 1354$), o que, por efeito de economias de escala originaria um custo unitário estimado inferior (€ 5,25) (considerando os mesmos custos fixos e marginais do centro de saúde do exemplo) e uma maior poupança nacional, tal como se demonstra no quadro seguinte:

Quadro 23 - Custo Unitário da Produção Média de Selantes

Produção Nacional (selantes)	150.247
Nº de higienistas	111
Produção Média por Higienista	1.354
Custos Fixos	€ 6.450
Custos Variáveis (1.354x€0,48)	€ 650
Custos Totais	€ 7.100
Custo Unitário	€ 5,25
Custo Marginal	€ 0,48
Poupança Estimada a Nível Nacional	
150.247x (€20-€5,25)	€ 2.216.840

Fonte: Elaboração própria com base em informação obtida de um Centro de Saúde.

Face ao que antecede, a alegação apresentada revela que a análise custo benefício não faz parte do processo decisório da DGS.

Além disso, a utilização em 2009, do cheque dentista apenas nas faixas etárias de 7, 10 e 13 anos, servindo ainda para a aplicação de selantes, suscita um desperdício dos recursos já existentes nos centros de saúde dotados do equipamento adequado e de higienistas orais, uma vez que já o faziam no âmbito do exercício das suas competências.

A Ministra da Saúde, em sede de contraditório, tece algumas considerações sobre o cálculo dos custos referindo que "(...)o modelo de apuramento dos custos "strictu sensu" ignora os riscos associados: investimento em equipamentos, desperdício de materiais, entre muitos outro" informando que "(...) não exclui a hipótese de reavaliar a formulação de preços, com base na quantificação dos custos comparáveis das actividades que podem ser executadas nos estabelecimentos do SNS".

O alegado não altera as conclusões de auditoria, conforme resulta do comentário às alegações do DGS e do facto de não ter sido contraposto qualquer outro cálculo que levasse em consideração os alegados riscos associados ao investimento em equipamentos e ao desperdício de materiais que superassem os ganhos de eficiência estimados.

Uma gestão mais criteriosa dos dinheiros públicos poderia melhorar a eficiência e eficácia do PNPSO e possibilitar o melhor aproveitamento de verbas para o universo de beneficiários a tratar, designadamente a outros grupos de crianças e jovens ou ainda outros grupos de risco como doentes crónicos (vg. oncológicos e diabéticos, outros).

⁶⁶

$$Pr\ eço = \frac{\text{custos}_{fixos} + \text{custos}_{var\ iáveis} \times \text{quantidade}}{\text{quantidade}} \Rightarrow 20 = \frac{6450 + 0,48 \times Q}{Q} \Rightarrow Q = \frac{6450}{19,52} = 330$$



13 RESULTADOS E IMPACTOS DO PNPSO

13.1 Ganhos em Saúde

De acordo com os fundamentos do PNPSO, as doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população⁶⁷ que poderá ser atenuado caso exista prevenção e tratamento precoce, atento a elevada vulnerabilidade da cárie e das doenças periodontais. A realização destas intervenções conduz à obtenção de ganhos em saúde relevantes e à redução dos custos com a saúde.

Considerando o estado dentário das crianças e jovens antes e após a intervenção dos médicos dentistas, foram avaliados os ganhos em saúde em cada ano do triénio 2006/2008, através da evolução do número de dentes “cariados”, “obturados” e “selados”, tal como se ilustra nos gráficos 9, 10 e 11.

Gráfico 9 – Dentes Permanentes Cariados



Fonte: Relatórios Anuais da DGS

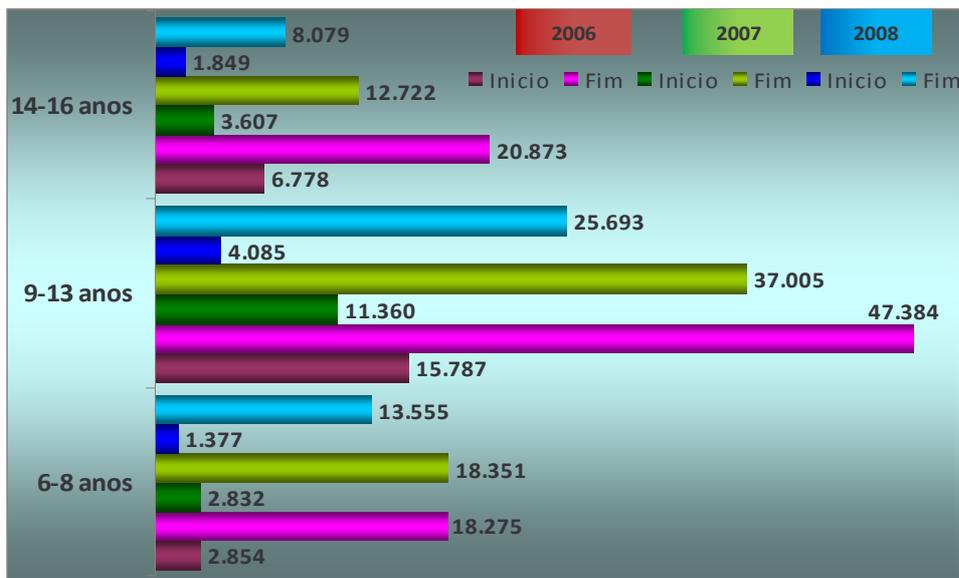
A partir dos dados constantes dos relatórios da DGS verificou-se que a componente “cariados” diminuiu significativamente, tendo sido na maior parte dos casos substituída pela componente “obturados”⁶⁸.

⁶⁷ A incidência da doença verifica-se em grande parte da população e constitui uma grande influência nos níveis de saúde, de bem-estar e de qualidade de vida.

⁶⁸ Vd. Anexo 11.



Gráfico 10 – Dentes Permanentes Obturados

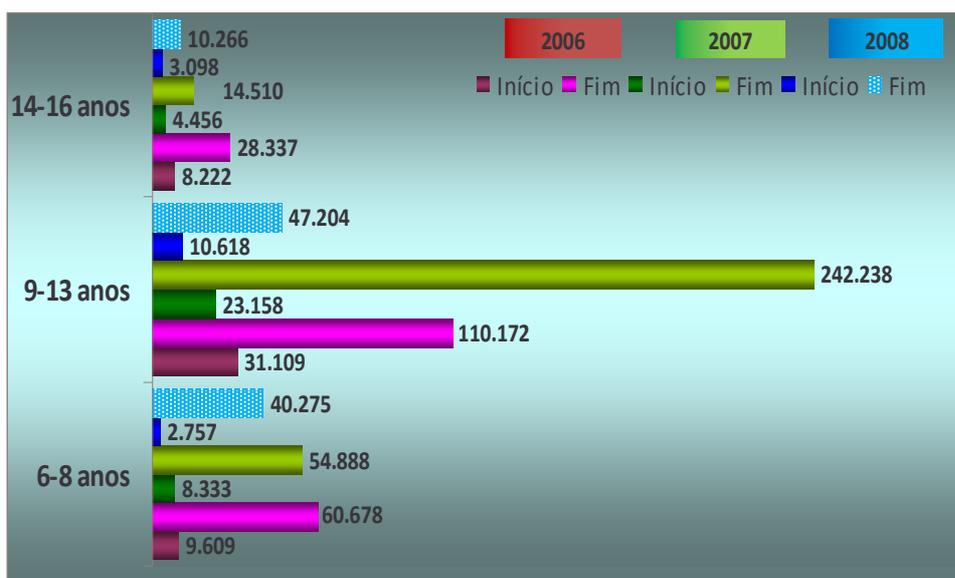


Fonte: Relatórios Anuais da DGS

No grupo etário 6-8 anos, existiam no início do programa (2006) 15.999 dentes permanentes cariados, 17.448, em 2007 e 17.029, em 2008, tendo sido tratados 91% em 2006 e 93% nos dois anos seguintes. No grupo etário 9-13 anos foram diagnosticados, antes da intervenção médico-dentária, 15.400 dentes cariados em 2006, 31.547 em 2007 e 37.516 em 2008, tendo sido tratados em cada ano, respectivamente, 87%, 90% e 92%, o que traduziu uma melhoria de realização.

Numa acção preventiva de futuras cáries foram aplicados, no triénio, 135.142 selantes de fissura em primeiros molares permanentes, ao grupo etário dos 6-8 anos, 334.729 selantes ao grupo etário 9-13 e 37.337 selantes ao grupo etário dos 14-16⁶⁹ - vd gráfico seguinte.

Gráfico 11 – Dentes Permanentes Selados



Fonte: Relatórios Anuais da DGS

⁶⁹ Vd. Anexo 11.



Face ao exposto evidencia-se que através da intervenção médico-dentária se obtiveram ganhos de saúde, reflectidos no tratamento de 71% dos dentes permanentes das crianças e jovens dos 6-16 anos que apresentavam cáries e na prevenção de futuras cáries com a aplicação de selantes de fissuras.

Considerando a fraca representatividade da população abrangida pelo PNPSO face ao universo da população escolar – vd. quadro12 do ponto 11 – a parte mais significativa, cerca de 95%, dessa população não beneficiou do potencial destes ganhos de saúde oral.

De referir, ainda, que não foi obtida evidência de que as boas práticas e referências utilizadas na prevenção da saúde oral tenham sido incorporadas nos requisitos de fornecimento de alimentação nas escolas ou na supressão de venda, no interior das mesmas, de alimentos prejudiciais à saúde oral.

Em sede de contraditório o DGS vem referir que “(...) *As boas práticas e referências utilizadas na prevenção da saúde oral foram incorporadas nos requisitos de fornecimento de alimentação nas escolas, como é disso prova, a publicação conjunta Ministério da Educação/Ministério da Saúde, Educação Alimentar em meio Escolar – Referencial para uma oferta alimentar saudável, em Outubro de 2006 e, as Orientações para a elaboração de projectos de promoção de uma alimentação saudável, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, em Fevereiro de 2006, disponível na página web da DGS (...)*”.

O alegado não procede, dado que a distribuição de publicações, não traduz, por si só, uma estratégia continuada, que incluísse metas de realização susceptíveis de avaliação.

13.2 Indicadores Técnicos

O primeiro Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, foi efectuado em 1999 utilizando como suporte o manual da OMS. Este estudo revelou grandes melhorias em todos os grupos etários avaliados, sendo disso exemplo a diminuição da prevalência da cárie na dentição temporária, que ao ser avaliada através do índice de cpod⁷⁰, aos 6 anos de idade passou de 5,9 em 1986 (6-7anos) para 3,6 em 1999 (aos 6 anos), devido essencialmente à redução dos dentes cariados que passaram de 4,2 (1986) para 3,3 (1999), por criança. Aos 12 anos o índice de CPOD era de 2,95, revelando uma redução importante em relação ao início do programa.

Em 2005/2006 foi elaborado novo Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, com o apoio técnico da OMS. Dois anos após, em 2008, foi apresentado um relatório pela DGS que revelou uma evolução positiva dos índices de cpod/CPOD aos 6 anos que passaram para 2,10 e 0,07, respectivamente. Este estudo revelou, ainda, que os indicadores (CPOD) de saúde oral das crianças portuguesas aos 12 anos eram de 1,48, em 2006, melhores que os preconizados pela OMS para 2020 (1,5).

A metodologia destes estudos não foi incorporada na avaliação anual do PNPSO de 2007 e 2008, embora os relatórios anuais refiram expressamente (a fls. 11 do relatório de 2007 e a fls. 12 do relatório de 2008) que os índices revelados pelo estudo de 2005/2006 se mantinham.

⁷⁰ Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição temporária.



Assim, não é possível apurar se nesses anos houve ou não convergência efectiva para as metas propostas pela OMS⁷¹. Além disso, não se obteve evidência de que tivessem sido realizados estudos comparativos (*benchmarking*) com os índices de cpod/CPOD de outros países (sem prejuízo da comparação efectuada com Espanha no último estudo).

Em sede de contraditório, o DGS, alega ser “(...) *desadequado comparar a evolução dos indicadores cpod/CPOD destes relatórios com os do Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, uma vez que, metodologicamente estamos a comparar um grupo específico da contratualização, portador de doença oral, com os do universo do estudo, que inclui indivíduos sãos e doentes (...)*”.

Na avaliação anual do PNPSO foi efectuada o reporte de que “*se mantinham os índices revelados pelo estudo de 2005/2006*”, e, tal como acima se relata, considera-se que tal observação deveria ser incorporada com a metodologia dos estudos subjacentes, por isso a alegação do DGS não procede.

A Ministra da Saúde alega que “*A análise de base populacional de acordo com a orientação da OMS, será realizada no ano de 2010, sendo o universo das crianças comparado, nessa altura com as avaliações de 2000 e 2005 (...)*” dizendo ser “*irrealista, do ponto de vista operacional e financeiro, produzir estudos deste tipo com periodicidade muito curta*”. O alegado não altera as conclusões de auditoria, conforme resulta do comentário às alegações do DGS.

14 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

14.1 Avaliação Externa da Qualidade

A avaliação da qualidade das prestações de serviços contratualizadas estava prevista desde o início do processo de contratualização⁷² e atribuída a médicos avaliadores⁷³ seleccionados de entre os que se candidatavam a concurso público, aberto de acordo com a legislação que servia de suporte à contratualização de médicos dentistas/estomatologistas prestadores. Ao serviço de saúde contratante (ARS) competia celebrar o contrato, seleccionar a amostra, fornecer a lista de crianças seleccionadas e a Ficha de Avaliação Externa, bem como proceder ao respectivo pagamento.

O valor definido para pagamento aos avaliadores foi € 20⁷⁴ por criança e contemplava o diagnóstico dentário e o preenchimento de uma ficha individual por criança avaliada, a fornecer pelos serviços de saúde. Até 31 de Dezembro de 2008 o referido valor não tinha sido actualizado, os despachos que autorizam a contratualização para os anos de 2007 e 2008 apenas mantiveram os € 20 como valor máximo a pagar por criança.

O processo de avaliação iniciava-se com a observação pelo médico avaliador de um grupo de crianças tratadas por Médico Dentista/Estomatologista. O resultado da sua observação

⁷¹ Pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1,5.

⁷² Nos termos de referencia para a contratualização no âmbito do PNPSO nas crianças e adolescentes, posteriormente normalizada pela Circular Normativa nº 1/DSE de 08/01/0, revogada pela Circular Normativa nº 11/DSE de 27/12/05 que também previa a avaliação externa (Nº12, pag.5), esta foi posteriormente revogada pela Circular Normativa nº 5/DSE de 15/02/07 que normalizou os procedimentos para a contratualização de acordo com a al.d) do ponto 4 do Desp. nº 787/2007 do Gabinete do SES, publicado no DR, 2ª Série, nº11 de 16 de Janeiro, que aprovou a contratualização da prestação de cuidados dentários para ano de 2007, e despacho 12874/2008 da Ministra da Saúde publicado no DR, 2ª Série de 7 de Maio de 2008.

⁷³ Médicos dentistas e médicos estomatologistas avaliadores designados inicialmente pelas ordens para cada região de saúde e posteriormente contratados após concurso.

⁷⁴ Vd circular normativa nº 11/DSE de 27/12/05 e despachos de aprovação anual da contratualização dos serviços prestados (Desp. Nº 787/2007 e 12874/2008).



era registado numa ficha individual de saúde oral idêntica à dos executores dos tratamentos. Estas duas fichas eram depois emparelhadas/comparadas pela comissão paritária/gestores de projecto e pelos avaliadores e os resultados avaliados ⁷⁵.

Da análise dos relatórios produzidos pelas Regiões de Saúde verificou-se que a avaliação externa ou não foi realizada ou foi insuficiente, conforme se sintetiza no quadro seguinte ⁷⁶.

Quadro 24 – Avaliação Externa da Qualidade dos Serviços Prestados

ARS	2006	2007	2008
ARS Norte	Apenas as Sub-Regiões de Bragança, Porto e ULS Matosinhos fazem referência nos seus relatórios à avaliação externa.	A Sub-Região de Bragança não realizou a avaliação externa com o objectivo de utilizar o valor destinado à avaliação no tratamento de um maior número de crianças. As restantes Sub-Regiões nada referem quanto à avaliação externa.	O relatório da Região Norte faz referência à avaliação externa nos distritos de Braga, Bragança, Viana do Castelo, Vila Real, Porto e ULS de Matosinhos, no entanto apenas as Sub-Regiões do Porto e a ULSM, apresentam as respectivas conclusões
ARS Centro	Não disponibilizou qualquer informação sobre a avaliação externa.	Não disponibilizou qualquer informação sobre a avaliação externa, mas indicou pagamentos aos avaliadores.	Não disponibilizou qualquer informação sobre a avaliação externa, mas indicou pagamentos aos avaliadores.
ARS LVT	Não foi efectuada por falta de concorrentes.	No relatório de actividades não fazem referência à avaliação externa.	Avaliação a decorrer relatório não concluído (*).
ARS Alentejo	Foi efectuada e produzido um relatório próprio.	Foi efectuada e produzido um relatório próprio.	Foi efectuada e produzido um relatório próprio.
ARS Algarve	Foi efectuada e apresentadas as conclusões no relatório final do programa.	Foi efectuada, mas não apresentaram os resultados.	Foi efectuada e apresentadas as conclusões no relatório final do programa.

*Vide ofício nº 18914 de 09/07/09, da ARSLVT

Fonte: Relatórios das ARS

Considerando os resultados da avaliação externa realizada pela ARS do Algarve verificou-se que existiram situações em que os tratamentos efectuados não foram os mais adequados, tendo em conta as necessidades diagnosticadas e/ou os registos efectuados pelos prestadores nas respectivas fichas individuais de saúde oral o que confirma a pertinência deste tipo de avaliação.

Apesar da Portaria nº 301/2009, de 24 de Março prever que podem ser efectuadas auditorias com base em mecanismos de controlo a definir pela entidade coordenadora ⁷⁷, os mesmos ainda não se encontram estabelecidos, o que prejudica a avaliação externa dos médicos dentistas prestadores anteriormente prevista. Esta situação poderá constituir uma falha de controlo de qualidade e de confirmação de realização física da prestação de cuidados com repercussões no presente e no futuro – vd. ponto 15.

Sobre esta matéria o DGS vem esclarecer que, no futuro, está prevista a verificação da prestação dos cuidados de saúde e a avaliação das condições de higiene, informando que “(...) Uma vez terminada a 4ª e última fase de desenvolvimento do SISO, está prevista a elaboração e implementação de um

⁷⁵ Vd anexo 14.

⁷⁶ A descrição dos procedimentos realizados e dos resultados obtidos consta do anexo 14.

⁷⁷ Cfr. n.º 3 do art.º 13.º da Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março.

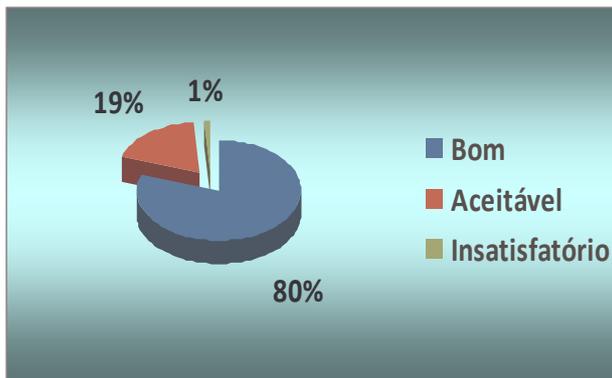
projecto de verificação da prestação dos cuidados de saúde, cuja operacionalização será decisivamente facilitada pelos registos existentes no próprio sistema, em especial nos planos de tratamentos e dos tratamentos efectuados. Um 2º projecto de avaliação das condições higio-sanitárias dos estabelecimentos e clínicas dentárias que deverá ser incluído na carteira de serviços das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde, sendo a responsabilidade pela sua implementação atribuída ao seu coordenador e às Autoridades de Saúde de cada ACES (...).”

14.2 Qualidade Perceptível: Satisfação dos Utentes

Com o objectivo de aferir o grau de satisfação perceptível pelos utentes quanto aos cuidados de saúde oral prestados em 2008, no âmbito do programa⁷⁸, foi elaborado no decurso de auditoria, um inquérito nominal com 12 perguntas que foi remetido a 254 encarregados de educação de utentes seleccionados de forma aleatória de um universo de 687 crianças e jovens abrangidos pelo programa.

Os inquéritos pretenderam, essencialmente, avaliar o grau de satisfação relativamente ao serviço prestado, confirmar a ocorrência de complicações e recolher a opinião dos inquiridos sobre o programa⁷⁹.

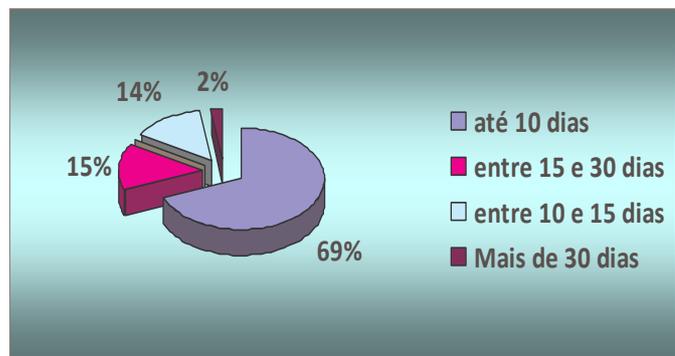
Gráfico 12 – Avaliação do Serviço Médico Dentista



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião

Aos inquéritos enviados responderam 56% dos utentes, tendo-se apurado que apenas 1% consideraram insatisfatórios os serviços prestados pelos médicos dentistas/estomatologistas e 80% os consideraram bons.

Gráfico 13 – Espera Para Consulta



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião

Das respostas obtidas 69% referiram que esperaram até 10 dias por consulta, e apenas 15% referiram ter esperado entre 15 a 30 dias, indicando 50% que a principal razão da espera foi a falta de vagas.

Quanto à qualidade dos serviços/ocorrência de problemas após os tratamentos 13% referiram ter caído os selantes e 17% referiram o aparecimento de novas cáries.

⁷⁸ Vd anexo13.

⁷⁹ Para efeitos de inquérito à satisfação dos utentes foi escolhido um centro de saúde em cada sub-região seleccionada utilizando o critério do maior número de crianças contratualizadas, tendo recaído a selecção sobre o Centro de Saúde de Alenquer e o Centro de Saúde de Évora que contratualizaram respectivamente, 921 e 825 crianças, onde foram seleccionadas as crianças da escola Básica de Abrigada e do agrupamento escolar de Évora, com populações alvo de respectivamente 292 e de 395 crianças.



Gráfico 14 – Novas Cáries

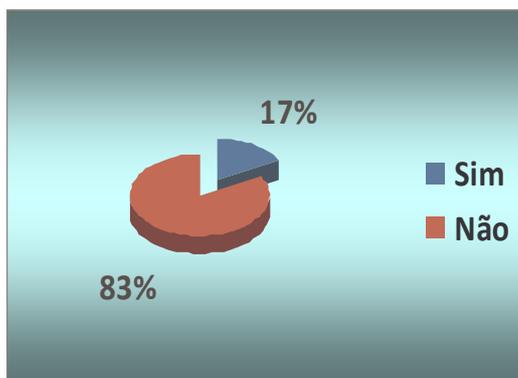
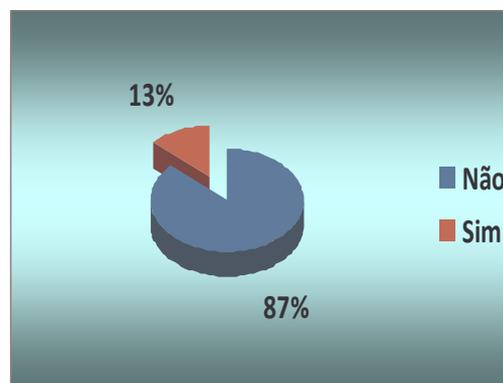


Gráfico 15 – Selante Caíu



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião

De acordo com as respostas obtidas conclui-se que a maioria dos respondentes manifestou -se satisfeita com a qualidade dos serviços recebidos.

15 AVALIAÇÃO DO CONTROLO INTERNO DO PROGRAMA

🚧 Coordenação, Monitorização e Avaliação

No que respeita ao sistema institucional de coordenação, acompanhamento e avaliação do PNPSO – vd. ponto 8- sublinha-se a sua complexidade em função do número de entidades e comissões intervenientes e as suas falhas de actuação, uma vez que não se obteve uma correspondência entre o desempenho das funções previstas nas normas e os *outputs* recolhidos em sede de auditoria, designadamente nos casos da Comissão Técnico-científica⁸⁰ (refira-se que a última acta de reunião terá ocorrido no início de 2008⁸¹) ao nível nacional e da Comissão Paritária no plano regional.

O modelo de gestão do programa não dispõe de mecanismos de aplicação, aos responsáveis, de penalizações (pelo não cumprimento) ou incentivos (pelo cumprimento) de objectivos e metas aos níveis da coordenação, acompanhamento e implementação do programa.

A DGS tem sustentado o apuramento das necessidades de saúde oral em estudos quinquenais sobre a prevalência das doenças orais, designadamente no último quinquénio de 2000 a 2005. Por sua vez, as necessidades de cuidados de saúde oral em cada um dos grupos etários têm sido estimadas, a nível nacional, tendo em conta a percentagem de crianças e jovens livres de cárie aos 6,12 e 15 anos, face ao número médio de nascimentos⁸², os quais não coincidem com os “coortes” posteriormente definidos em 2009 (7,10,13 anos).

⁸⁰ A constituição e atribuições da comissão técnico científica constituem o anexo 16.

⁸¹ Vd informação facultada em reunião realizada na DGS em 12 de Fevereiro de 2009.

⁸² Vd relatórios da avaliação da contratualização dos anos de 2004,2005 e 2006 da DGS.



Aquele planeamento era realizado com base em pressupostos teóricos e em condicionantes financeiras e não no levantamento da população escolar real, anual, e do seu estado de saúde oral, o que prejudicou a definição de objectivos, riscos e controlos.

No acompanhamento e avaliação do PNPSO, os relatórios anuais produzidos pela DGS só têm incidido sobre a contratualização em saúde oral, sendo as componentes de educação e prevenção do programa abrangidas na avaliação da saúde escolar.

Não foram realizados quaisquer estudos de avaliação/análise custo benefício *ex ante* ou *ex post* que fundamentassem as alterações sucessivas aos objectivos, estratégias, modelo de contratualização e financiamento do programa, nem estudos comparativos da evolução do cpod/CPOD com outros países com periodicidade cíclica previamente estabelecida⁸³.

Procedimentos Administrativos e Contabilísticos nas ARS

Os procedimentos adoptados nas ARS visitadas (ARSLVT e ARS do Alentejo) encontravam-se de acordo com as normas de controlo instituídas, importando, no entanto, enfatizar os seguintes aspectos:

- Não procederam à criação de um centro de custos, para efeitos de imputação dos encargos incorridos com o PNPSO, situação que é censurável do ponto de vista das boas práticas de gestão e prejudicial à transparência da utilização dos recursos afectos ao programa. Esta situação acaba por ser extensível às restantes ARS face à confirmação que se obteve junto das mesmas.
- Verificou-se não ter sido cumprido o princípio da especialização dos exercícios na contabilização de alguns serviços prestados em anos anteriores.

Entre 2005 e 2008, verificaram-se falhas de controlo quanto à confirmação da prestação efectiva dos tratamentos, uma vez que não se encontrava instituído o procedimento de assinatura obrigatória do beneficiário/encarregado de educação após o atendimento. Tal situação terá inviabilizado o controlo do número total de beneficiários efectivamente atendidos face à apresentação das listas preenchidas pelos prestadores - anexas às facturas.

Em 2008 e 2009, relativamente ao SOP (Saúde Oral da Pessoa Idosa) e ao SOG (Saúde Oral da Grávida), a análise da documentação⁸⁴ confirmou que a generalidade dos procedimentos adoptados se encontravam de acordo com as normas definidas e que os cheques dentista se encontravam devidamente assinados quer pelo médico quer pelo utente.

⁸³ Sem prejuízo da comparação efectuada com Espanha (vd *Sociedad Española de Epidemiología e Salud Pública Oral – Propuesta de objetivos en salud oral para España-2012 y 2020. SESPO, 2006*) integrada no último estudo.

⁸⁴ Considerou-se o universo dos cheques dentista emitidos em 2008 a grávidas e a pessoas idosas e seleccionou-se: Na ARSLVT uma amostra extraída através do método de amostragem aleatória simples através do IDEA; Na ARS Alentejo devido à não disponibilização de ficheiro informático, não foi possível efectuar uma extracção aleatória através do IDEA, pelo que foi analisado um número representativo dos últimos pagamentos de 2008.



Contratualização

Até 2008, o ciclo de contratualização não se ajustou ao calendário escolar, o que revela uma falha de planeamento da DGS com repercussões na eficácia do programa.

O controlo qualitativo da produção dos médicos dentistas/estomatologistas por observação dos médicos avaliadores, em regra, foi realizado com manifestas insuficiências dado que apenas a ARS Alentejo e do Algarve apresentaram o processo completo nos três anos em análise. – vd ponto 14.1.

A morosidade do procedimento concursal nos moldes tradicionais levou a que este fosse substituído, a partir de 2009⁸⁵, por contratos de adesão electrónicos disponibilizados pelas ARS aos interessados com integração automática na lista de médicos aderentes em benefício da agilidade da contratualização e da liberdade de escolha do utente.

Apesar deste modelo de contratualização, baseado nos contratos de adesão, se encontrar excluído do procedimento concursal, por se enquadrar no disposto do art.º 5.º do Código dos Contratos Públicos, alerta-se que, nos termos do mesmo Código, mantém-se a sujeição aos princípios da contratação pública e ao disposto na parte III do mesmo diploma, isto é, que o prazo de vigência limite destes contratos será de três anos, não podendo eternizar-se a permanência destes prestadores na rede, sem que seja devidamente justificado ou revisto o vínculo que os mesmos terão adquirido por esta via dos contratos de adesão⁸⁶.

Este modelo de adesão poderá acarretar um risco para a segurança dos utentes, uma vez que a apresentação de certidão higio-sanitária emitida pela Autoridade de Saúde, foi substituída por declaração de compromisso do médico aderente a atestar a existência dessas condições, não estando prevista a realização periódica de procedimentos de verificação ou inspecção, sem prejuízo da intervenção da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no âmbito das suas competências previstas no DL 127/2009 de 27 de Maio.

Cheque-Dentista

No que respeita ao cheque-dentista, na modalidade em vigor desde Janeiro de 2009⁸⁷, não existem controlos da qualidade e efectividade dos serviços contratualizados, para impedir a sua utilização indevida. Considerando a assimetria de informação existente entre o prestador e o beneficiário poderão ser pagos tratamentos que não foram efectuados ou tratamentos desnecessários ou ainda mal executados, desde que o cheque esteja rubricado pelo beneficiário. Importará assim, introduzir medidas de controlo e avaliação clínica dos cuidados de saúde oral prestados que complementem a monitorização a efectuar pelo médico de família através do SISO.

A modalidade do cheque-dentista poderá também constituir um incentivo para que os prestadores utilizem o número limite de emissões previstas para os cheques, em cada segmento de beneficiários sem garantias de melhorias qualitativas no estado de saúde

⁸⁵ Para a prestação de serviços a crianças e jovens.

⁸⁶ Cfr. art.º 440.º por remissão do art.º 451.º do Código dos Contratos Públicos.

⁸⁷ A emissão de cheques dentistas a grávidas e idosos teve início no 2º semestre de 2008.



oral dos utentes, mas com o risco do dispêndio dos montantes máximos previstos para cada beneficiário, sem prejuízo do cumprimento das formalidades previstas⁸⁸.

Análise Custo Benefício

No triénio 2006/2008 não foi efectuada qualquer análise de custo benefício à aplicação do programa, por inexistência de um centro de custo destinado à saúde oral ao qual fossem imputados todos os custos incorridos com o programa, nomeadamente os custos suportados com a saúde oral no âmbito dos orçamentos das ARS (recursos humanos, consumíveis, divulgação do programa, etc.).

Tal situação impede o conhecimento da valia da prevenção, uma vez que se trata de um investimento a médio prazo tendo em conta os elevados custos de tratamentos dentários e situações agudas de saúde relacionadas com estomatologia, nomeadamente internamentos e cirurgias hospitalares.

16 VISTA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Do Projecto de Relatório foi dada vista ao Ministério Público, nos termos do n.º 5 do artigo 29.º da Lei n.º 98/97, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.

IV EMOLUMENTOS

Nos termos dos art.os 1º, 2º, 10º, n.º 1, e 11º do Regime Jurídico dos Emolumentos do Tribunal de Contas, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 66/96, de 31 de Maio, com as alterações introduzidas pelas Leis n.ºs 139/99, de 28 de Agosto, e 3-B/2000, de 4 de Abril, e em conformidade com as Notas de Emolumentos apresentadas no Volume II - Anexos, são devidos os seguintes emolumentos a suportar pela:

- Administração Regional de Saúde do Norte, IP – € 3 432,80;
- Administração Regional de Saúde do Centro, IP – € 3 432,80;
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP – € 3 432,80;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP – € 3 432,80;
- Administração Regional de Saúde do Algarve, IP – € 3 432,80.

⁸⁸ "(...) a emissão do segundo e terceiro cheques – dentista, consoante o grupo de utentes beneficiários em causa, depende da necessidade de proceder a ulteriores intervenções preventivas ou curativas, previstas e estabelecidas na primeira consulta pelo médico aderente no respectivo plano de tratamento devidamente fundamentado" – Vd. n.º 2 do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 9.550, de 25 de Março de 2009 .



V DETERMINAÇÕES FINAIS

Propõe-se que o presente Relatório seja remetido às seguintes entidades:

- ◆ Ministério da Saúde;
- ◆ Ministério da Educação;
- ◆ Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior;
- ◆ Ministro da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento;
- ◆ Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde;
- ◆ Alto Comissário da Saúde;
- ◆ Director Geral da Saúde;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P;
- ◆ Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P;
- ◆ Entidade Reguladora da Saúde.

Após a entrega do Relatório às entidades supra-referidas, poderá o mesmo, juntamente com os anexos, ser colocado à disposição dos órgãos de comunicação social e ser divulgado na página inicial e no site do Tribunal.

Expressa-se aos responsáveis, dirigentes e funcionários que contactaram com a equipa de auditoria o apreço pela disponibilidade revelada e pela colaboração prestada no desenvolvimento desta acção.

As entidades destinatárias das recomendações deverão, no prazo de seis meses, após a recepção deste Relatório, comunicar ao Tribunal de Contas, por escrito e com a inclusão dos respectivos documentos comprovativos, a sequência dada às recomendações formuladas.

Um exemplar do presente Relatório deverá ser remetido ao Ministério Público junto deste Tribunal, nos termos dos art.º 29.º, n.º 4, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, na redacção dada pela Lei n.º 48/2006, de 29 de Agosto.



Tribunal de Contas

Direcção-Geral

Tribunal de Contas, em 25 de Novembro de 2009,

O Juiz Conselheiro Relator


(Eurico Manuel Ferreira Pereira Lopes)

Os Juizes Conselheiros Adjuntos


(José Manuel Monteiro da Silva)


(João Manuel Macedo Ferreira Dias)

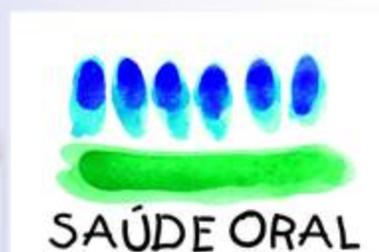
Fui presente,


O Procurador-Geral Adjunto



Tribunal de Contas

Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral



Relatório nº /09- 2ª S
Processo nº 06/09 – Audit
Volume II - Anexos



INDÍCE

Anexo 1 – Quadro Normativo	5
Anexo 2 – Operacionalização do Programa	7
Anexo 3 – Registo dos Actos Médicos no SISO	11
Anexo 4 – Financiamento – PNPSO- Crianças e Jovens-2006/2008	12
Anexo 5 – Execução Financeira – PNPSO -Crianças e Jovens - 2006/2008	13
Anexo 6 - Execução Física Anual – PNPSO -Crianças e Jovens - 2006/2008	14
Anexo 7 - Execução Física por ARS – PNPSO- Crianças e Jovens -2006/2008	15
Anexo 8 – Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Anexo 9 – Consultas por Criança Tratada por Médico Contratualizado	17
Anexo 10 – Crianças Abrangidas na Actividade dos Higienistas Oraís	19
Anexo 11 – Ganhos em Saúde Oral	21
Anexo 12 - Ficha Técnica do Inquérito a HO e Análise das Respostas	25
Anexo 13 – Ficha Técnica do Inquérito a Utentes	29
Anexo 14 - Avaliação Externa da Qualidade	30
Anexo 15 - Avaliação do Controlo Interno	33
Anexo 16 – Composição e Atribuições da Comissão Técnico Científica	37



ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Financiamento Atribuído versus Utilizado	12
Quadro 2 – Financiamento da ARS Norte	12
Quadro 3 - Financiamento da ARS Centro	12
Quadro 4 - Financiamento da ARSLVT	12
Quadro 5 – Financiamento da ARS Alentejo	12
Quadro 6 – Financiamento da ARS Algarve	12
Quadro 7 – Contratualizado versus Executado	13
Quadro 8 – Avaliação Externa da Contratualização	13
Quadro 9 – Contratualizado e Executado ARS Norte	13
Quadro 10 – Contratualizado e Executado ARSCentro	13
Quadro 11 - - Contratualizado e Executado ARS LVT	13
Quadro 12 – Contratualizado e Executado ARS Alentejo	13
Quadro 13 – Contratualizado e Executado ARS Algarve	13
Quadro 14 - Execução Física do Triénio	14
Quadro 15 - Execução Física -2006	14
Quadro 16 - Execução Física - 2007	14
Quadro 17 - Execução Física - 2008	14
Quadro 18 - Execução Física Global	15
Quadro 19 - Execução Física - ARSN	15
Quadro 20 - Execução Física - ARSC	15
Quadro 21 - Execução Física - ARSLVT	15
Quadro 22 - Execução Física - ARS Alentejo	15
Quadro 23 - Execução Física - ARS Algarve	15
Quadro 24 - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Quadro 25 - ARSN - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Quadro 26 - ARSC Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16



Quadro 27 - ARSLT - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Quadro 28 - ARS Alentejo - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Quadro 29 - ARS Algarve - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado	16
Quadro 30 - Nº de Consultas por Criança Atendida	17
Quadro 31 - ARSN – Nº Consultas por Criança Atendida	17
Quadro 32 - ARSC – Nº Consultas por Criança Atendida	17
Quadro 33 - ARSLVT - Nº de Consultas por Criança Atendida	17
Quadro 34 – ARS Alentejo - Nº de Consultas	17
Quadro 35 – ARS Algarve - Nº de Consultas	17
Quadro 36 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2006 .	18
Quadro 37 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2007 .	18
Quadro 38 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2008 .	18
Quadro 39 - Actividade dos Higienistas - Ano Lectivo 2005/2006	19
Quadro 40 - Trabalho dos Higienistas - Ano Lectivo 2006/2007	19
Quadro 41 - Trabalho dos Higienistas - Ano Lectivo 2007/2008	19
Quadro 42 – Actividade dos Higienistas na Educação da Saúde Oral	20
Quadro 43 – Actividade dos Higienistas na Prevenção da Saúde Oral	20
Quadro 44 – Nº Dentes Permanentes Cariados no Inicio e Fim do Tratamento	21
Quadro 45 – Nº Dentes Permanentes Obturados no Inicio e Fim do Tratamento . 21	
Quadro 46 – Nº Dentes Permanentes Selados no Inicio e Fim do Tratamento	21
Quadro 47 – Nº de Higienistas Oraís Inquiridos e de Respostas	25
Quadro 48 – Avaliação Externa da Qualidade na ARS do Alentejo	31



INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1- Operacionalização do PNPSO- Crianças 2005-2008	7
Figura 2 - Operacionalização do PNPSO - Cheques dentista.....	8
Figura 3 - Operacionalização do Cheque Dentista - 2009 em Unidades com HO ...	9
Figura 4 – Operacionalização do Cheque Dentista - 2009 em Unidades sem HO	10
Figura 5 - Circuito do Registo de Actos Médicos no SISO (SOG e SOPI).....	11
Figura 6 - Avaliação Externa da Qualidade na ARS do Algarve	32
Figura 7 - Monitorização do Programa 2008-2009	35

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Intervenção Médico Dentária aos 6-8 anos (dentes permanentes).....	22
Gráfico 2 - Intervenção Médico Dentária aos 9-13 anos (dentes permanentes)....	23
Gráfico 3 - Intervenção Médico Dentária aos 14-16 anos (dentes permanentes) .	24
Gráfico 4 - Centros de Saúde Dotados do Equipamento Necessário	26
Gráfico 5 - Equipamento em Falta nos Centros de Saúde	26
Gráfico 6 - Necessidades de Saúde Oral	26
Gráfico 7 – Aplicação de Selantes em todas as Crianças.....	27
Gráfico 8 – Encaminhamento das Crianças que não Aplicaram Selantes.....	27
Gráfico 9 - Faltas das Crianças às Consultas do HO	27
Gráfico 10 - Motivo das Faltas das Crianças às Consultas do HO	27
Gráfico 11 – Encaminhamento para um Médico Dentista	28
Gráfico 12 – Classificação dos Resultados da Aplicação do PNPSO	28



Anexo 1 – Quadro Normativo

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) foi aprovado pelo despacho nº 153/2005 do Ministro da Saúde de 28 de Outubro de 2004, publicado no DR II série, nº3, de 5 de Janeiro e divulgado através da Circular Normativa nº 1/DSE de 18/01/2005 da Direcção Geral da Saúde.

Em 2008, o Despacho Ministerial nº 4324/2008, de 22 de Janeiro, veio determinar o alargamento do programa às mulheres grávidas utentes do SNS e a pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário.

Este alargamento visou promover a saúde oral das grávidas e o tratamento de problemas de saúde oral nos idosos, com o objectivo de avaliar e diminuir a incidência e a prevalência das doenças orais nestes dois grupos de cidadãos, através da prestação de um conjunto de cuidados de medicina dentária, nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Para tal foi criado o cheque - dentista personalizado, emitido pelo centro de saúde e entregue por este ao utente possibilitando-lhe o acesso a consulta de medicina dentária em médico aderente, escolhido livremente na lista nominal e nacional publicada no site da DGS.

Aquele despacho previa ainda a revisão e a reestruturação do PNPSO até ao final de 2008, que veio a concretizar-se através da Portaria nº301/2009 de 24 de Março, passando o programa a aplicar-se a três segmentos populacionais prioritários:

- Grávidas seguidas no SNS;
- Beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS;
- Crianças e jovens com idade inferior a 16 anos.

O modelo contratual passou a ser o da utilização do cheque-dentista. A portaria prevê, ainda, a aplicação deste modelo a outros grupos populacionais a definir por despacho do Ministro da Saúde.

A tabela seguinte apresenta a legislação aplicável ao programa, a partir de 2005.

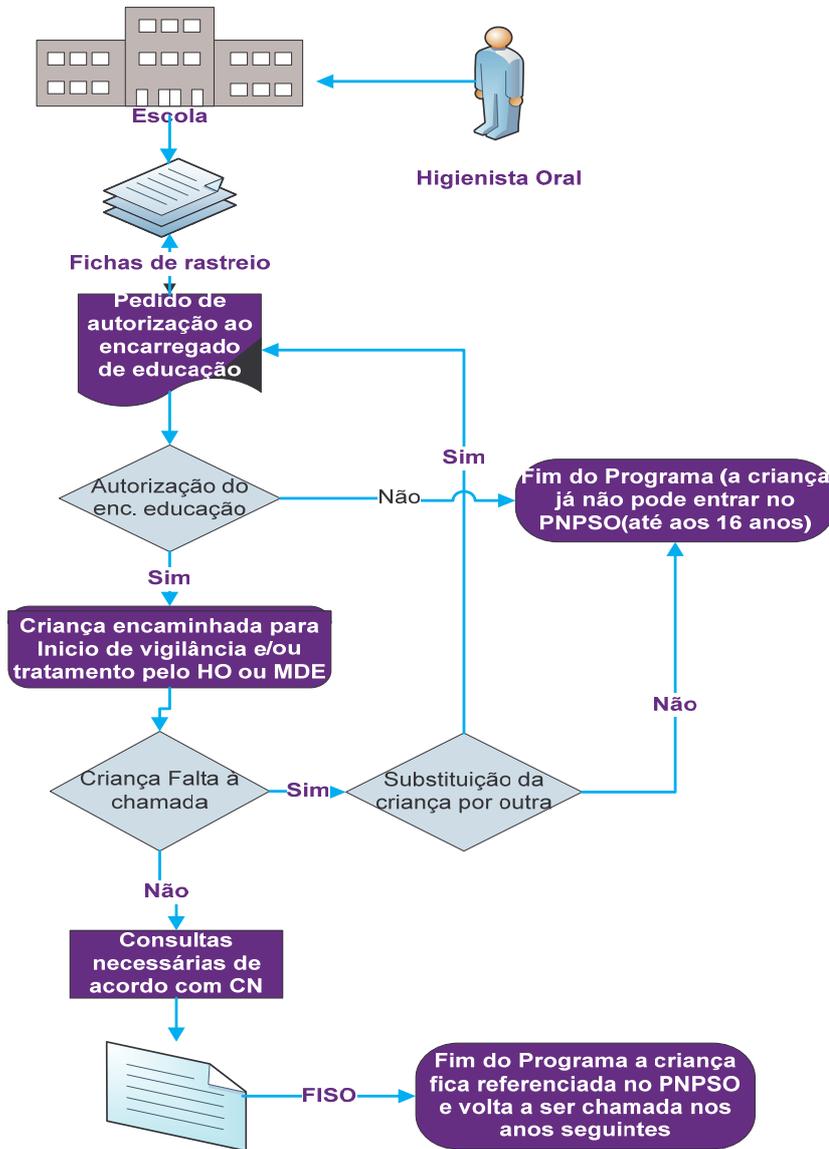
	Diploma Legal	Assunto
1	Despacho nº 153/2005 do Ministro da Saúde de 28 de Outubro de 2004 – publicado no DR 2ª Série, nº 3, de 5 de Janeiro.	Aprova o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Revogado pela Pª 301/2009.
2	Circular Normativa 01/DSE de 18/01/05 da DGS.	Normalização e Divulgação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral aprovado pelo Despacho nº 153/2005.
3	Despacho nº 719/2006 do Secretário de Estado da Saúde de 14/12/05, publicado no DR 2ª Série de 11/01/06.	Aprova a contratualização da prestação de cuidados dentários para o ano de 2006 e a dotação financeira do programa para esse ano.
4	Circular Normativa 11/DSE de 27/12/05 da DGS.	Define os termos de referência para a contratualização no âmbito do PNPSO, para o ano de 2006.
5	Despacho nº 12.045/2006 (2ª Série) do Alto Comissariado da Saúde.	Aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens.
6	Circular Normativa 7/DSE de 27/06/06 da DGS.	Divulga o Programa Nacional de Saúde Escolar.
7	Circular Normativa 08/DSE de 19/07/06 da DGS.	Normaliza a intervenção dos higienistas orais nos centros de saúde face à aprovação do PNPSO.
8	Circular Normativa 09/DSE de 19/07/06 da DGS.	Normaliza a avaliação do Risco em saúde Oral.
9	Despacho nº 787/2007 do Secretário de Estado da Saúde de 13/12/06, publicado no DR 2ª Série de 16/01/07.	Aprova a contratualização da prestação de cuidados dentários para o ano de 2007 e a dotação financeira do programa para esse ano.
10	Circular Normativa nº 05/DSE de 15/02/07 da DGS.	Define e normalização dos procedimentos a efectuar no âmbito da contratualização, para o ano de 2007.
11	Despacho nº 4324/2008 do Ministro da Saúde, de 22 de Janeiro de 2008, publicado no DR 2ª Série de 19 de Fevereiro de 2008.	Aprova o alargamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral a mulheres grávidas utentes do SNS e pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário. Revogado pela Pª 301/2009.
12	Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08 da DGS.	Informação sobre o Alargamento do PNPSO a Grávidas acompanhadas no SNS e a Idosos beneficiários do complemento solidário.
13	Circular Normativa nº 07/ DSPPS/DCVAE de 15/04/08 da DGS.	Informações técnicas para divulgação externa sobre o alargamento do PNPSO – grávidas e pessoas idosas.
14	Despacho nº 12874/2008 da Ministra da Saúde, de 24 de Abril de 2008, publicado no DR 2ª Série de 7 de Maio de 2008.	Aprova a contratualização da prestação de cuidados dentários para o ano de 2008 e a dotação financeira do programa para esse ano.
15	Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da DGS.	Normalização dos procedimentos do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS.
16	Portaria nº 301/2009, de 24 de Março de 2009.	Regula o funcionamento do PNPSO, no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados.
17	Despacho nº 9550/2009 do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de Março de 2009, publicado no DR 2ª Série de 6 de Abril de 2009	Define o valor dos cheques - dentista bem como o número de cheques – dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários.
18	Circular informativa nº 15/DCVAE/DSPPS de 27/05/09 da DGS.	PNPSO Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Triagem.



Anexo 2 – Operacionalização do Programa

Os procedimentos da operacionalização do PNPSO, entre 2005 e 2008, consistiam no seguinte:

Figura 1- Operacionalização do PNPSO- Crianças 2005-2008



A operacionalização local da saúde oral consiste:

- No levantamento das necessidades de saúde oral nas escolas públicas;
- Na educação de saúde oral, através de ensinamentos sobre alimentação e escovagem;
- Na prevenção através da administração de flúor (nas escolas) e colocação de selantes (Centro, de Saúde/Médicos Dentistas), após prévia autorização dos pais;
- Na referenciação das crianças para os médicos dentistas contratualizados.

Fonte: Elaboração própria, levantamento de circuitos.

Em 2008, com o alargamento do programa a grávidas e idosos, foram introduzidos os cheques dentistas destinados a garantir:

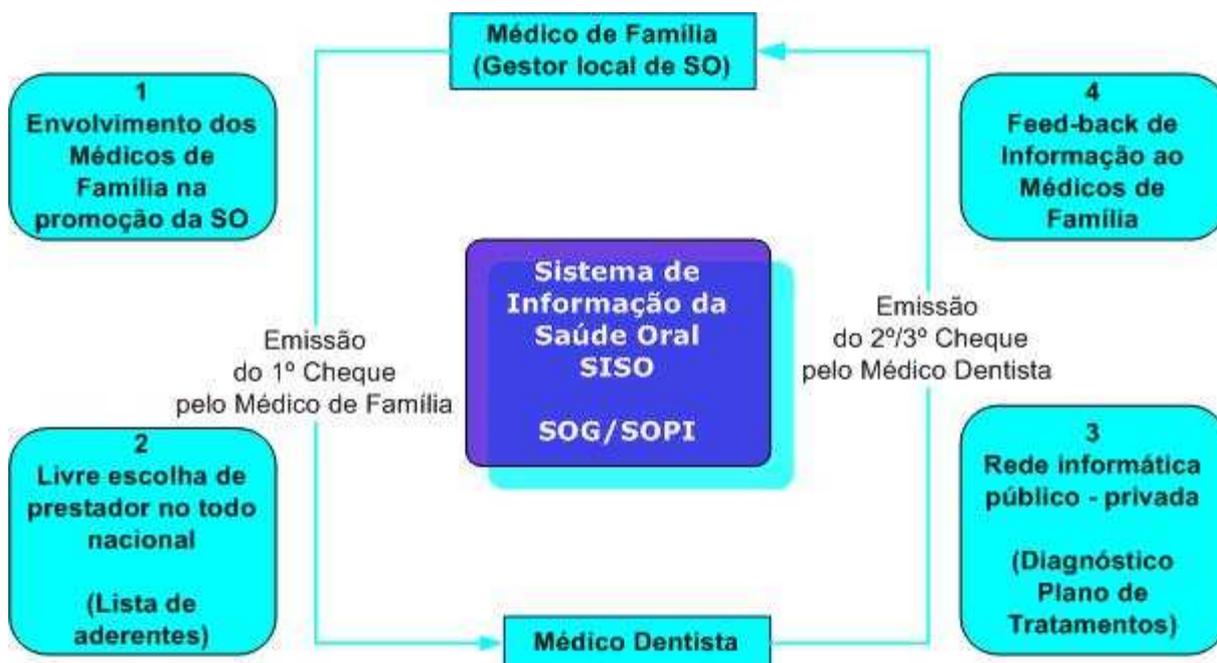
- Que a grávida ficasse livre de lesões activas de cárie dentária;
- O acesso do idoso a um conjunto de cuidados de saúde oral essenciais para preparar a eventual aplicação de próteses dentárias, bem como identificar e tratar outros problemas de saúde oral.

Dada a inexistência de um sistema de informação que pudesse dotar os vários intervenientes dos dados necessários à realização de um acompanhamento oportuno e eficaz, e tendo em conta que o alargamento do PNPSO envolve um conjunto de processos de colaboração entre diversos serviços e originam vários fluxos de informação, que necessitam de ser agilizados, foi implementado o Sistema de Informação da Saúde Oral (SISO) de suporte ao alargamento do programa às grávidas e aos idosos, sedado na ACSS, IP¹ permitindo a emissão do cheque-dentista, bem como proceder a diferentes níveis – nacional, regional e local:

- ◆ Ao controlo do processo de pagamento dos actos médicos;
- ◆ À emissão de relatórios que possibilitem a caracterização da situação de saúde dos destinatários do programa;
- ◆ À avaliação dos projectos, através de relatórios periódicos de acompanhamento.

A figura seguinte retrata a operacionalização do PNPSO para aplicação do cheque-dentista, através do SISO, a grávidas seguidas no SNS e idosos beneficiários do Complemento Solidário:

Figura 2 - Operacionalização do PNPSO - Cheques dentista



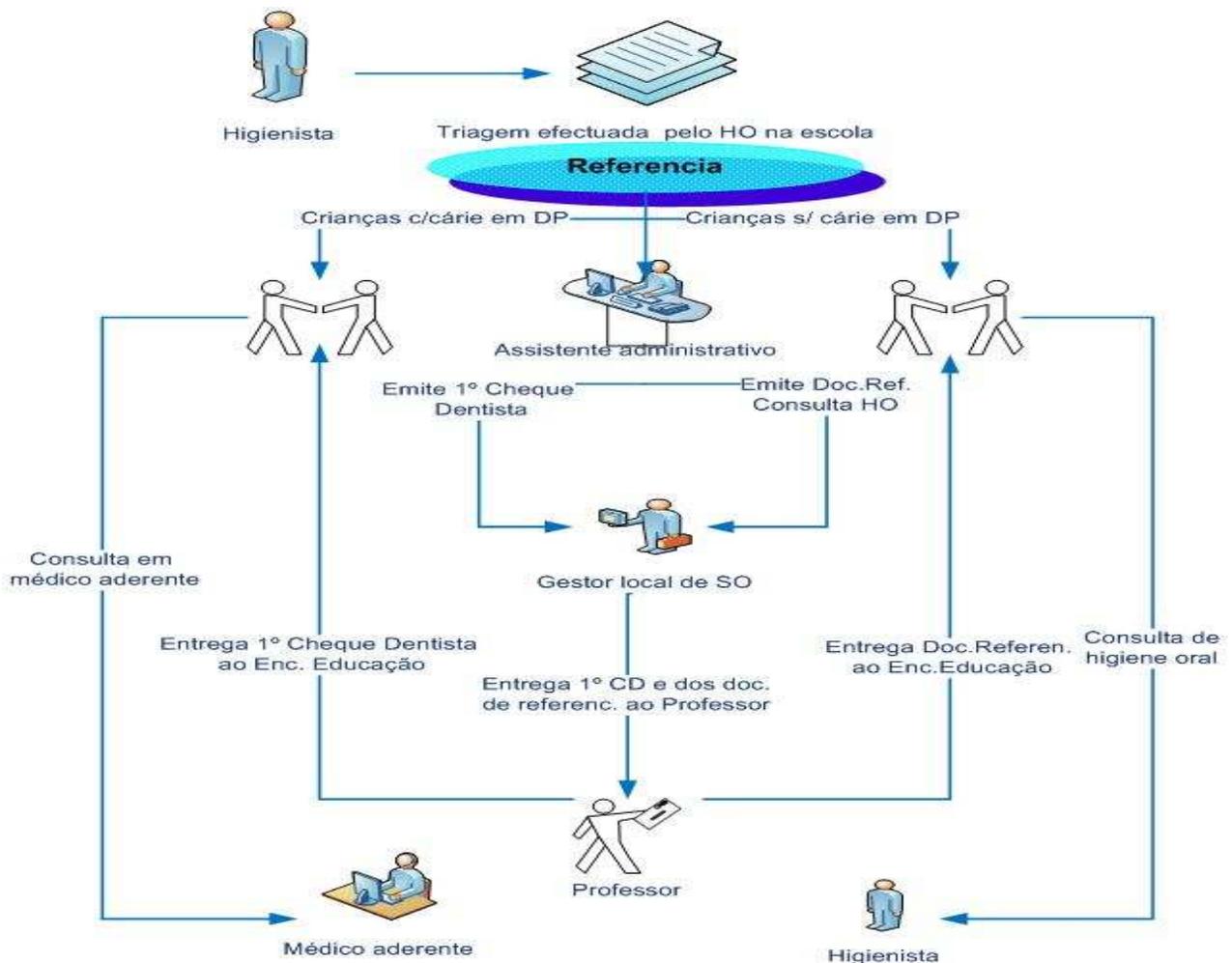
Fonte: Relatório sobre os resultados do impacto de aplicação do PNPSO (2008) na grávida e na pessoa idosa.

¹ Vide CN 04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08 da DGS, Pag.6.

O médico de família do centro de saúde passou a constituir o principal actor envolvido na referenciação da grávida e do idoso para os cuidados de saúde oral, sendo responsável pela emissão do 1º cheque – dentista. Ao médico dentista ou estomatologista escolhido pelo utente da lista de médicos aderentes, compete avaliar a necessidade de emissão de cheques - dentistas subsequentes, para continuação da prestação dos cuidados de saúde oral, em função de um plano de tratamentos.

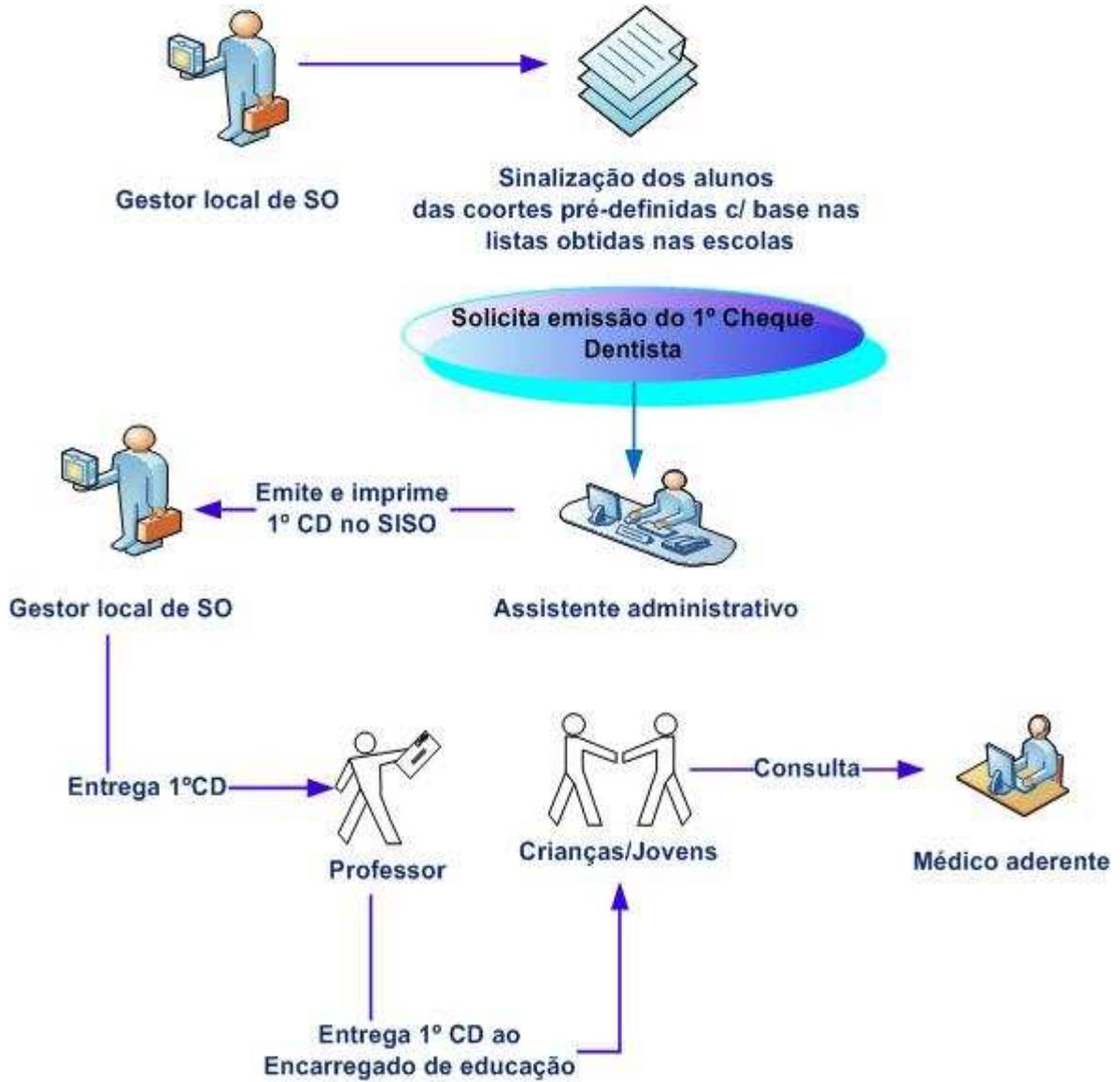
A partir de Janeiro de 2009, mantém-se o procedimento anteriormente referido quanto à intervenção em grávidas e idosos e reformulou-se a operacionalização relativa à aplicação do programa às crianças e jovens - cfr figuras seguintes.

Figura 3 - Operacionalização do Cheque Dentista - 2009 em Unidades com HO



Fonte: Circular normativa 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da DGS.

Figura 4 – Operacionalização do Cheque Dentista - 2009 em Unidades sem HO

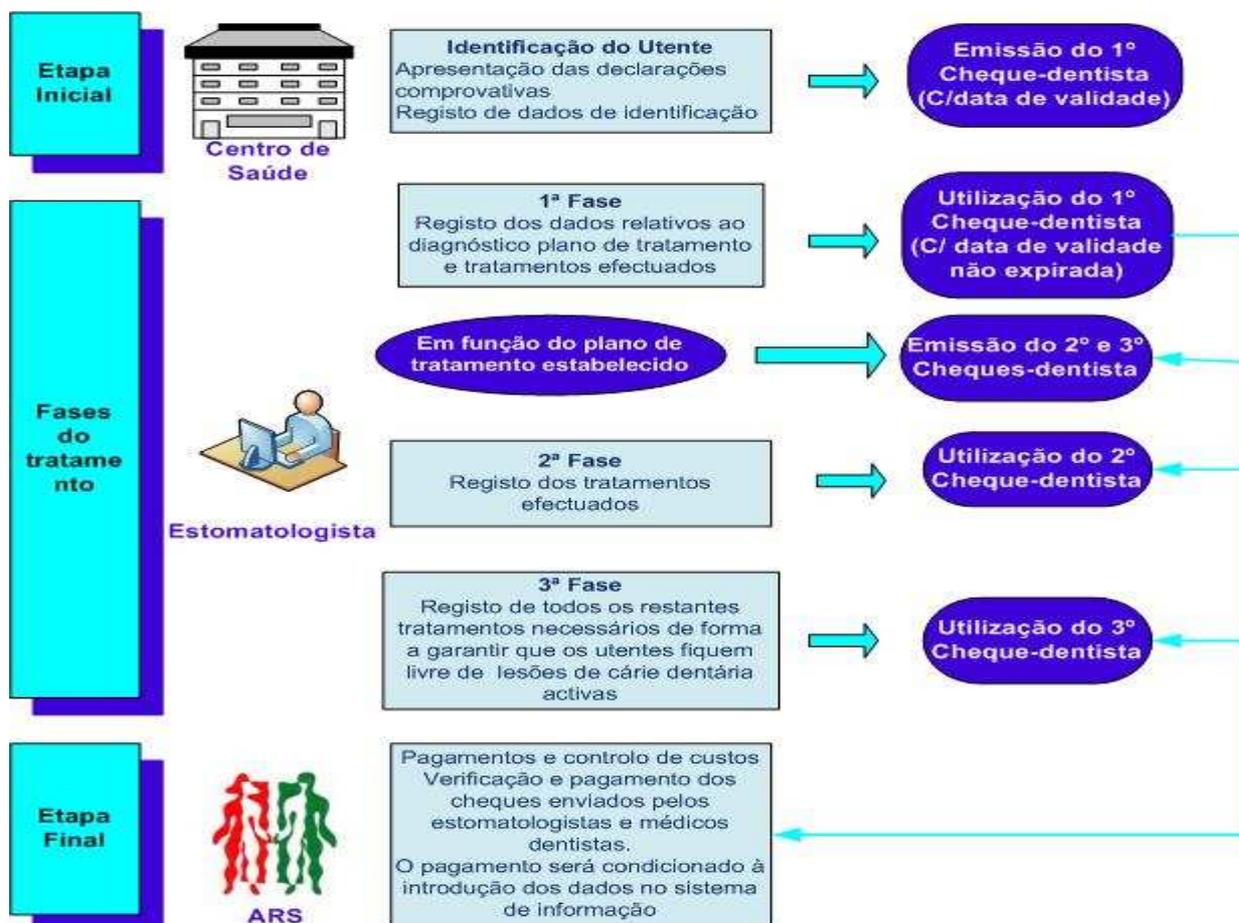


Fonte: Circular normativa 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09 da DGS.

Anexo 3 – Registo dos Actos Médicos no SISO

O Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO), permite o registo de todos os procedimentos relacionados com o novo projecto² bem como a disponibilização em tempo real aos vários intervenientes e nos diferentes níveis de intervenção, dos elementos necessários à monitorização do sistema, à avaliação dos procedimentos e às auditorias internas e externas, como se pode observar na figura seguinte:

Figura 5 - Circuito do Registo de Actos Médicos no SISO (SOG e SOPI)



Fonte: Proposta de revisão do PNPSO/2008, da DGS

Este sistema de informação possui ainda um Sistema de Apoio ao Médico (SAM) que permite ao Médico de família o acesso aos registos efectuados pelo Médico Dentista.

² Marcação de consultas, confirmação da emissão do cheque, diagnóstico da situação de saúde/doença, plano de tratamentos, pedidos de liquidação dos serviços prestados.

Anexo 4 – Financiamento – PNPSO- Crianças e Jovens-2006/2008

Quadro 1 – Financiamento Atribuído versus Utilizado

Unid:Euros

	Atribuído	Utilizado	%
2006	4.000.000	3.144.005	79
2007	5.000.000	3.881.735	78
2008	6.000.000	4.748.010	79
Total	15.000.000	11.773.750	78

Nota: Considera-se que o utilizado é o executado mais a avaliação externa.

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pelas ARS

Quadro 2 – Financiamento da ARS Norte

Unid:Euros

	Atribuído	Utilizado	%
2006	1.078.000	931.260	86
2007	1.250.000	1.189.275	95
2008	1.400.000	1.372.015	98
Total	3.728.000	3.492.550	94

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pela ARSN.

Quadro 3 - Financiamento da ARS Centro

Unid:Euros

	Plafond Atribuído	Utilizado	%
2006	1.078.000	975.075	90
2007	1.250.000	1.117.370	89
2008	1.418.750	1.205.465	85
Total	3.746.750	3.297.910	88

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pela ARSC.

Quadro 4 - Financiamento da ARSLVT

Unid:Euros

	Atribuído	Utilizado	%
2006	1.078.000	677.325	63
2007	1.250.000	733.350	59
2008	1.400.000	877.355	63
Total	3.728.000	2.288.030	61

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pela ARSC.

Quadro 5 – Financiamento da ARS Alentejo

Unid:Euros

	Atribuído	Utilizado	%
2006	383.000	192.040	50
2007	625.000	369.595	59
2008	900.000	480.200	53
Total	1.908.000	1.041.835	55

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pela ARS Alentejo.

Quadro 6 – Financiamento da ARS Algarve

Unid:Euros

	Atribuído	Utilizado	%
2006	383.000	368.305	96
2007	625.000	472.145	76
2008	881.250	812.975	92
Total	1.889.250	1.653.425	88

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ACSS e pela ARS Algarve.



Anexo 5 – Execução Financeira – PNPSO -Crianças e Jovens - 2006/2008

Quadro 7 – Contratualizado versus Executado

Unid: Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	3.652.425	3.102.525	85
2007	4.102.125	3.828.825	93
2008	4.897.500	4.624.050	94
Total	12.652.050	11.555.400	91

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pelas ARS.

Quadro 8 – Avaliação Externa da Contratualização

Unid: Euros

	2006	2007	2008	Total
ARSN	25.260		33.940	33.940
ARSC		27.020	32.540	59.560
ARSLVT			23.180	23.180
ARSAlentejo	8.140	13.420	12.800	34.360
ARSAlgarve	8.080	12.470	21.500	42.050
Total	41.480	52.910	123.960	218.350

Fonte: Informação fornecida pelas ARS em Outubro de 2009.

Quadro 9 – Contratualizado e Executado ARS Norte

Unid :Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	1.064.775	906.000	85
2007	1.228.200	1.189.275	97
2008	1.363.950	1.338.075	98
Total	3.656.925	3.433.350	94

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ARSN (e-mail de 9/07/09).

Quadro 10 – Contratualizado e Executado ARSCentro

Unid: Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	1.036.275	975.075	94
2007	1.150.800	1.090.350	95
2008	1.194.000	1.172.925	98
Total	3.381.075	3.238.350	96

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ARSC (ofício nº16185 de 7/07/09).

Quadro 11 - - Contratualizado e Executado ARS LVT

Unid: Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	858.750	677.325	79
2007	823.725	733.350	89
2008	958.200	854.175	89
Total	2.640.675	2.264.850	86

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ARSLVT (ofício nº18914 de 9/07/09)

Quadro 12 – Contratualizado e Executado ARS Alentejo

Unid: Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	318.375	183.900	58
2007	403.425	356.175	88
2008	537.600	467.400	87
Total	1.259.400	1.007.475	80

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ARS Alentejo (e-mail de 24/06/09).

Quadro 13 – Contratualizado e Executado ARS Algarve

Unid: Euros

Ano	Contratualizado	Executado	%
2006	374.250	360.225	96
2007	495.975	459.675	93
2008	843.750	791.475	94
Total	1.713.975	1.611.375	94

Fonte: Elaboração própria com base em informação fornecida pela ARS Algarve (e-mail de 21/07/09).

Anexo 6 - Execução Física Anual – PNPSO -Crianças e Jovens - 2006/2008

Quadro 14 -Execução Física do Triénio

	2006	2007	2008	Total
Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	48.699	54.695	65.300	168.694
Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	41.367	51.051	61.654	154.072
Taxa de Execução	85	93	94	91

Fonte: ARS

Quadro 15 -Execução Física -2006

	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	14.197	13.817	11.450	4.245	4.990	48.699
Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	12.080	13.001	9.031	2.452	4.803	41.367
Taxa de Execução	85	94	79	58	96	85

Fonte: ARS

Quadro 16 -Execução Física - 2007

	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	16.376	15.344	10.983	5.379	6.613	54.695
Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	15.857	14.538	9.778	4.749	6.129	51.051
Taxa de Execução	97	95	89	88	93	93

Fonte: ARS

Quadro 17 -Execução Física - 2008

	ARSN	ARSC	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Total
Nº Crianças Contratualizadas	18.186	15.920	12.776	7.168	11.250	65.300
Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	17.841	15.639	11.389	6.232	10.553	61.654
Taxa de Execução	98	98	89	87	94	94

Fonte: ARS



Anexo 7 - Execução Física por ARS – PNPSO- Crianças e Jovens -2006/2008

Quadro 18 - Execução Física Global

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	48.699	41.367	85
2007	54.695	51.051	93
2008	65.300	61.654	94
Total	168.694	154.072	91

Fonte: ARS

Quadro 19 - Execução Física - ARSN

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	14.197	12.080	85
2007	16.376	15.857	97
2008	18.186	17.841	98
Total	48.759	45.778	94

Fonte: ARSN (e-mail de 9/07/09)

Quadro 20 - Execução Física - ARSC

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	13.817	13.001	94
2007	15.344	14.538	95
2008	15.920	15.639	98
Total	45.081	43.178	96

Fonte: ARSC (ofício nº16185 de 7/07/09)

Quadro 21 - Execução Física - ARSLVT

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	11.450	9.031	79
2007	10.983	9.778	89
2008	12.776	11.389	89
Total	35.209	30.198	86

Fonte: ARSLVT (ofício nº18914 de 9/07/09)

Quadro 22 - Execução Física - ARS Alentejo

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	4.245	2.452	58
2007	5.379	4.749	88
2008	7.168	6.232	87
Total	16.792	13.433	80

Fonte: ARS Alentejo (e-mail de 24/06/09)

Quadro 23 - Execução Física - ARS Algarve

Ano	Nº Crianças Abrangidas pela Contratualização	Nº Crianças que Concluíram a Contratualização	%
2006	4.990	4.803	96
2007	6.613	6.129	93
2008	11.250	10.553	94
Total	22.853	21.485	94

Fonte: ARS Algarve (e-mail de 21/07/09)

Anexo 8 – Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Quadro 24 - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	1.166	41.142	35
2007	1.191	51.670	43
2008	1.532	61.671	40
Total	3.889	154.483	40

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARS

Quadro 25 - ARSN - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	492	12.080	24,55
2007	482	15.857	32,90
2008	699	17.841	25,52
Total	1.673	45.778	27

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARSN (e-mail de 23707/09)

Quadro 26 - ARSC Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	338	13.202	39,06
2007	383	15.541	40,58
2008	389	15.660	40,26
Total	1.110	44.403	40

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARSC (ofício nº 16185 de 7/07/09)

Quadro 27 - ARSLT - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	200	8.605	43,03
2007	194	9.394	48,42
2008	249	11.385	45,72
Total	643	29.384	46

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARS LVT (ofício nº 23088 de 14/08/09)

Quadro 28 - ARS Alentejo - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	52	2.452	47,15
2007	55	4.749	86,35
2008	83	6.232	75,08
Total	190	13.433	71

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARS Alentejo (e-mail de 11/05/09)

Quadro 29 - ARS Algarve - Crianças Atendidas por Médico Contratualizado

Ano	Médicos Contratualizados (*)	Crianças Atendidas	Média de Crianças por Médico
2006	84	4.803	57,18
2007	77	6.129	79,60
2008	112	10.553	94,22
Total	273	21.485	79

(*) Informação retirada dos relatórios anuais da DGS

Fonte: ARS Algarve (relatório final do Departamento de Contratualização - 1/05/09)



Anexo 9 – Consultas por Criança Tratada por Médico Contratualizado

Quadro 30 - Nº de Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	94.952	41.142	2,31
2007	115.827	51.670	2,24
2008	135.910	61.671	2,20
Total	346.689	154.483	2,24

Fonte: DGS e ARS

Quadro 31 - ARSN – Nº Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	37.298	12.080	3,09
2007	42.171	15.857	2,66
2008	47.075	17.841	2,64
Total	126.544	45.778	2,76

Fonte: DGS e ARSN (e-mail de 23707/09)

Quadro 32 - ARSC – Nº Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	32.504	13.202	2,46
2007	32.860	15.541	2,11
2008	34.259	15.660	2,19
Total	99.623	44.403	2,24

Fonte: DGS e ARSC (ofício nº 16185 de 7/07/09)

Quadro 33 - ARSLVT - Nº de Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	19.832	8.605	2,30
2007	19.770	9.394	2,10
2008	22.270	11.385	1,96
Total	61.872	29.384	2,11

Fonte: DGS e ARS LVT (ofício nº 23088 de 14/08/09)

Quadro 34 – ARS Alentejo - Nº de Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	5.318	2.452	2,17
2007	11.358	4.749	2,39
2008	13.988	6.232	2,24
Total	30.664	13.433	2,28

Fonte: DGS e ARS Alentejo (e-mail de 11/05/09)

Quadro 35 – ARS Algarve - Nº de Consultas por Criança Atendida

Ano	Nº Consultas Realizadas	Nº Crianças Atendidas	Nº Consultas por Criança
2006	(*)	4.803	
2007	9.668	6.129	1,58
2008	18.318	10.553	1,74
Total	27.986	21.485	1,30

(*) A ARS Algarve não enviou o nº e o relatório da DGS não o apresenta

Fonte: DGS e ARS Algarve (relatório final do Departamento de Contratualização - 1/05/09)

**Quadro 36 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2006
- Crianças e jovens**

	3-5 anos	6-8 anos	9-13 anos	14-16 anos	Total
ARSN	2	2,9	2,5	3,3	2
ARSC	2,1	2,6	2,4	2,8	2,1
ARSLVT	2,5	2,3	2,2	3,3	2,5
ARS Alentejo	2,1	2,3	2,2	2,3	2,1
ARS Algarve					
Total	2,2	2,6	2,4	3	2,2

Nota: Não existia informação relativamente à ARS Algarve

Fonte: Relatório da DGS de 2006 a fls. 7

**Quadro 37 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2007
- Crianças e jovens**

	3-5 anos	6-8 anos	9-13 anos	14-16 anos	Total
ARSN	2,6	2,8	2,5	3,3	2,7
ARSC	2,4	2,4	1,9	2,7	2,3
ARSLVT	2,5	2,1	2	2,7	2,1
ARS Alentejo	2,1	2,3	2,4	2,9	2,4
ARS Algarve	1,7	1,6	1,5	2,1	1,6
Total	2,4	2,4	2,1	2,8	2,3

Fonte: Relatório da DGS de 2007 a fls. 7

**Quadro 38 – Média de consultas por Grupo Etário e Região de Saúde em 2008
- Crianças e jovens**

	3-5 anos	6-8 anos	9-13 anos	14-16 anos	Total
ARSN	2,7	2,7	2,5	3,5	2,6
ARSC					
ARSLVT	2,1	1,9	1,9	2,9	2
ARS Alentejo	2	2,2	2,2	2,6	2,2
ARS Algarve	1,9	1,7	1,6	2,3	1,7
Total	2,2	2,1	2,1	2,8	2,1

Nota: Não existia informação relativamente à ARSC

Fonte: Relatório da DGS de 2008 a fls. 7



Anexo 10 – Crianças Abrangidas na Actividade dos Higienistas Orais

Quadro 39 - Actividade dos Higienistas - Ano Lectivo 2005/2006

Unid: Nº crianças abrangidas

	Aplicação de Fluor	Escovagem de Dentes	Educação	Aplicação de Selantes	Total
ARSN	91.250	46.023	92.295	1.541	231.109
ARSC	92.699	40.277	96.137	7.672	236.785
ARSLVT	110.646	8.616	84.471	15.651	219.384
ARS Alentejo	10.991	3.845	9.525	3.797	28.158
ARS Algarve	14.979	2.420	11.691	763	29.853
Total	320.565	101.181	294.119	29.424	745.289

Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar

Quadro 40 - Trabalho dos Higienistas - Ano Lectivo 2006/2007

Unid: Nº crianças abrangidas

	Aplicação de Fluor	Escovagem de Dentes	Educação	Aplicação de Selantes	Total
ARSN	85.590	41.646	78.534	851	206.621
ARSC	92.976	40.418	96.490	7.792	237.676
ARSLVT	97.915	13.010	84.134	19.027	214.086
ARS Alentejo	16.340	4.251	17.201	1.146	38.938
ARS Algarve	12.972	1.767	12.014	1.325	28.078
Total	305.793	101.092	288.373	30.141	725.399

Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar

Quadro 41 - Trabalho dos Higienistas - Ano Lectivo 2007/2008

Unid: Nº crianças abrangidas

	Aplicação de Fluor	Escovagem de Dentes	Educação	Aplicação de Selantes	Total
ARSN	74.411	39.413	88.658	7.849	210.331
ARSC	63.412	36.514	82.421	6.259	188.606
ARSLVT	72.398	10.087	68.165	18.509	169.159
ARS Alentejo	14.056	2.683	12.745	1.151	30.635
ARS Algarve	20.919	3.317	25.379	450	50.065
Total	245.196	92.014	277.368	34.218	648.796

Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar

**Quadro 42 – Actividade dos Higienistas na Educação da Saúde Oral
por ano Escolar**

Unid: Nº crianças abrangidas

	Escovagem de Dentes			Educação		
	2007/2008	2006/2007	2005/2006	2007/2008	2006/2007	2005/2006
ARSN	39.413	41.646	46.023	88.658	78.534	92.295
ARSC	36.514	40.418	40.277	82.421	96.490	96.137
ARSLVT	10.087	13.010	8.616	68.165	84.134	84.471
ARSA lentejo	2.683	4.251	3.845	12.745	17.201	9.525
ARSA Algarve	3.317	1.767	2.420	25.379	12.014	11.691
Total	92.014	101.092	101.181	277.368	288.373	294.119

Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar

**Quadro 43 – Actividade dos Higienistas na Prevenção da Saúde Oral
por ano Escolar**

Unid: Nº crianças abrangidas

	Aplicação de Flúor			Aplicação de Selantes		
	2007/2008	2006/2007	2005/2006	2007/2008	2006/2007	2005/2006
ARSN	74.411	85.590	91.250	7.849	851	1.541
ARSC	63.412	92.976	92.699	6.259	7.792	7.672
ARSLVT	72.398	97.915	110.646	18.509	19.027	15.651
ARSA lentejo	14.056	16.340	10.991	1.151	1.146	3.797
ARSA Algarve	20.919	12.972	14.979	450	1.325	763
Total	245.196	305.793	320.565	34.218	30.141	29.424

Fonte: Mapas de Avaliação da Saúde Escolar



Anexo 11 – Ganhos em Saúde Oral

Quadro 44 – Nº Dentes Permanentes Cariados no Início e Fim do Tratamento

	2008			2007			2006		
	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados
6-8 anos	17.029	1.163	15.866	17.448	1.167	16.281	15.999	1.438	14.561
9-13 anos	37.516	3.104	34.412	31.547	3.070	28.477	15.400	1.940	13.460
14-16 anos	17.730	1.933	15.797	12.092	1.404	10.688	4.861	711	4.150
Total	72.275	6.200	66.075	61.087	5.641	55.446	36.260	4.089	32.171

Fonte: Relatórios Anuais da DGS

Quadro 45 – Nº Dentes Permanentes Obturados no Início e Fim do Tratamento

	2008			2007			2006		
	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados
6-8 anos	2.854	18.275	15.421	2.832	18.351	15.519	1.377	13.555	12.178
9-13 anos	15.787	47.384	31.597	11.360	37.005	25.645	4.085	25.693	21.608
14-16 anos	6.778	20.873	14.095	3.607	12.722	9.115	1.849	8.079	6.230
Total	25.419	86.532	61.113	17.799	68.078	50.279	7.311	47.327	40.016

Fonte: Relatórios Anuais da DGS

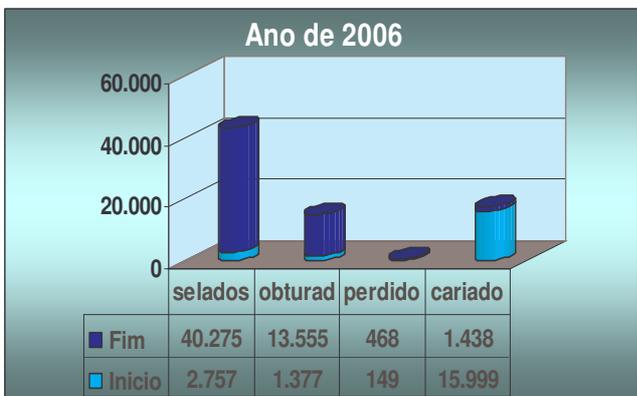
Quadro 46 – Nº Dentes Permanentes Selados no Início e Fim do Tratamento

	2008			2007			2006		
	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados	Início	Fim	tratados
6-8 anos	9.609	60.678	51.069	8.333	54.888	46.555	2.757	40.275	37.518
9-13 anos	31.109	110.172	79.063	23.158	242.238	219.080	10.618	47.204	36.586
14-16 anos	8.222	28.337	20.115	4.456	14.510	10.054	3.098	10.266	7.168
Total	48.940	199.187	150.247	35.947	311.636	275.689	16.473	97.745	81.272

Fonte: Relatórios Anuais da DGS

Gráfico 1 - Intervenção Médico Dentária aos 6-8 anos (dentes permanentes)

Situação Antes e Após a Intervenção



Fonte: Relatórios Anuais da DGS



Gráfico 2 - Intervenção Médico Dentária aos 9-13 anos (dentes permanentes)

Situação Antes e Após a Intervenção



Fonte: Relatórios Anuais da DGS

Gráfico 3 - Intervenção Médico Dentária aos 14-16 anos (dentes permanentes)

Situação Antes e Após a Intervenção



Fonte: Relatórios Anuais da DGS



Anexo 12 - Ficha Técnica do Inquérito a HO e Análise das Respostas

Ficha Técnica

Inquérito realizado em Junho de 2009, tendo como universo o estrato de população constituído por 111 higienistas orais (HO) que prestam serviço nos centros de saúde de Portugal Continental.

A amostra foi seleccionada pelo método estatístico, considerando um nível de confiança de 95% e uma taxa de erro esperada de 5%, sendo utilizado o método de amostragem aleatória simples, com extracção de dados a partir de ficheiros remetidos pelas ARS e recorrendo à aplicação informática “IDEA”.

Responderam 41 dos 72 higienistas orais inquiridos o que corresponde a uma taxa de resposta de 57% sendo 85% mulheres e 15% homens e pertencendo a maior parte (61%) à faixa etária dos 30 a 39 anos, vide quadro seguinte:

Quadro 47 – Nº de Higienistas Oraís Inquiridos e de Respostas

Total de Higienistas	Número de Higienistas Inquiridos	Número de Higienistas Respondentes			Nº de Higienistas Respondentes Distribuídos por Idades		
		Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total	<30 Anos	30 a 39 Anos	40 a 49 Anos
111	72	35	6	41	10	25	6

Fonte: Elaboração própria com base nos Inquéritos a higienistas

Análise das Respostas

Com o objectivo de aferir a opinião dos higienistas orais quanto à operacionalização do programa, dificuldades sentidas no terreno bem como recolher sugestões de melhoria, foi elaborado um inquérito anónimo com 17 questões que foi remetido aos higienistas orais que prestam serviço em centros de saúde situados no território continental.

A maioria dos HO que responderam ao inquérito (66%) referiu que o Centro de Saúde onde presta serviço está dotado dos equipamentos necessários ao desempenho das suas funções. Daqueles que responderam negativamente a esta questão 86% indicou a cadeira de dentista como sendo o equipamento que mais falta nos Centros de Saúde.

Gráfico 4 - Centros de Saúde Dotados do Equipamento Necessário

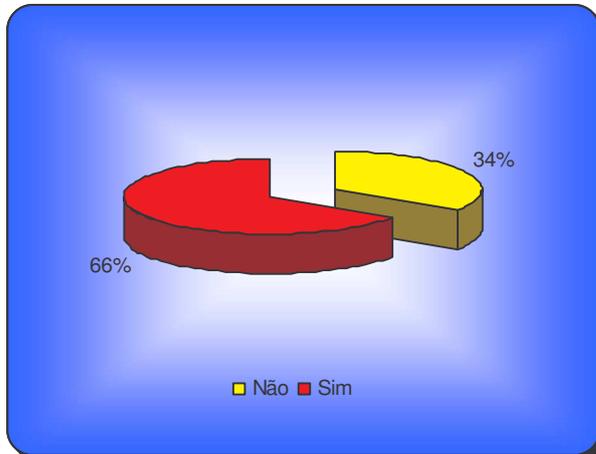
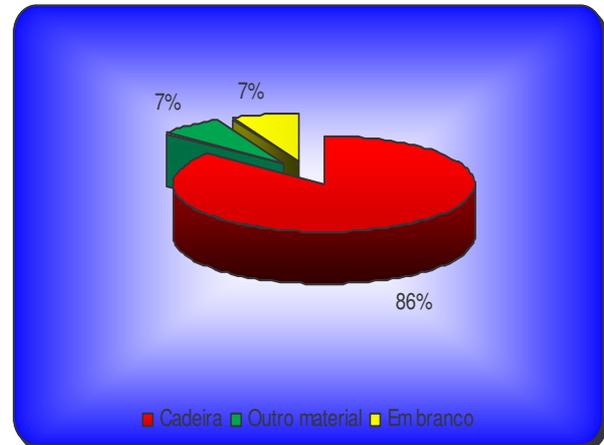


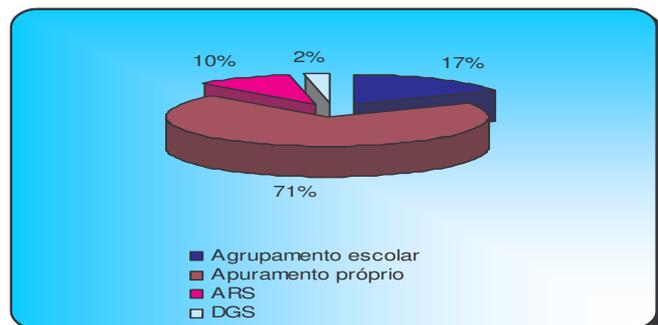
Gráfico 5 - Equipamento em Falta nos Centros de Saúde



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

Gráfico 6 - Necessidades de Saúde Oral

As necessidades de saúde oral foram determinadas por 71% dos HO que responderam ao inquérito. Em 17% dos casos, foi o agrupamento escolar que forneceu essa informação.



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

Das respostas obtidas 17% dos inquiridos referiram que aplicaram selantes em todas as crianças. A maioria das crianças não atendidas foi encaminhada para um médico dentista, conforme resposta de 56% dos HO.

Gráfico 7 – Aplicação de Selantes em todas as Crianças

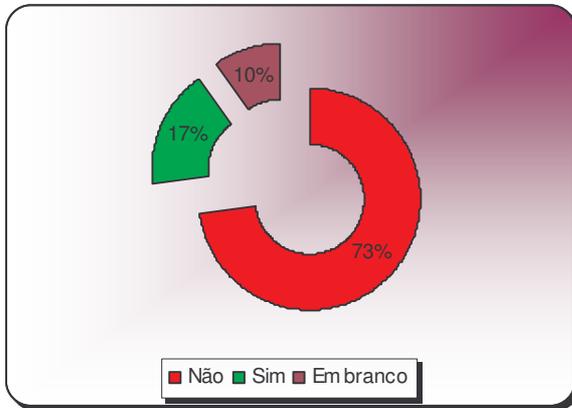
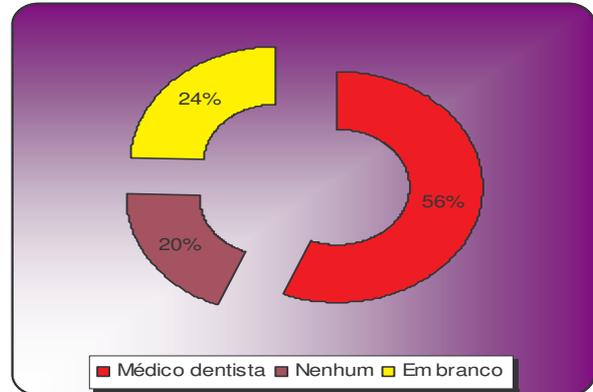


Gráfico 8 – Encaminhamento das Crianças que não Aplicaram Selantes



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

Da análise das respostas recebidas constatou-se que uma grande parte das crianças faltam às consultas do HO, devido essencialmente a falta de interesse e a falta de transporte, como reflectem os gráficos seguintes.

Gráfico 9 - Faltas das Crianças às Consultas do HO

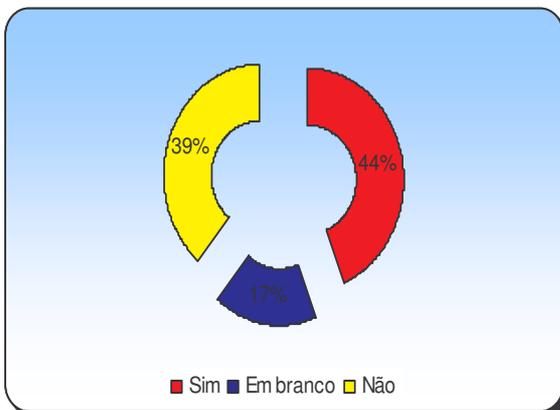
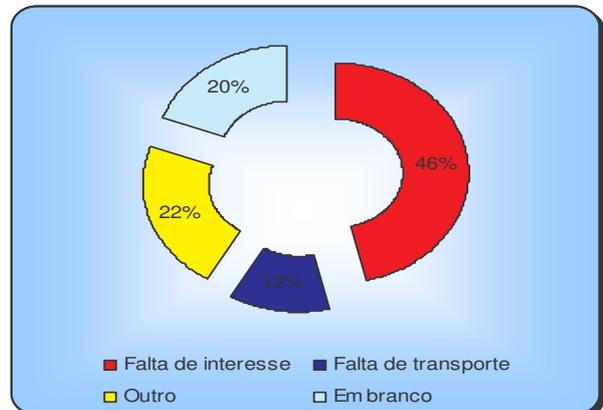


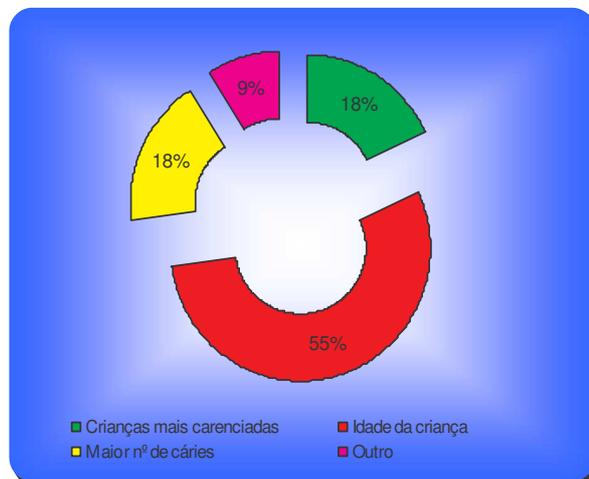
Gráfico 10 - Motivo das Faltas das Crianças às Consultas do HO



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

Gráfico 11 – Encaminhamento para um Médico Dentista

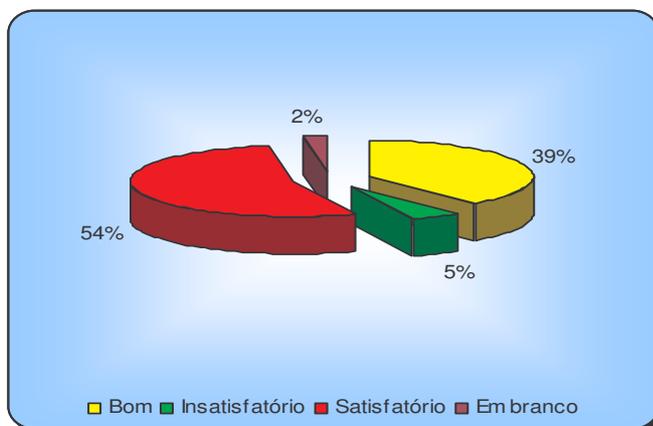
A maioria dos HO que respondeu encaminhou todas as crianças que apresentaram cáries para um médico dentista. Nos casos em que não foi possível encaminhar todas as crianças, 55% dos HO utilizou a idade como critério de selecção para as encaminhar para tratamento.



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

Os resultados da aplicação do PNPSO foram considerados bons por 39% dos inquiridos e insatisfatórios por 5%³.

Gráfico 12 – Classificação dos Resultados da Aplicação do PNPSO



Fonte: Elaboração própria com base em inquéritos de opinião.

³ Os higienistas orais que consideraram os resultados do programa insatisfatórios justificaram a avaliação pelo facto de não ter sido possível colocar selantes em todas as crianças por falta de tempo e de equipamento e por acharem que é na promoção da saúde, que está a chave para se atingirem os objectivos da OMS para 2020.



Anexo 13 – Ficha Técnica do Inquérito a Utentes

Inquérito efectuado em Junho de 2009 e que incidiu no universo de 687 encarregados de educação de crianças da escola Básica da Abrigada e do Agrupamento Escolar de Évora⁴ abrangidas pelo PNPSO em 2008.

A amostra foi seleccionada pelo método estatístico, considerando uma margem de erro de 5% para um intervalo de confiança de 95%, sendo utilizado o método de amostragem aleatória simples, com extracção de dados a partir de ficheiros remetidos pelas ARS e recorrendo à aplicação informática “IDEA”.

Responderam 142 dos 254 encarregados de educação inquiridos o que correspondeu a uma taxa de resposta de 56% tendo o inquérito abrangido maioritariamente as crianças da faixa etária dos 9 a 13 anos (58%).

⁴ Pertencentes à área de abrangência dos centros de Saúde de Alenquer e Évora (das sub-regiões abrangidas no trabalho de campo) e escolhidos por apresentarem um maior número de crianças contratualizadas (contratualizaram respectivamente, 921 e 825 crianças).



Anexo 14 - Avaliação Externa da Qualidade

As regiões que concretizaram esta avaliação apresentaram as seguintes conclusões:

ARS Norte

Na Região Norte, as Sub-Regiões que procederam à avaliação, quer no ano de 2006 quer no ano de 2008, registaram disparidades entre os registos efectuados pelo médico dentista prestador e pelo médico dentista avaliador, no que respeita aos dentes cariados, obturados e selados, devido a falhas nos registos efectuados pelo médico dentista Avaliador⁵.

Para o ano de 2008 a ARS do Norte elaborou também um relatório de avaliação qualitativa do PNPSO da região Norte onde refere que se procedeu à avaliação externa da contratualização com os Médicos Dentistas/Estomatologistas, dos Distritos de Braga, Bragança, Viana do Castelo, Vila Real, Porto e ULS de Matosinhos e que as disparidades encontradas nos registos poderiam eventualmente ser explicadas pelas grandes modificações que a dentição sofre nestes grupos etários, concluindo que *“Numa perspectiva global, não se verificaram grandes disparidades quando comparamos os valores encontrados pelos médicos dentistas prestadores com os médicos dentistas avaliadores”*.

⁵ Dentes saudáveis foram avaliados como dentes obturados ou selados; dentes obturados foram avaliados como saudáveis ou selados; dentes selados foram avaliados como saudáveis ou obturados, verificando-se ainda uma utilização incorrecta dos códigos de registo, Vd. Relatório da Sub-Região do Porto para 2006.



ARS Alentejo

A ARS do Alentejo elaborou anualmente um relatório sobre a avaliação da qualidade onde apresenta os respectivos parâmetros, escolhidos em reunião da Comissão Paritária, a amostra seleccionada e os resultados da avaliação. O quadro seguinte apresenta uma síntese da avaliação efectuada no triénio.

Quadro 48 – Avaliação Externa da Qualidade na ARS do Alentejo

Parâmetros de Avaliação	Resultados		
	2006	2007	2008
Tipo de tratamento efectuado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestação Mais frequente: Colocação de selantes conjuntamente com tratamentos (39,55%). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestação Mais frequente: Colocação de selantes conjuntamente com tratamentos (40,04%). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestação Mais frequente: Colocação de selantes conjuntamente com tratamentos (36,96%).
Qualidade dos registos na ficha do profissional executor do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 92% das fichas tinham o registo inicial do diagnóstico; ▪ 81% das fichas tinham o registo correcto de outras informações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 99% das fichas tinham o registo inicial do diagnóstico; ▪ 72% das fichas tinham o registo correcto de outras informações. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 76% das fichas tinham o registo inicial do diagnóstico; ▪ 97% das fichas tinham o registo correcto de outras informações.
Qualidade do tratamento – executado concordante com necessidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualidade do tratamento verificada em 88% das fichas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualidade do tratamento verificada em 87% das fichas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualidade do tratamento verificada em 89% das fichas.
Concordância de registos entre Avaliador e Executor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em 64% das fichas comprovou-se a concordância dos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em 77% das fichas comprovou-se a concordância dos registos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Em 71% das fichas comprovou-se a concordância dos registos.

Fonte: Relatórios de avaliação da qualidade da ARS Alentejo dos anos de 2006, 2007 e 2008



ARS Algarve

A ARS do Algarve apresentou a avaliação qualitativa nos relatórios finais do PNPSO onde reflectiu a respectiva metodologia e os resultados apurados, excepto no que diz respeito ao ano de 2007 em que não foram divulgados os resultados no relatório, tendo sido referido apenas que a avaliação qualitativa dos resultados seria apresentada posteriormente.

A figura seguinte apresenta a metodologia definida e os resultados apurados na avaliação externa nesta ARS.

Figura 6 - Avaliação Externa da Qualidade na ARS do Algarve



Fonte: Relatórios de avaliação da qualidade da ARS Alentejo dos anos de 2006, 2007, 2008

A Selecção das crianças foi aleatória de um máximo de 10% de crianças tratadas por cada médico dentista e um mínimo de cinco, no ano de 2006 e 2007 e um mínimo de 7 no ano 2008.

Os resultados obtidos no ano de 2008, deram origem à convocação, pela Comissão Paritária, de uma reunião com os prestadores que obtiveram resultados menos satisfatórios com o objectivo de os confrontar com a apreciação crítica dos avaliadores.



Anexo 15 - Avaliação do Controlo Interno

No sentido de testar os controlos exercidos pela ARSLVT e ARS Alentejo ao nível da execução financeira, designadamente, do pagamento da facturação dos serviços prestados no âmbito do programa, foi efectuado o levantamento dos circuitos de procedimentos⁶ e do ambiente de controlo dos serviços⁷ (utilizando-se as metodologias de controlo instituídos⁸) e para a realização de testes de conformidade e substantivos, foram recolhidas duas amostras do universo de facturação daquelas unidades, relativamente ao ano de 2008.

Da análise efectuada à documentação, relativa aos cuidados prestados a crianças e jovens⁹, confirmou-se a generalidade dos procedimentos adoptados e que estes se encontravam devidamente autorizados e documentados, no entanto apurou-se que não existia:

- Data de cabimento;
- Evidência da autorização da despesa;
- Uma conta corrente por prestador;
- Desagregação da contabilização dos serviços prestados no âmbito do PNPSO, do SOPI e do SOG.

Verificou-se, ainda, não ter sido efectuada a especialização dos exercícios relativamente a todos os serviços prestados em anos anteriores¹⁰.

⁶ Os procedimentos de controlo e contabilização implementados nas ARS iniciam-se com a validação da inscrição dos médicos aderentes no SISO, através da verificação da sua inscrição na ordem, do assumir do compromisso de respeitar as condições de adesão e da declaração de possuir as condições higio-sanitárias necessárias e a situação contributiva regularizada.

O doente leva o cheque dentista ao médico onde este assinala os tratamentos efectuados que envia à ARS devidamente assinado por si e pelo utente.

Após a **validação do cheque dentista** o sistema gera automaticamente um e-mail dirigido ao médico a solicitar o envio do recibo (para os cheques não correctos o sistema emite um ofício com o nº do cheque para enviar ao médico).

O médico envia o recibo acompanhado do e-mail e da autorização de acesso à sua situação tributária. Confirmada essa informação a ARS regista a entrada no SISO, efectua a contabilização da despesa e do pagamento e regista o pagamento no SISO.

⁷ De acordo com as características específicas da auditoria e atendendo a que a implementação do programa se efectuou por região de saúde e considerando que em cada ano foi atribuído igual financiamento a cada um de dois grupos de ARS (o 1º constituído pelas ARSN, ARSC e ARSLVT e o 2º pelas ARS Alentejo e ARS Algarve) dividiu-se o universo nesses dois estratos, utilizando-se como critério de selecção das ARS a serem objecto de análise o menor grau de realização do programa, no sentido de se averiguar as razões que levaram a essa fraca execução.

Tendo em conta este critério e o facto de ter sido efectuada a análise preliminar com levantamento de circuitos na ARSLVT, foram seleccionadas as ARS de Lisboa e Vale do Tejo e a do Alentejo e em cada uma a sub-região com maior volume de facturação, ou seja as ex sub regiões de Lisboa e de Évora para realização de testes de conformidade e substantivos para verificação do controlo interno.

⁸ Cfr manual de auditoria e procedimentos, vol II.

⁹ Para efeito de amostragem considerou-se o universo da facturação emitida pela ARS Alentejo e pela ARSLVT no âmbito dos cuidados de saúde oral prestados a crianças e jovens em 2008, e seleccionou-se uma amostra representativa do total do universo (56%) utilizando-se o método de amostragem aleatória simples, com extracção de dados a partir de ficheiros remetidos pelas ARS recorrendo à aplicação informática "IDEA".



No que se refere aos pagamentos verificou-se que não foram, cumpridos os prazos previstos nos contratos celebrados com os prestadores de serviços, devido ao atraso dos médicos no envio das fichas individuais de saúde oral relativas aos tratamentos efectuados.

Relativamente ao SOPI (Saúde Oral da Pessoa Idosa) e ao SOG (Saúde Oral da Grávida) a análise da documentação¹¹, confirmou a generalidade dos procedimentos adoptados e que os cheques dentista se encontravam devidamente assinados quer pelo médico quer pelo utente e que os atrasos verificados nos pagamentos resultaram de falhas dos médicos quer no envio da autorização de acesso à sua situação tributária quer no envio do e-mail produzido pelo SISO.

Solicitados os procedimentos concursais que serviram de base à contratação dos médicos aderentes no triénio 2005/2008, verificaram-se após a respectiva análise, algumas lacunas documentais resultantes do procedimento ser efectuado em articulação com os respectivos Centros de Saúde.

O controlo da prestação de cuidados de saúde oral realizados pelos médicos dentistas às crianças dependia de registos manuais, em suporte de papel, constantes das listas e fichas arquivadas em cada Centro de Saúde.

Tal situação não permitia um controlo efectivo, por parte das ARS e ao nível central pela DGS da realização e da qualidade dos cuidados prestados, considerando a dispersão territorial e o vasto acervo documental gerado por cada médico contratado em função do universo de crianças tratadas.

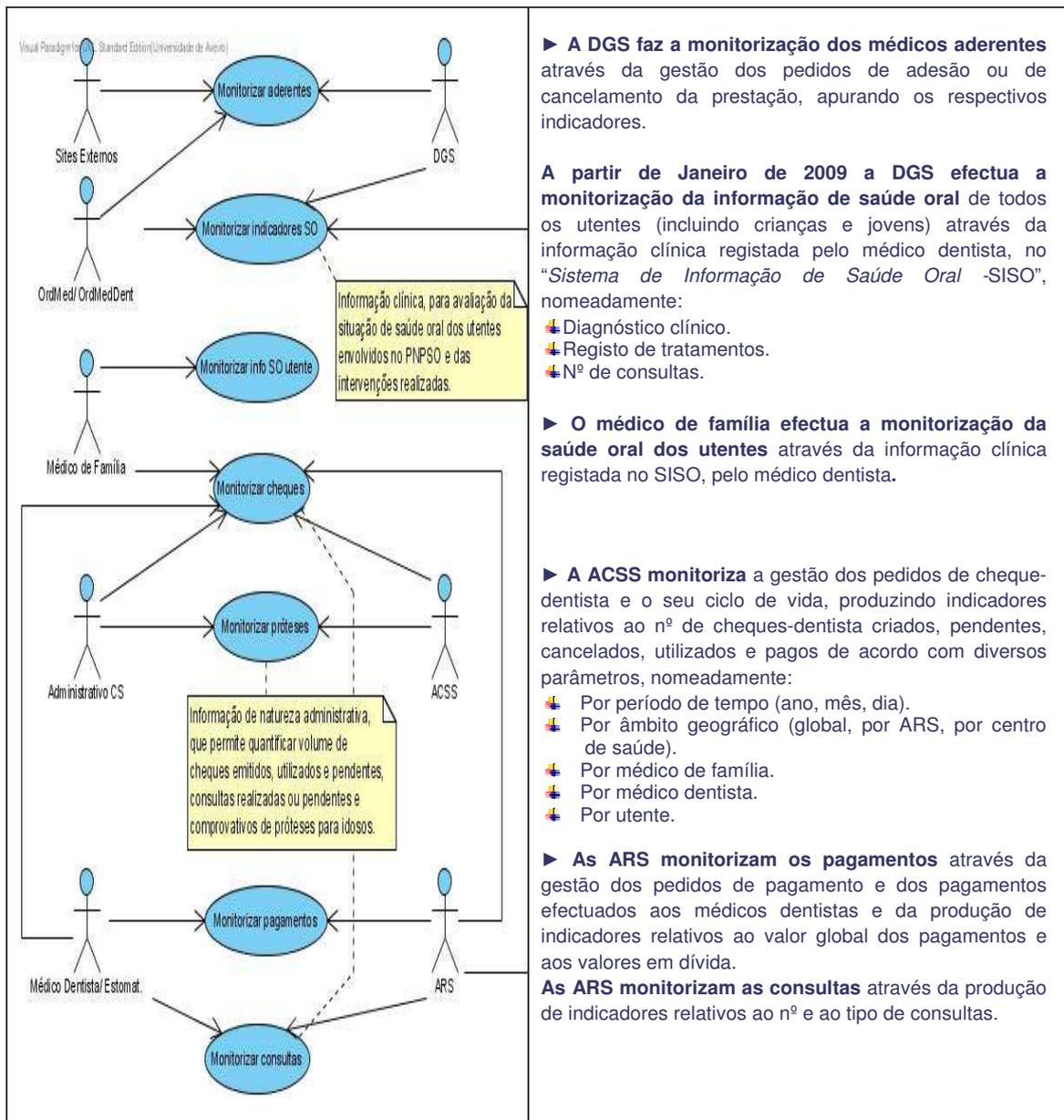
A identificação manifesta de falhas de controlo justificou o desenvolvimento de um sistema de informação integrado para gestão e controlo do Cheque Dentista (*“Sistema de Informação de Saúde Oral -SISO”*), que conduziu à reformulação dos controlos até aí existentes, tal como se resume na figura seguinte:

¹⁰ As facturas relativas a 2008 mas com data de 2009, não foram contabilizadas na conta 69762- custos de exercícios anteriores mas sim na 6218937 – subcontratos do ano em que é feito o pagamento.

¹¹ Considerou-se o universo dos cheques dentista emitidos em 2008 a grávidas e a pessoas idosas e seleccionou-se:

- Na ARSLVT uma amostra extraída pelo método de amostragem aleatória simples através do IDEA;
- Na ARS Alentejo devido à não disponibilização de ficheiro informático, não foi possível efectuar uma extracção aleatória através do IDEA, pelo que foi analisado um número representativo dos últimos pagamentos de 2008.

Figura 7 - Monitorização do Programa 2008-2009



Fonte: Relatório elaborado pela Universidade de Aveiro em 31 de Dezembro de 2007

A partir de Janeiro de 2009, o Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO) visa realizar o registo de todos os procedimentos relacionados com o novo projecto¹² bem como a

¹² Marcação de consultas, confirmação da emissão do cheque, diagnóstico da situação de saúde/doença, plano de tratamentos, pedidos de liquidação dos serviços prestados.



disponibilização em tempo real aos vários intervenientes e nos diferentes níveis de intervenção, dos elementos necessários à monitorização do sistema, à avaliação dos procedimentos e às auditorias internas e externas.

O SISO possui ainda um interface com o “Sistema de Apoio ao Médico (SAM)”, que visa permitir ao Médico de família o acesso *on line* aos registos efectuados pelo Médico Dentista, para efeitos de controlo da prestação de cuidados de saúde oral e acompanhamento do estado de saúde do beneficiário.



Anexo 16 – Composição e Atribuições da Comissão Técnico Científica



Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Comissão Técnico-científica de Acompanhamento

Composição e atribuições

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) aprovado através do despacho ministerial n.º 153/2005, 2.ª série de 5 de Janeiro, prevê o seu acompanhamento por uma Comissão Técnico-científica.

Foram estabelecidos contactos com as entidades representadas para designação dos membros da Comissão, de que resulta a seguinte composição:

1. Dr.ª Fátima Marques	Representante da ARS Norte
2. Dr.ª Maria Fernanda Pinto	Representante da ARS Centro
3. Dr.ª Ana Paula Ramalho Correia	Representante da ARS Lisboa e vale do Tejo
4. Dr. Augusto Santana de Brito	Representante da ARS Alentejo
5. Dr. Carlos André	Representante da ARS Algarve
6. Dr. Ricardo Viveiros Cabral	Representante da RA Açores
7. Dr. Gil Alves	Representante da RA Madeira
8. Dr.ª M. Rosário Malheiro	Representante da OM- Colégio de Estomatologia
9. Prof. Doutor Paulo Melo	Representante da OMD
10. Prof. Doutor César Mexia de Almeida	Chief Dental Officer
11. Dr. Rui Lima	Representante do M Educação - DGIDC
12. Dr. Luís Maria Cruz e Silva	Representante do Instituto da Segurança Social
13. Dr.ª Ana Luísa Costa	Representante da Fac. Med. Coimbra. D Med Dentária
14. Prof. Doutor César Mexia de Almeida	Representante da Fac. Med Dentária de Lisboa
15. Dr. José Frias Bulhosa	Representante da Universidade Fernando Pessoa
16. Dr.ª Gregória Paixão von Amann	Responsável do Programa na DGS
17. Dr.ª Cristina Ferreira Cádima	Responsável pelo Programa na DSE
18. Dr. Francisco George	Director-Geral da Saúde

Com a criação desta Comissão pretendeu-se instituir um órgão que acompanhe e garanta a coerência no desenvolvimento das estratégias de implementação do Programa de Promoção da Saúde Oral, cuja intersectorialidade e interdisciplinaridade permitem imprimir nas instituições envolvidas, uma mais eficaz articulação vertical e horizontal, cujas acções são determinantes para os bons resultados do PNPSO.

MOD. 1
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA

☎ 21 843 05 00
Número azul: 808 201 040

☎ 21 843 05 30
E-mail: dosaude@dosaurde.min-saude.pt

A Comissão Técnico-científica de Acompanhamento do PNPSO funciona na dependência do Director-Geral da Saúde e tem as seguintes atribuições:

1. Acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e o seu impacto na obtenção de ganhos em saúde oral na população infantil e juvenil;
2. Pronunciar-se sobre propostas, para emissão de orientações, sobre áreas estratégicas de intervenção do Programa, nomeadamente nos seguintes âmbitos:
 - a. Promoção da saúde oral em meio escolar;
 - b. Prevenção das doenças orais na infância e adolescência;
 - c. Conteúdos e divulgação de materiais didácticos;
 - d. Promoção de parcerias público-privadas no quadro da contratualização em saúde oral;
 - e. Definição da intervenção dos profissionais de saúde oral;
 - f. Articulação entre entidades para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos;
 - g. Criação de Suportes de Informação necessários à avaliação do Programa;
 - h. Promoção de parcerias com entidades que possam contribuir para os objectivos do programa de saúde oral.
3. Zelar junto dos serviços e organismos representados pela execução do Programa de acordo com as orientações emitidas;
4. Recomendar projectos de investigação sobre a evolução dos determinantes dos comportamentos associados às estratégias do Programa;
5. Promover a apresentação de propostas que favoreçam o aperfeiçoamento do PNPSO.



ct7

Aprovado em Reunião de Comissão Técnico Científica por:

Dr. Francisco George
Director-Geral da Saúde

Dr.ª Fátima Marques
Representante da ARS Norte

Dr.ª Maria Fernanda Pinto
Representante da ARS Centro

Dr.ª Ana Paula Ramalho Correia
Representante da ARS Lisboa e vale do Tejo

Dr. Augusto Santana de Brito
Representante da ARS Alentejo

Dr. Carlos André
Representante da ARS Algarve

Dr. Ricardo Viveiros Cabral
Representante da RA Açores

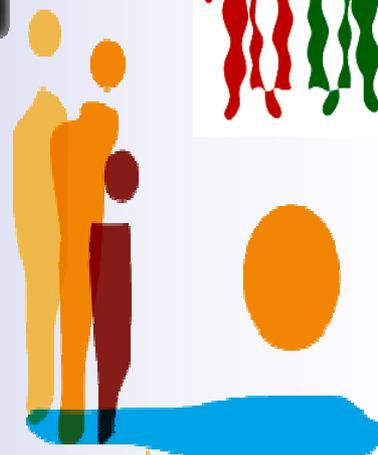
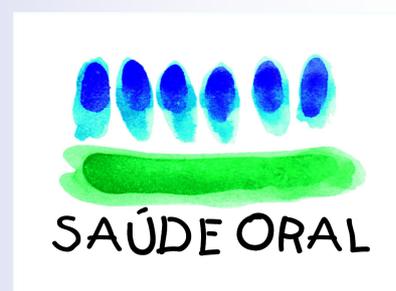
Dr. Gil Alves
Representante da RA Madeira

Dr.ª M. Rosário Malheiro
Representante da OM- Colégio de Estomatologia



Tribunal de Contas

Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral



Relatório nº44 /09- 2ª S

Processo nº 06/09 – Audit

Volume III - Alegações e Notas de
Emolumentos



Índice

1	ALEGAÇÕES DOS RESPONSÁVEIS.....	3
1.1.	Ministra da Saúde	3
1.2.	Alta Comissária da Saúde	14
1.3.	Director – Geral da Saúde.....	15
1.4.	Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.....	24
1.5.	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.	25
1.6.	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.....	26
1.7.	Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.....	27
1.8.	Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.....	36
2	NOTAS DE EMOLUMENTOS.....	37
2.1 –	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.....	37
2.2 –	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.	39
2.3 –	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.....	41
2.4 –	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.	43
2.5 –	ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.....	45

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

que realizavam as acções de prevenção, o tratamento com selantes e a orientação de casos individuais para o médico dentista.

Os ganhos em saúde desta estratégia são indelévels. O Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada, realizado em 2000, revelou níveis de cárie dentária mais baixos, aos 6, 12 e 15 anos, quando comparados com diversos estudos anteriormente efectuados em vários concelhos do país. Em 2005/6, os resultados do Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, revelaram reduções acentuadas dos níveis de doença. Em 2000, o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados era, aos 6 anos, de 0,23 e, aos 12 anos, de 2,95. Em 2005/06, esses valores eram, aos 6 anos, de 0,07 e, aos 12 anos, de 1,48. Relativamente às crianças e jovens livres de cárie dentária, em 2000 os valores encontrados foram de 33% aos 6 anos, de 27% aos 12 anos e de 19% aos 15 anos. Em 2005/6 os valores encontrados foram, respectivamente, de 51%, 44% e 28%.

Ainda assim a situação do país estava longe de ser satisfatória e o Plano Nacional de Saúde 2004 / 2010 referia que dispúnhamos de recursos humanos suficientes para prevenir e tratar as doenças orais e sugeria o estabelecimento de parcerias para a implementação das acções. Para o efeito, seria necessário estruturar e normalizar as intervenções sobre a saúde oral.

É nesse contexto que o Ministro da Saúde do XVI governo constitucional aprova o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), através do Despacho n.º 153/2005, publicado no Diário da Republica n.º 3 (II série), de 5 de Janeiro de 2005.

O modelo de desenvolvimento seguido, entre 2006 e 2008, foi similar ao que já vigorava desde 2000, embora com orçamento crescente e, nessa medida, com significativo aumento do acesso.

Ano	Nº de crianças a abranger	Nº de crianças abrangidas	Orçamento (em €)	Evolução percentual em termos orçamentais (N/2006)
2006	52 000	48 699	4.000.000	-
2007	65 000	54 695	5.000.000	+25%
2008	80 000	65 300	6.000.000	+50%

Embora com importante impacto na situação da saúde oral, e com crescente número de crianças e jovens envolvidas, a forma de organização do programa excluía outros grupos com particulares

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

necessidades e vulnerabilidades e, como a Auditoria em apreço destaca, deixava fora de tratamento uma grande parte das crianças.

Por isso, em Novembro de 2007, o Ministro da Saúde do XVII Governo Constitucional anunciou o estabelecimento de novas regras para o acesso da população-alvo do PNPSO a cuidados ministrados por profissionais especializados em saúde oral.

O objectivo era o de aumentar significativamente o número de beneficiários do processo de contratualização inerente ao PNPSO, iniciado no ano 2000. Num primeiro momento pretende-se abranger a generalidade das grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde, pela sua especificidade, e os idosos beneficiários do Complemento Solidário, pela sua vulnerabilidade. Mais tarde, já em 2009, alargou-se este objectivo às crianças e jovens em idades-chave do desenvolvimento das suas dentições. O acesso aos cuidados de saúde oral, neste âmbito, foi assente numa combinação entre a rede pública de higienistas orais, existente num número significativo de Centros de Saúde do país, e o recurso a consultórios privados de médicos dentistas / estomatologistas, com adesão voluntária dos profissionais. Foi considerado que esta opção permitia, no todo nacional, rentabilizar de modo mais adequado a capacidade instalada e a rede de locais de prestação de cuidados de saúde oral. Correspondia também ao aumento do número de profissionais que, entretanto, se tinha verificado (ver quadro). Por último, valorizou-se que se tratava da opção susceptível de, mais rapidamente, ser colocada em funcionamento.

Evolução do N.º de Médicos Dentistas

	2000	2002	2004	2006	2009
Médicos Dentistas	3101	4003	4610	5532	6243

A construção de um sistema susceptível de integrar eventuais alargamentos a outros grupos de utentes do Serviço Nacional de Saúde induziu a adopção da metodologia de projecto. Na primeira fase foram lançados os projectos "Saúde Oral na Grávida" e "Saúde Oral na Pessoa Idosa" (Junho de 2008), a que se seguiram os projectos "Saúde Oral nas Crianças e Jovens" e "Saúde Oral em Saúde Infantil", implementados em Março de 2009.

Os projectos em causa serviram ainda como referência para a construção de um Sistema de Informação de Saúde Oral, denominado SISO, que constitui o suporte de todos os procedimentos que lhes estão associados. Estes incluem a adesão dos profissionais de medicina dentária, o registo individual do

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

diagnóstico, planos de tratamento e tratamentos efectuados nos mais de 5000 consultórios dentários disponibilizados aos utentes do SNS, para além do processamento dos pagamentos aos prestadores.

O SISO tem vindo a ser desenvolvido pela Universidade de Aveiro, em estreita colaboração com os outros parceiros, de que se destacam a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), as Administrações Regionais de Saúde (ARS), a Missão dos Cuidados de Saúde Primários, a Ordem dos Médicos (Colégio de Estomatologia) e a Ordem dos Médicos Dentistas.

O Sistema de Informação ficará completamente concluído, nas suas 4 fases de desenvolvimento, no próximo mês de Janeiro, disponibilizando funcionalidades de grande significado e impacto, como serão a integração do SISO com o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e com os sistemas de contabilidade das ARS. Serão, assim, proporcionados canais de comunicação de elementos clínicos entre os cerca de 6000 médicos de família dos Centros de Saúde e os cerca de 3200 estomatologistas e médicos-dentistas aderentes aos projectos em curso. Por outro lado, será uma ferramenta facilitadora dos processos de pagamento, permitindo ao Ministério da Saúde cumprir o compromisso assumido de realização de pagamentos no prazo de 30 dias aos prestadores dos cuidados estabelecidos.

Não se pode deixar de destacar que parte significativa do PNPSO, nomeadamente em relação aos grupos-alvo definidos de novo, está ainda em fase inicial de desenvolvimento. A sua componente mais ambiciosa – envolver todas as crianças e jovens das coortes com 7, 10 e 13 anos – só teve início em Maio de 2009. Foram, ainda assim, distribuídos cheques-dentista a mais de 212 mil crianças e jovens, mais de 19 mil foram encaminhados para higienista oral e cerca de 3 mil adiados para o ano seguinte por atraso na erupção dentária.

A comparação destes números com o trabalho realizado no triénio 2006 / 2008 permite avaliar bem a mudança de paradigma. Trata-se, agora, de envolver coortes etárias completas, em idades particularmente significativas para a saúde oral e para a dentição.

Não há ainda tempo suficiente de desenvolvimento do programa que permita uma análise efectiva dos resultados e dos ganhos em saúde, mas trata-se, inquestionavelmente, de uma iniciativa ímpar na promoção do acesso dos portugueses a cuidados de saúde oral no SNS.

Face aos resultados em tempo real obtidos através do SISO, o Ministério da Saúde manifesta ao Tribunal de Contas que considera terem sido cumpridas, no essencial, as recomendações que emitiu, destinadas aos seus parceiros. A análise dos relatórios que sistematicamente a DGS envia ao Ministério e as reuniões periódicas que temos promovido têm proporcionado informação muito pertinente, tendo

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

em vista a melhoria desta iniciativa. O relatório do Tribunal de Contas constituirá mais um elemento de inegável interesse, para esse efeito.

No entanto, várias das suas conclusões e recomendações estão limitadas pela data da análise. Em muitos casos o objectivo definido para um determinado projecto é aferido com um tempo de execução muito escasso.

Parece-nos por isso pertinente contribuir, de modo construtivo, com um conjunto de comentários.

2. Comentários às conclusões

No que diz respeito às conclusões é entendimento do Ministério da Saúde que, em alguns casos, enfermam de uma avaliação parcelar do Programa e da sua inserção no conjunto das actividades do Serviço Nacional de Saúde.

Parece-nos adequado, nessa medida, produzir os seguintes comentários:

2.1 Modelo de Financiamento (ponto 1.2)

Não entendemos em que medida o financiamento "não tem sido estruturado de uma forma integrada e transparente". O PNPSO, na sua versão mais actual, engloba dois domínios:

- verbas destinadas à promoção e prevenção da saúde oral, incluídas nos orçamentos das ARS;
- verbas destinadas à contratualização de médicos dentistas / estomatologistas, na dependência de um programa específico.

Sendo este segundo domínio auditável com facilidade, depreendemos que a afirmação diz respeito às verbas relacionadas com a prevenção e promoção da saúde oral. Essas verbas não estão autonomizadas porque correspondem, na sua maioria, ao pagamento dos recursos humanos dos Centros de Saúde afectos a este Programa. Há que registar, no entanto, que será possível indicar os gastos nesta área, de forma fiável e susceptível de proporcionar a avaliação externa.

2.2 Fixação de preços (ponto 1.3)

O preço fixado resultou, efectivamente, de um processo negocial com a Ordem dos Médicos Dentistas. Mas isso não lhes confere nenhum carácter arbitrário. Antes, a sua definição foi estabelecida através da análise dos preços praticados em vários países europeus em situações semelhantes e das tabelas de preços praticados em Portugal. O preço foi associado a um conjunto de intervenções de carácter

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

obrigatório, de modo a que seja alcançada uma adequada relação custo / benefício. Não se percebe que outros estudos deveriam ter sido prosseguidos nesta matéria.

2.3 Execução física e financeira – 1º semestre de 2009 (ponto 1.6)

Neste enquadramento temporal a análise está prejudicada, desvirtuada até, na medida em que a componente essencial em avaliação – distribuição de cheques a crianças e jovens das coortes com 7, 10 e 13 anos – se processou nos meses de Maio e Junho de 2009.

Os dados mais recentes de execução do Programa, referentes a 31 de Outubro, recolhidos a 2 de Novembro, permitem avaliar uma realidade bem distinta:

Crianças em Programa – 239 326
Cheques emitidos – 212 728
Referenciações HO emitidas – 19 945
Cheques utilizados – 178 080
Referenciações HO utilizadas – 4 316

Acresce que o esforço realizado em 2009 visou abranger ainda o ano lectivo 2008/2009. Os cheques têm por isso validade estendida e não limitada ao dia 30 de Agosto (como está referido no quadro da página 27).

No momento presente estão já em distribuição nas escolas os cheques-dentista para as coortes do ano lectivo 2009/2010.

2.4 Universalidade e equidade (ponto 1.7)

As conclusões da Auditoria não reconhecem a natureza progressiva do Programa, com maior abrangência à medida da disponibilização de mais recursos. Mas essa é a opção política do Ministério da Saúde: contrapor à quase inexistência de actividade de saúde oral no SNS a instalação progressiva de um programa que vise prestar cuidados nesse domínio a grupos populacionais mais vulneráveis ou àqueles em que as vantagens da intervenção sejam potencialmente maiores. Esta opção política é sustentada numa avaliação técnica dessas prioridades, envolvendo a DGS e as organizações profissionais.

É assumido, desde sempre, que não há condições orçamentais para abranger todos, pelo que é entendimento do Ministério da Saúde, que se justifica plenamente fazer uma opção de acordo com critérios objectivos e validados.

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

2.5 Recursos operacionais (ponto 1.8)

Desconhece-se em que se fundamenta a Auditoria para considerar que “um higienista em cada centro, (...) é manifestamente insuficiente face às necessidades de implementação do programa”. Não é fornecido nenhum elemento de análise que permita concordar ou rebater esta asserção.

Não é exacto que só um terço dos Centros de Saúde tenham serviços de higienista oral. Ocorre que a população servida por cada Centro de Saúde varia de modo muito acentuado, que em número, quer nas suas características demográficas.

Assim, tomando como exemplo o Alentejo, 11 higienistas orais asseguram serviço em 44 Centros de Saúde.

Do mesmo modo, não parece que o simples inquérito aos profissionais, sem qualquer outra confrontação, constitua instrumento adequado para concluir sobre as condições de equipamento dos Centros de Saúde. Essa matéria poderá, com tempo, ser estudada de forma objectiva.

A utilização, em economia da saúde, de avaliações de custos limitadas (“strictu sensu”, na designação usada na Auditoria) é susceptível de múltiplos enviesamentos e não permite uma real análise de todos os aspectos envolvidos.

2.6 Resultados e impactos – ganhos em saúde (ponto 1.9)

Não é metodologicamente possível a avaliação de ganhos em saúde numa população com um tão curto prazo de intervenção.

A análise de base populacional, de acordo com a orientação da OMS, será realizada no ano de 2010, sendo o universo das crianças comparado, nessa altura, com as avaliações de 2000 e 2005.

Será irrealista, do ponto de vista operacional e financeiro, produzir estudos deste tipo com periodicidade muito curta.

3. Comentários às recomendações

As recomendações dirigidas à senhora Ministra da Saúde merecem-nos os seguintes comentários:

Ponto 1 – O PNPSO é a mais recente evolução dos programas iniciados em 1986, com o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, no âmbito das atribuições da então designada Direcção-Geral dos

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

Cuidados de Saúde Primários. O financiamento das actividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças orais foi sempre assegurado pelos serviços regionais de saúde.

O financiamento da contratualização de serviços ao sector privado, iniciado em 2000, foi sempre assegurado através do Orçamento de Estado, sendo as verbas distribuídas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) em função da execução das actividades inerentes a esta rubrica.

O recente alargamento do PNPSO foi orçamentado tendo como base o total da população-alvo a abranger, com objectivos atribuídos por população. Foram definidos indicadores físicos e financeiros.

Pontos 2 e 3 – O âmbito destas recomendações ultrapassa em muito o alcance do PNPSO. O Ministério da Saúde encara favoravelmente a implementação de mecanismos de remuneração associados ao desempenho, que estão aliás em vigor nas Unidades de Saúde Familiar. Trata-se, no entanto, de matéria de elevada complexidade técnica, sendo que a sua eventual implementação no seio deste programa, de modo isolado, carece de fundamentação mais desenvolvida. Em todo o caso, a recomendação será oportunamente estudada.

Ponto 4 e 5 – O fornecimento de alimentação nas escolas extravasa as competências do Ministério da Saúde. No entanto, desde há muito que os serviços de saúde vêm sensibilizando, de forma persistente e sistemática, os seus parceiros do Ministério da Educação no sentido de se adoptarem boas práticas nas instituições dele dependentes.

A Assembleia da República, através da Resolução n.º 24/2009, de 1 de Abril de 2009, recomenda ao Governo a distribuição gratuita de frutas e legumes na escola e a retirada da venda de alimentos hipersalinos e hipercalóricos nas mesmas, com o envolvimento da sociedade civil, pais, encarregados de educação, autarquias, instituições públicas e o sector privado, pugnando para que tais medidas sejam sinérgicas com as políticas nacionais existentes.

Na Auditoria agora em apreço não encontramos nenhuma referência a elementos objectivos da situação nas escolas nesta matéria, nem da sua evolução ao longo do tempo. Parece-nos assim que a recomendação em questão, inserindo-se nas preocupações das políticas públicas neste domínio, carece de sustentação no âmbito da Auditoria.

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

Ponto 6 – Esta matéria extravasa completamente as competências do Ministério da Saúde e não se vê como possa ser implementada num horizonte temporal aceitável.

Ponto 7 – O Ministério da Saúde não possui quaisquer elementos que permitam identificar um desajustamento entre a formação de higienistas orais e as necessidades da população e a Auditoria não fornece quaisquer dados para avaliar da pertinência desta Recomendação.

Ponto 8 – De acordo com a Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março, os licenciados em higiene oral *que integram os consultórios dos médicos estomatologistas e dos médicos dentistas aderentes, podem prestar cuidados de saúde oral, no âmbito das suas competências, sob a orientação e responsabilidade dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes.* Parece-nos, assim, já resolvida a matéria de fundo da recomendação em questão.

No conjunto do Programa, designadamente na sua componente de saúde oral para crianças e jovens, a intervenção do higienista oral é privilegiada, sempre que tal se revela possível.

Ponto 9 – Tem sido uma preocupação dominante do Ministério da Saúde que este alargamento se faça de acordo com o melhor aproveitamento possível das verbas disponibilizadas para o efeito, para benefício dos grupos mais vulneráveis e/ou mais desfavorecidos. Tem sido também valorizada a relação custo / benefício tecnicamente expectável, numa escolha política, mas sempre baseada na auscultação das organizações profissionais com a parceria das quais o programa tem sido construído.

A escolha criteriosa das populações-alvo, particularmente o grupo de alunos das escolas públicas, é disso prova inequívoca.

Por iniciativa da senhora Ministra da Saúde está determinado e negociado com a Coordenação Nacional para a Infecção VIH / SIDA e a Ordem dos Médicos Dentistas a inclusão dos doentes com esta patologia no grupo dos beneficiários do alargamento do PNPSO. Para o efeito, o sistema de informação (SISO) está a ser preparado, de modo a fazer face às exigências técnicas adicionais associadas a essa intervenção.

Está também a ser estudado o alargamento progressivo a todas as crianças e jovens entre os 4 e os 16 anos, que deverá processar-se de forma faseada.

0213305175

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

Ponto 10 – O preço atribuído a cada cheque-dentista encontra fundamentação no conhecimento sobre os preços praticados em vários países europeus em situações semelhantes e nas tabelas de preços praticados por diversas instituições em Portugal. Esse preço foi, ainda, determinado em associação a um conjunto de intervenções de carácter obrigatório, sem as quais não será justificado o seu pagamento. O processo desta determinação do preço constituiu um exercício de elevada complexidade, mas com um resultado final que consideramos equilibrado.

Para o efeito, o Ministério da Saúde resistiu à tentação de fazer cálculos de custos "*strictu sensu*" nos serviços de saúde públicos. Esse tipo de cálculos é dificilmente adaptável à prestação de serviços de saúde, desde logo porque despreza a análise do custo de oportunidade, representado pelas dezenas ou centenas de milhares de pessoas que veriam atrasada ou excluída uma intervenção de promoção de saúde oral, em face de um modelo de prestação mais institucionalizado e, por isso, de muito mais morosa implementação. Há também que considerar que o modelo de apuramento dos custos "*strictu sensu*" ignora os riscos associados: investimento em equipamentos, desperdício de materiais, entre muitos outros.

O Ministério da Saúde não exclui, no entanto, a hipótese de reavaliar a formulação de preços, com base na quantificação dos custos comparáveis das actividades que podem ser executadas nos estabelecimentos do SNS.

Ponto 11 – Esta Recomendação extravasa também o âmbito das competências do Ministério da Saúde que, como se sabe, tem vindo a trabalhar na integração de mensagens sobre alimentação saudável dirigidas às populações através de meios muito diversificados.

Ponto 12 – A universalidade dentro dos grupos de beneficiários definidos e a equidade no acesso, tendo sempre presente a situação dos mais vulneráveis e/ou mais desfavorecidos, foram desde a primeira hora preocupações dominantes dos responsáveis pelo alargamento do PNPSO, determinando muitas das opções adoptadas ao longo do processo. Esses princípios estiveram presentes em todas as decisões de inclusão de novos grupos, tomadas em 2008 e 2009.

Com os melhores cumprimentos,

16/11 2009 20:50 0213305175

GAB APDIO MIN SAUDE

#2631 P.011/011

0213305175



MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

O Chefe do Gabinete

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'André de Aragão Azevedo', written in a cursive style.

André de Aragão Azevedo

DETC 17 11-09 19844

1.2. Alta Comissária da Saúde

Ofício N.: 4641
Data: 30-10-2009



Alto Comissariado
da Saúde

Exmo. Senhor
Dr. Guilherme d' Oliveira Martins
Dig.^{mo} Presidente do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação	N/referência	Data
Proc. N.º 06/09-DA VI.2			

Assunto: Auditoria ao Programa de Promoção da Saúde Oral.

Na sequência do ofício n.º 15268, de 15 de Outubro de 2009, com referência ao Processo N.º 06/09-DA VI.2 e, após leitura atenta do documento que nos mereceu a melhor atenção, cumpre informar V. Exa. que se nos afigura, no que se refere ao Alto Comissariado da Saúde, não existirem alegações a registar.

No entanto, apenas uma referência, a coordenação do Programa de Promoção da Saúde Oral é da competência da Direcção Geral da Saúde sem a intervenção directa do ACS.

Com os melhores cumprimentos,

A Alta Comissária da Saúde

Maria do Céu Machado

BGTC 04 11*09 19175

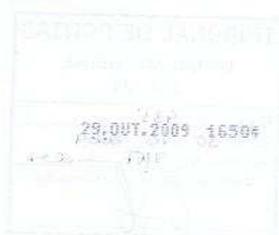
Av. João Crisóstomo, n.º 1-6
1049-062 Lisboa, PORTUGAL

Tel.: (351) 213 305 000
Fax: (351) 213 305 097

acs@acs.min-saude.pt
www.acs.min-saude.pt



1.3. Director – Geral da Saúde



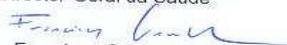
Exmo. Senhor
Director-Geral do
Tribunal de Contas
Av. Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
15271	15/10/2009	DGS/DSPPS	

ASSUNTO: **Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)**

De acordo com o ofício de Vossa Excelência e dando cumprimento ao disposto nos artigos 13º e 87º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto, junto se enviam as alegações consideradas por convenientes face ao relato da auditoria, especialmente no que diz respeito às conclusões e recomendações.

Com os melhores cumprimentos,

O Director-Geral da Saúde

Francisco George

Na resposta indicar sempre a nossa referência

MOD. 1

Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 LISBOA

DGTC 29 10'09 18859

Tel. 21 843 05 00 - Telefax: 21 843 06
E-mail: dgsaude@dgsaude.min-sau

PARECER

O Relatório do Tribunal de Contas merece-nos os seguintes comentários:

1. - Introdução

No triénio 2006-2008, as actividades de promoção da saúde e prevenção das doenças orais foram desenvolvidas, como previsto no PNPSO, aprovado em 2005.

Na sequência da constituição de um Grupo de Análise, em Dezembro de 2006, para elaborar propostas tendo em vista a melhoria da saúde oral em Portugal, o Ministro da Saúde decidiu promover o alargamento da contratualização que vinha sendo implementada desde 2000 no âmbito do PNPSO. Essa iniciativa teve por objectivo proporcionar o acesso a cuidados preventivos e curativos prestados por profissionais especializados em saúde oral a um número significativamente superior de utentes do SNS, o que transformou completamente o cenário subjacente à prestação de cuidados de saúde oral pelos serviços públicos em Portugal continental. Das orientações recebidas, será de realçar a indicação de que se deveria manter a estratégia adoptada para a promoção da saúde oral e prevenção primária da cárie dentária no âmbito do PNPSO, constituindo o universo dessas intervenções a totalidade das crianças escolarizadas com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos de idade. Às Equipas de Saúde Escolar continuava a ser atribuída a responsabilidade pelo desenvolvimento dessas actividades, das quais deveriam beneficiar o maior número possível de crianças em idade escolar.

Na sequência de baixos níveis de cobertura proporcionados pela estratégia de contratualização então em curso, o novo desafio consistia em generalizar o acesso do maior número possível de crianças a cuidados preventivos e curativos prestados por profissionais especializados (estomatologistas/ dentistas ou higienistas orais). A estratégia de saúde pública adoptada, inspirada em processos há muito testados em Portugal na área da vacinação e alicerçada em critérios de eficiência, conduziu à implementação de uma intervenção sistemática, que anualmente beneficiará TODOS os indivíduos pertencentes a coortes previamente seleccionadas, constituídas por alunos com 7, 10 e 13 anos de idade. Assim, ao longo do seu ciclo escolar, as crianças que frequentam as escolas públicas do continente serão contempladas com 3 ciclos de cuidados de saúde, que lhes poderá proporcionar um total de 7 cheques-dentista. Globalmente, o número anual de beneficiários será 6 vezes superior ao número máximo de crianças abrangidas nos anos anteriores. O que significa um notável aumento da cobertura nos grupos seleccionados e seguramente ganhos de saúde muito significativos.

Em nossa opinião, a presente introdução é susceptível de clarificar a conclusão 1.7.(3) do relatório do Tribunal de Contas.

2. - Referenciação

A referenciação de crianças escolarizadas para consultas de higiene oral ou de medicina dentária teve início no ano lectivo 1999/2000. A partir dessa data, o número de crianças referenciadas anualmente cresceu sistematicamente, mas jamais ultrapassou os 65000 alunos. As avaliações anuais da contratualização possibilitaram a identificação de um conjunto de pontos fracos do processo, que o relatório do Tribunal de Contas enumera nas suas conclusões 1.4.(1) – 1.5.(2) – 1.7.(2) - 1.9.(1). Os principais problemas identificados foram os seguintes:

- A execução não coincidia com o calendário escolar – 1.4.(1) e 1.5.(2)
- Adesão insuficiente de prestadores – 1.4.(1) e 1.5.(2)
- Desencontros entre a localização da oferta e da procura – 1.7.(2) e 1.5.(2)
- Restrição da liberdade de escolha dos beneficiários – 1.4.(1)
- A baixa taxa de cobertura da contratualização, na população escolar – 1.9.(1)

31

3. – O alargamento do PNPSO

Em Novembro de 2007, o Ministro da Saúde, conhecedor dos constrangimentos da contratualização efectuada no âmbito do PNPSO, decidiu proceder à sua reformulação, para o que contou com a estreita colaboração da Direcção-Geral da Saúde. Assim, foi possível encontrar as seguintes respostas, para a resolução dos problemas enumerados no ponto 2:

- Para responder à questão "*A execução não coincidia com o calendário escolar*", o novo modelo de intervenção foi preparado de forma a que a referenciação, focalizada nos grupos etários estabelecidos, se inicie no 1º dia do ano-lectivo (1 de Setembro) e termine no dia 31 de Agosto do ano seguinte. Processo já em curso no presente ano de 2009/10, que irá permitir que a intervenção se concretize ao longo do ano escolar e não apenas durante 6 meses, sem integração com o ano escolar, como acontecia no modelo anterior. De referir que o Sistema de Informação de Saúde Oral (SISO), que suporta o presente modelo está preparado para proporcionar dados contabilísticos referentes a cada ano lectivo, mas também, a cada ano civil.
- Para solucionar o problema da "*Adesão insuficiente de prestadores*", foi-lhes proposto um novo processo de adesão muito mais simples e prático do que o anterior, que se revelou adequado e proporcionou, até hoje, a adesão de 3222 estomatologistas e médicos dentistas, número considerado suficiente para responder às necessidades de contratualização do Serviço Nacional de Saúde, tendo em vista as intenções de universalidade e de equidade do PNPSO
- Os "*Desencontros entre a localização da oferta e da procura*" também ficaram naturalmente resolvidos, uma vez que a adesão dos profissionais de medicina dentária se verificou na totalidade do território continental de Portugal, de forma proporcional à distribuição da população.
- O problema da "*Restrição da liberdade de escolha dos beneficiários*" foi solucionado, através da criação de uma funcionalidade no SISO que permite ao beneficiário recorrer a medicina dentária em qualquer ponto do país, dependendo apenas da sua vontade a escolha do local onde receberá os cuidados de saúde oral que o SNS lhe proporciona.
- Com o novo modelo "*A baixa taxa de cobertura da contratualização, na população escolar*" será um problema do passado. A referenciação de TODAS as crianças das *coortes* definidas que frequentam as escolas públicas em Portugal continental, proporcionar-lhes-á um contacto periódico e sistemático com profissionais especializados de saúde oral ao longo do seu ciclo escolar e de acordo com as suas necessidades de saúde. O que representará um enorme acréscimo de beneficiários do PNPSO a quem será anualmente assegurado a acesso a cuidados especializados de saúde oral.

4 – A construção do Sistema de Informação da Saúde Oral (SISO)

Na presente data estão concluídas 3 das 4 fases de construção do SISO. O estado de desenvolvimento do Sistema de Informação permite responder satisfatoriamente à maioria das funcionalidades exigidas pela concepção do alargamento do PNPSO. Desde a adesão de profissionais, passando pela emissão de cheques por decisão dos médicos de família, pela sua utilização pelos médicos dentistas, pelo registo do diagnóstico, plano de tratamentos e tratamentos efectuados, pelo processo de pagamento dos serviços prestados aos utentes do SNS, até à informação de utentes e de profissionais envolvidos, o SISO tem-se mostrado capaz de proporcionar os meios que permitirão alcançar os fins que justificaram a sua criação.

Na 4ª e última fase da construção do SISO (documento em anexo), recentemente iniciada, serão desenvolvidas funcionalidades que adicionarão qualidade a todo o sistema, completando com êxito todos os quesitos estabelecidos aquando da sua concepção.

5 - Procedimentos de monitorização

Imediatamente após a conclusão da IV fase de construção do SISO, a DGS promoverá com os seus principais parceiros neste processo e em especial com a Ordem dos Médicos Dentistas, a implementação de processos de monitorização, que incluirão a eventual aplicação de sanções aos profissionais e às clínicas que não cumpram as regras estabelecidas e que responderão ao alerta do Tribunal de Contas pasmado nas Conclusões, ponto 1.11 (5). Assim, serão elaborados e implementados os seguintes 2 projectos:

- Monitorização da qualidade dos serviços prestados no âmbito do alargamento do PNPSO
- Verificação das condições higio-sanitárias das clínicas e consultórios dentários que prestam serviços ao sector público na área da saúde oral.

6 – Contraditório relativo a algumas das conclusões do Tribunal de Contas

Ponto 1.4 (1) - O modelo de contratualização utilizado, entre 2005 e 2008, baseou-se no quadro legal em vigor, à data, para a realização de despesas públicas e de contratação pública, cumprindo os princípios da legalidade e da persecução do interesse público, operacionalizando-se através de concursos públicos anuais e contratos por ajuste directo.

Ponto 1.7 - No triénio 2006-2008, a taxa de cobertura de crianças e jovens referenciáveis, foi calculado tendo em conta as suas necessidades de tratamento, nos diversos grupos etários. Importa referir que, o financiamento da contratualização, se destinava ao tratamento e à aplicação de medidas de prevenção em crianças com lesões de cárie dentária, e que, segundo o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, de 2005, aos 6 anos de idade 50% das crianças estavam livres de cárie, aos 12 anos, 44% e, aos 15 anos, 28%. Se excluirmos do cálculo efectuado as crianças e jovens sem necessidade de tratamento, a referida taxa de cobertura (4%) poderá apresentar valores que já não se considerarem como manifestamente diminutos.

Ponto 1.8 (2) – Não apenas neste ponto, mas um pouco por todo o relatório, é atribuído aos higienistas orais um vasto conjunto de actividades que são frequentemente desenvolvidas por outros profissionais das equipas de saúde escolar, nomeadamente por enfermeiros de saúde pública e de saúde comunitária. Havendo pelo menos 242 Centros de Saúde em Portugal continental sem higienista oral e em função dos elementos de avaliação das actividades de promoção da saúde e prevenção das doenças orais desenvolvidas, em especial, nas escolas desses concelhos, facilmente se constata que se verificou uma atribuição inadequada da execução das referidas actividades apenas aos higienistas orais.

Ponto 1.8 (4) – A criação de um "cheque-dentista SOS" é uma das componentes do alargamento do PNPSO. Para fazer face a situações de doença aguda que frequentemente afecta a dentição temporária, as crianças com idade inferior a 7 anos podem ser referenciadas para medicina dentária pelos seus médicos de família, para o que lhes será atribuído um cheque-dentista. A avaliação da utilidade e utilização desta medida, poderá fundamentar uma proposta que a Equipa para o Alargamento do PNPSO da DGS pretende levar à consideração superior, para que os alunos com idade inferior a 16 anos possam resolver situações de doença aguda que surjam, para além da intervenção que lhes é proporcionada aos 7, 10 e 13 anos.

Ponto 1.8 (5) – Compreende-se pela leitura do relatório que o custo "*stricto sensu*" da aplicação de selantes foi um elemento preponderante para a elaboração das suas conclusões e recomendações. Numa perspectiva mais alargada, não poderá excluir-se da determinação do custo real da aplicação de um selante nos serviços públicos, o investimento em estruturas, o tempo de não utilização do consultório, o número de períodos de trabalho dedicados à aplicação de selantes, a baixíssima produtividade anual (4 selantes/dia = 1 criança/dia), a duplicação de consultas (só os dentistas tratam cáries), os custos indirectos dessa duplicação (por exemplo, as ausências ao trabalho dos acompanhantes das crianças). E que valor atribuir a uma consulta paga por apenas 1 cheque-dentista, que implique o tratamento de 2 dentes molares permanentes, ou o tratamento de um molar permanente e a aplicação de um selante num dente são, conforme estabelecido no pacote de intervenções a que corresponde a atribuição de um cheque-dentista?

Ponto 1.9 (2) - Os relatórios anuais da Direcção-Geral da Saúde, sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, tinham como objectivo fazer o ponto de situação da sua componente "intervenção-médico dentária", sendo desadequado comparar a evolução dos indicadores opod/CPOD destes relatórios com os do Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária, uma vez que, metodologicamente, estamos a comparar um grupo específico da contratualização, portador de doença oral, com os do universo do estudo, que inclui indivíduos sãos e doentes.

Ponto 1.9 (3) - As boas práticas e referências utilizadas na prevenção da saúde oral foram incorporadas nos requisitos de fornecimento de alimentação nas escolas, como é disso prova, a publicação conjunta Ministério da Educação / Ministério da Saúde, Educação Alimentar em Meio Escolar - Referencial para uma oferta alimentar saudável, em Outubro de 2006 e, as Orientações para a elaboração de projectos de promoção de uma alimentação saudável, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, em Fevereiro de 2006, disponível na página web da DGS.

Ponto 1.11 (5) - O alargamento do PNPSO suportado por um Sistema de Informação robusto permitiu a simplificação, desburocratização da contratualização e a consagração da liberdade de escolha e da universalização do acesso a cuidados de saúde oral ministrados por técnicos especializados. Uma vez terminada a 4ª e última fase de desenvolvimento do SISO, está prevista a elaboração e implementação de um projecto de verificação da prestação dos cuidados de saúde, cuja operacionalização será decisivamente facilitada pelos registos existentes no próprio sistema, em especial nos planos de tratamentos e dos tratamentos efectuados.

Um 2º projecto de avaliação das condições higio-sanitárias dos estabelecimentos e clínicas dentárias que deverá ser incluído na carteira de serviços das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde, sendo a responsabilidade pela sua implementação atribuída ao seu coordenador e às Autoridades de Saúde de cada ACES.

7 - Recomendações à DGS

O relatório do Tribunal de Contas faz um conjunto de recomendações que a Direcção-Geral da Saúde irá ter em consideração no desenvolvimento do PNPSO. Algumas dessas recomendações, que de alguma forma visam aspectos relacionados com o alargamento do programa, merecem-nos os seguintes comentários:

Ponto 2 - A Direcção-Geral da Saúde tem competências técnico-normativas, pelo que as políticas de recursos humanos da Saúde não são da sua competência, pelo que a optimização do "mix" de técnicos de saúde existentes não depende da sua acção.

Ponto 3 - A questão da segregação de funções entre higienistas e médicos dentistas foi amplamente abordada no Capítulo 6, Ponto 1.8 (5) do presente relatório. Será de acrescentar um convite à reflexão sobre a forma de interessar os médicos dentistas na prevenção e as consequências nos níveis de saúde oral das populações se essa pretensão fosse alcançada. Pagar saúde poderá ser a solução.

Ponto 4 - No triénio 2006-2008 os preços no âmbito da contratualização tiveram em tiveram em conta os preços praticados pelos diversos subsistemas de saúde e a estimativa de custo da execução das actividades de saúde oral, realizadas nos Centros de Saúde.

Ponto 5 - A DGS nada tem contra a inclusão dos alunos das escolas privadas nos beneficiários do alargamento do PNPSO, desde que dessa decisão não resultem prejuízos e limitações de acesso a higiene oral e medicina dentária a outros grupos populacionais claramente mais vulneráveis e desfavorecidos. No entanto, a decisão transcende as competências da DGS.

Ponto 6 - De forma sistemática, as ARS's têm vindo a melhorar as condições de trabalho dos higienistas orais e nada faz prever que essa tendência se venha a inverter.

Ponto 8 - Questão amplamente respondida no Capítulo 5 do presente relatório

Ponto 12 - É extrema a dificuldade de obtenção anual de indicadores sobre ganhos de saúde em saúde oral. Portugal tem realizado estudos nacionais de prevalência das doenças orais de 5 em 5 anos, prevendo-se a realização de um destes trabalhos para 2010.

Ponto 13 – Ver Capítulo 4 do presente relatório

Ponto 14 – O SISO contempla uma área de informação e registo de dados produzidos pelos higienistas orais

Notas:

Na «**Relação das Siglas**», a descrição da DCVAE – Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos está trocada com a da DSPPS – Direcção de Serviços de Promoção de Protecção da Saúde.

No «**Glossário**», a terminologia «**Índice cpod**» significa «número médio de dentes cariados perdidos e obturados na dentição temporária» e, «**Índice CPOD**» significa «número médio de dentes cariados perdidos e obturados na dentição permanente».

Lisboa, 27 de Outubro de 2009

Directora de Serviços de Promoção
e Protecção da Saúde

Dra. Emília Nunes

O Coordenador da Equipa
para o Alargamento do PNPSO

Dr. Rui Calado

Reunião de Trabalho (UA/ DGS) relativa a:

Desenvolvimentos adicionais necessários

Lisboa, 30-06-2009, participantes:

Instituição	Nome
Direcção Geral de Saúde	Dr. Rui Calado, Dr. ^a Ana Margarida do Céu, Dr. ^a Margarida Jordão
Universidade de Aveiro	Dr. ^a Isabel Cruz, Dr. Ilídio Oliveira

Síntese dos resultados da reunião

O grupo de trabalho da DGS e a equipa técnica da UA reuniram tendo em vista o levantamento de necessidades e oportunidades de novos desenvolvimentos, conducentes à introdução de melhorias no SISO. As novas funcionalidades pretendem suprir necessidades e implementar oportunidades encontradas com a utilização alargada do SISO.

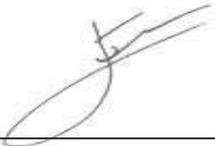
Em Janeiro de 2009 foi preparado e discutido um documento que apresentava um conjunto de desenvolvimentos adicionais tidos como necessários à data, definindo o âmbito de uma hipotética "Fase IV". Com o decorrer do projecto, alguns aspectos desse documento foram ultrapassados, valendo o âmbito agora proposto.

Na sequência desta reunião de trabalho conjunta foram identificados como necessários os seguintes desenvolvimentos adicionais:

Desenvolvimento adicional	Descrição
1. Integração com Cuidados de Saúde Primários (CSP)	<p>A articulação com os sistemas de informação dos CSP não foi testada durante a implementação das fases anteriores. A emissão por parte do Médico de Família e envio de feedback da utilização carecem de finalização.</p> <p>Foram disponibilizados serviços no SISO (<i>web services</i>) para comunicação aos CSP relativa aos Cheques-dentista dos projectos SOG e SOPI, estando em falta o calendário para a operacionalização conjunta.</p> <p>É ainda necessário proceder a novos desenvolvimentos para adaptação da integração pretendida para os Cheques-dentista dos projectos SOCJ e SOSI, dado que a especificação inicial não contempla a extensão à saúde escolar.</p>
2. Implementar um sistema de caixa de mensagens no SISO	<p>A gestão do relacionamento com os médicos é baseado no envio de correio electrónico, surgindo problemas ocasionais (mensagens perdidas, mensagens classificadas como <i>spam</i>, dificuldades em reenviar mensagens,...).</p> <p>O sistema de caixas de mensagens dentro do SISO (à semelhança da prática usada nos sistemas de <i>homebanking</i>) permite uma forma mais robusta de entrega e gestão de mensagens, evitando as vulnerabilidades dos sistemas de e-mail. Para além disso, facilitaria grandemente o acompanhamento por parte dos médicos do envio de pedidos e documentação às ARS.</p>



Desenvolvimento adicional	Descrição
3. Automatização das ordens de pagamento	<p>Actualmente, os pedidos de pagamento são validados no SISO e manualmente lançados nos sistemas de gestão de pagamentos das ARS, após o que é inserida no SISO (manualmente) a confirmação do pagamento realizado.</p> <p>Dever-se-á avaliar e implementar, na medida do possível, a troca de informação automática entre o SISO e sistemas de pagamento das ARS, de forma a eliminar a introdução duplicada de dados.</p> <p>Tendencialmente, as validações no SISO devem originar ordens de pagamento automáticas.</p>
4. Emissão de Cheques-dentista para utentes sem n.º de cartão de utente do SNS e reformulação de pesquisas no SISO	<p>Existem utentes nos vários programas (e.g.: grávidas, crianças) em situação irregular, sem número de SNS. É necessário introduzir o suporte no SISO para que estes casos sejam integrados nos processos de identificação dos utentes. É portanto, necessário implementar pesquisa de utente no RNU, utilizando novos <i>Web Services</i> disponibilizados pela ACSS, considerando critérios de pesquisa alternativos ao n.º de utente de SNS e adaptação dos procedimentos no SISO em conformidade.</p>
5. Possibilidade de encerrar planos de tratamento para utentes que abandonam os tratamentos.	<p>É necessário implementar funcionalidade que permite encerrar os planos de tratamento de utentes que abandonam os tratamentos. Poderá tratar-se de uma funcionalidade em que o médico aderente regista o abandono por parte do utente, encerrando o plano de tratamento.</p>
6. Alterar data de parto de Cheque-dentista utilizado	<p>Há situações o 1.º Cheque-dentista é emitido no centro de saúde com uma data de parto incorrecta. Se o Cheque-dentista for utilizado, o SISO já não permite cancelar esse cheque para corrigir a data de parto e a data de validade decorrente. Pretende-se implementar uma funcionalidade que permita ao superior hierárquico do administrativo do centro de saúde que emitiu o cheque alterar a data de parto do 1.º Cheque-dentista, actualizando a respectiva data de validade.</p>
7. Inclusão de novos perfis de utilizador no SISO	<p>Pretende-se disponibilizar acesso no SISO a informação relativa a Monitorização do PNPSO a novos perfis de utilizadores: Director de Agrupamento e Gestor de Saúde Oral no CS.</p>
8. Incluir informação adicional relativa aos pagamentos, no processo de adesão: NIPC e Nome da Sociedade	<p>No processo de adesão, o médico indica a quem pretende que seja efectuado o pagamento dos Cheques-dentista, indicando o NIB do próprio ou da clínica. Há situações em que a documentação de suporte é emitida por uma sociedade cujo NIPC e Nome não se encontram no SISO, o que dificulta o processamento de pagamentos. O modelo de dados, processo de adesão e processamento dos pagamentos devem ser revistos para contemplar estas situações.</p>
9. Actualizar dados do médico e/ou da clínica constantes da Declaração de Compromisso de adesão ao PNPSO	<p>Pretende-se funcionalidade que permita ao médico alterar os dados do pedido de adesão constantes na Declaração de Compromisso, principalmente no que diz respeito aos dados de pagamento.</p>
10. Generalização do paradigma de interacção (baseado numa paleta de opções) na introdução de diagnósticos e tratamentos no perfil do médico	<p>Foi implementada no perfil do Higienista Oral uma nova forma de introdução de diagnósticos e tratamentos dentários no odontograma, baseado numa paleta com a opções, que torna este processo mais rápido e prático. A boa aceitação deste conceito de interacção deve ser expandido para o perfil dos médicos aderentes, de modo a acelerar a introdução de dados.</p>



Desenvolvimento adicional	Descrição
11. Autorização do Director da Unidade de Saúde para mudança de médico.	<p>Trata-se de uma funcionalidade para o administrativo do centro de saúde registar a autorização do Director da Unidade de Saúde para mudança de médico entre cheques, no âmbito de um ciclo de cheques iniciado por um dado utente.</p> <p>Na versão actual do SISO já se encontra implementada a edição do diagnóstico e plano de tratamento por parte do médico aderente no âmbito da utilização do 2.º e 3.º Cheque-dentista. Como tal, para que a mudança de médico seja suportada pelo SISO, é suficiente o desenvolvimento da funcionalidade acima referida para o administrativo do centro de saúde, dado que o novo médico, ao continuar o ciclo de cheques actual, poderá registar novo diagnóstico e novo plano.</p>
12. Cancelamento de adesão ao PNPSO possível com planos de tratamento em aberto	<p>Actualmente, o SISO só permite ao médico aderente rescindir a adesão ao SISO caso os planos de tratamento dos seus utentes se encontrem concluídos.</p> <p>Pretende-se que o médico possa solicitar a rescisão da adesão ao PNPSO caso tenha utentes com planos de tratamento em aberto. Neste caso, ao efectuar a rescisão, o médico será retirado da lista de aderentes ao PNPSO.</p> <p>Este desenvolvimento requer a implementação da funcionalidade para mudança de médico, de modo a garantir que o utente poderá recorrer a outro médico para concluir o ciclo de Cheques-dentista.</p>
13. Processo automático de expiração dos pedidos de adesão abandonados	<p>Os pedidos de adesão submetidos pelos médicos ficam registados no SISO como pendentes até ao seu processamento por parte das ARS. Pretende-se que os pedidos que se encontrem pendentes há mais de 6 meses sejam automaticamente considerados “expirados”, deixando de constar nas listagens de pedidos de adesão a processar pelas ARS.</p>
14. Desenvolvimento de novos indicadores e listagens	<p>É necessário desenvolver novos relatórios no SISO que permitam suportar a gestão de pedidos de pagamento, nomeadamente nas tarefas de encerramento de período e de pedido de reembolso pelas ARS à ACSS.</p>
15. Actualização periódica da informação proveniente das Ordens Profissionais	<p>Possibilitar a actualização automática dos dados de profissionais de saúde, de acordo com informação proveniente das Ordens Profissionais, de modo a garantir a actualização dos dados já existentes no SISO e o apoio à validação de pedidos de adesão.</p>
16. <i>Backoffice</i> para gestão de conteúdos do Portal Público	<p>Permitir a utilizadores credenciados (DGS) aceder a uma plataforma de gestão de conteúdos do Portal Público do PNPSO, de modo a poderem, em autonomia, actualizar informação de determinadas secções com conteúdo dinâmico (e.g.: difusão de novidades), afixar documentos e actualizar uma lista de perguntas frequentes (FAQs).</p>
17. Integração de informação sobre próteses no SISO	<p>Os pedidos de reembolso de próteses são registados no sistema de informação BAS. Pretende-se implementar integração entre o SISO e o BAS, de modo a obter informação no SISO de forma automática, dos utentes abrangidos pelo PNPSO que procederam à colocação de próteses.</p>

Quadro 1: Lista de desenvolvimentos adicionais necessários

1.4. **Presidente do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P**



S/referência: Proc. N.º 06/09 - DA VI.2

ACSS - 18501 - 109-OCT-26

N/referência: UAGRA - 109-OCT-26

Direcção Geral do Tribunal de Contas
A/C Departamento de Auditoria VI
Exmo. Senhor Dr. Abílio Augusto de
Matos - Auditor Coordenador
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria ao Programa de Promoção da Saúde Oral - Relato

No seguimento do V. Ofício n.º 15270, ref.º Proc. N.º06/09 – DA VI.2, datado de 15 de Outubro de 2009, sobre "Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral", Processo nº 06/09 – Audit Relato, somos a agradecer o envio do respectivo Relato a esta Administração Central, para conhecimento e efeitos previstos nos artigos 13.º e 87.º da Lei 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei 48/2006, de 29 de Agosto, e a informar V. Exas. que a ACSS, I.P. não tem comentários ou alegações a apresentar no que concerne às conclusões e recomendações constantes do mesmo.

Com os melhores cumprimentos, *Manuel Teixeira*

O Presidente do Conselho Directivo

(Manuel Teixeira)

RS/22-10-2009/UAGRA

DETC 26 10 09 18623

1.5. Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P



ARS 30104 29 10*09 17337

Exmo Senhor Director Geral do Tribunal de
Contas
Avenida Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência: 15305

Sua comunicação de: 15-10-2009

Assunto: Auditoria ao Programa de Promoção da Saúde Oral – Proc. N°06/09-DA VI.2

Na sequência do despacho exarado no relato da auditoria e da necessária resposta a efectuar até dia 29 de Outubro, e no que respeita às conclusões e recomendações que integram o relato da auditoria efectuada pelo Tribunal de Contas (TC) no âmbito do Programa de Saúde Oral, verifica-se que as mesmas se dirigem sobretudo à Sr.^a Ministra da Saúde e Direcção Geral de Saúde (DGS). Das recomendações efectuadas às Administrações Regionais de Saúde (ARS), cabe-nos informar que:

- Relativamente ao primeiro ponto e numa óptica de racionalização de recursos, a ARS Alentejo, IP em 2008 tomou as diligências necessárias para distribuir as Higienistas Oraís (HO) existentes nas diversas Unidades Funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde, tendo em conta a dispersão geográfica e o número de crianças existentes em cada Concelho. Foi de comum acordo que cada HO deveria abranger uma população escolarizada de cerca de 4.000 a 5.000 crianças;
- No que respeita ao segundo ponto somos de referir que eram encaminhadas para contratualização, com graus de prioridades diferentes, as crianças que na triagem realizada apresentavam cáries. Onde existia HO e se a criança não possuía nenhuma cárie, eram colocados selantes pelas higienistas;
- Relativamente aos dois últimos pontos, irão ser efectuadas as alterações necessárias à implementação das mesmas.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

BGTC 30 10*09 18888

Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho Directivo



Ministério da Saúde

Rua do Círculo, 18 - Apartado 2027 | 7001-901 Évora
Tel. 266 758 770 Fax: 266 735 868
e-mail: ars@arsalentejo.min-saude.pt

1.6. Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.



024884 *09 10-29 14:10

Exmo. Senhor
Director Geral do Tribunal Contas
A/C Auditor Coordenador
Abílio Augusto Pereira Matos
Av^a Barbosa do Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
Proc.nº 06/09-DA VI.2		SEC.CD	29-10-09

ASSUNTO: Auditoria ao Programa de Promoção da Saúde Oral

"Após análise das recomendações às Administrações Regionais de Saúde, constantes na página 15 do Relato relativo à auditoria supra identificada informo o seguinte:

- Relativamente à recomendação:
"Criar um centro de custo próprio para a saúde oral, de modo a apurar a totalidade dos custos do programa, com o objectivo de possibilitar análises custo benefício."
Esta ARS já possui um centro de custo para este programa (09113 – Programa Saúde Oral), sendo registados neste centro de custo os encargos decorrentes das aquisições de serviços efectuadas por médicos dentistas e clínicas de medicina dentária.

- Relativamente à recomendação:
" Promover o cumprimento do princípio contabilístico da especialização dos exercícios."

Esta ARS tem cumprido o princípio contabilístico da especialização do exercício, efectuando o registo contabilístico de acordo com a data da respectiva factura. Verifica-se por vezes um hiato temporal entre a data do pedido de pagamento e a data de emissão da respectiva factura, o que em última análise poderá levar à imputação de custos num ano económico diferente do ano económico em que os mesmos foram gerados.

- Relativamente às restantes recomendações concordamos na generalidade com as mesmas e iremos desenvolver todos os esforços necessários à sua implementação".

Com os melhores cumprimentos *Jessam*

O Presidente do Conselho Directivo

J. Pimentel
(Dr. João Pedro Pimentel)

BGTG 30 10*09 18903

RM/AO

1.7. **Presidente do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.**


Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

Ministério da Saúde

30361 29 10*09

Exmo. Senhor
Presidente do Tribunal de Contas
Dr. Guilherme de Oliveira Martins
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 LISBOA

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Proc.º n.º 06/09-DA VI.2 Ofício n.º 15269	15.10.2009	DSP AUD/TC/PNPSO	

Assunto: Relato de Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral - PNPSO

Tendo sido esta ARSLVT,IP notificada do Relato de Auditoria supra identificada, vem apresentar as respectivas alegações, nos termos do disposto no art.º 13.º, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, actualizada.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo


CASIMIRO RAMOS
Vogal do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

BGTC 30 10*09 18933

Av. Estados Unidos da América, 77 – 1749-096 Lisboa – Portugal • Tel.: 218 424 800 – Fax: 218 469 723 • E.mail: arslvt@arslvt.min-saude.pt

Tribunal de Contas
Proc. Nº 06/09 – DA VI.2

Excelentíssimo Senhor Juiz Conselheiro da Área

A ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P., adiante designada ARSLVT, I.P., em cumprimento do douto despacho de Vossa Excelência de 13 de Outubro de 2009, vem, nos termos e para os efeitos do disposto no artº 13º da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei nº 48/2006, de 29 de Agosto, apresentar as suas ALEGAÇÕES, referentes ao salientado no Relato de Auditoria ao PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL, em especial, no que concerne às conclusões e recomendações, o que faz nos termos seguintes:

I

DO PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL
Referência a aspectos com interesse para a fundamentação do alegado

1. O PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL, adiante designado PNPSO, está incluído no Programa Nacional de Saúde 2004-2010.



"As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.", Despacho nº 153/2005, do Ministro da Saúde, datado de 28/10/2004, publicado no D.R. II Série de 05/01/2005.

2. Estipula o Despacho acabado de referir, que " A nível nacional o Programa é coordenado e avaliado pelo director-geral e alto-comissariado da saúde e acompanhado por uma comissão técnico-científica por si designada, (...).
O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral será divulgado pela Direcção-Geral da Saúde através de circular normativa."
3. Estamos, pois, perante um acto, determinante de regras injuntivas, que estipula que o Programa será divulgado através de uma circular da Direcção-Geral da Saúde, com carácter normativo, a qual regulamentará os procedimentos específicos a observar pelos destinatários da mesma, para execução do programa.
4. Com efeito, através da circular normativa nº 11/DSE de 27/12/2005, emanada da Direcção-Geral da Saúde, são fixadas as orientações gerais do programa. cuja operacionalização prevê que os cuidados dentários não realizados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde às crianças e jovens inscritos em Programa, sejam contratualizados com médicos estomatologistas e médicos dentistas.
5. Aprovada anualmente, a referida contratualização da prestação de cuidados dentários, e atribuída a respectiva dotação financeira, por despacho do Secretário de Estado da Saúde, publicado no D.R. II Série, reiterava-se ainda, que a definição das normas do processo de contratualização e a distribuição do financiamento pelas ARS era da



responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, competindo às ARS, o desenvolvimento dos procedimentos necessários à sua efectivação.

- 
6. Consequentemente, assistimos ao cumprimento, escrupuloso, pela ARSLVT, I.P., das regras fixadas por Despachos emanados dos órgãos tutelares e por circulares normativas da Direcção-Geral da Saúde, que sucessivamente, foram actualizando o processo adoptado para a prestação de cuidados a crianças e jovens, a grávidas e idosos e a respectiva avaliação externa da contratualização.
 7. Entendemos, que nesta matéria, predomina o Princípio da Especialidade das Pessoas Colectivas, só podendo o próprio órgão deliberar no âmbito da sua competência, e no caso do PNPSO, à ARSLVT, I.P., foram cometidas as funções necessárias à tramitação do procedimento de contratualização e outros actos inerentes, cuja habilitação legal, foi dada através de despacho tutelar.
 8. Significa pois, que não compete à ARS, tecer quaisquer considerações à caracterização do Programa, ao modelo de financiamento e determinação de preços, aos modelos de contratualização e avaliação externa, uma vez que a competência desta matéria está atribuída a outras entidades.
 9. Neste sentido, acompanha-nos o Relato da Auditoria, porquanto, conclui dirigir às ARS, tão só, cinco recomendações e, é sobre essa matéria que importa alegar.

II

DAS RECOMENDAÇÕES RESULTANTES DA AUDITORIA

Refº pag.15

- 
- 
10. Proferidas as conclusões no Relato da Auditoria, são formuladas Recomendações dirigidas às ARS, as quais, são, desde já, acolhidas pela ARSLVT, I.P., a qual envidará todos os esforços e promoverá os mecanismos para, em conformidade, dotar de maior eficiência, as metodologias adoptadas ao nível da operacionalização.
11. Todavia, dir-se-á, que por alteração da lei orgânica das ARS, I.P., nos termos do disposto no Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de Maio, e do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os ACES, agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, devendo a delimitação geográfica dos ACES corresponder a NUTTS III, a um agrupamento de concelhos, a um concelho ou a grupos de freguesias, conforme a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e determinados factores geodemográficos.
12. Neste contexto, a avaliação das necessidades de recursos humanos, deverá ser feita atento o ACES, e não o Centro de Saúde, porquanto, este, é apenas, um componente do Agrupamento;
13. Sendo que o ACES é o serviço, individualizado, dotado de autonomia administrativa e desconcentrado da respectiva ARS, estando, porém, sujeito ao seu poder de direcção.
14. Com efeito, a avaliação das necessidades de recursos humanos - higienistas orais e equipamentos adequados à respectiva actividade, deverá ter em conta, a nova estrutura orgânica e respectiva área geodemográfica;
15. Sendo relevante, o facto da gestão destes recursos ter implicações financeiras, as quais serão também, factor determinante na avaliação da eficácia da gestão adoptada por cada ACES.

16. Perspectivando-se a necessidade de analisar, pontualmente, a carência de higienistas orais, este Conselho Directivo, propôs à Equipa Regional para o PNPSO, um estudo prévio, o qual já está concluído e referenciou os ACES, como serviço desconcentrado, integrante de um ou mais centros de saúde.

2^o

17. Quanto à segunda recomendação, por se relacionar com a estratégica traçada para o PNPSO, eximimo-nos de tecer qualquer comentário, por tal matéria não se encontrar no âmbito das competências atribuídas a esta ARS.

3^o

18. Relativamente à ponderação do recurso a meios móveis para realização de trabalhos pelos higienistas orais, dir-se-á que a aprovação dos respectivos projectos estará condicionada à fundamentação da sua necessidade e vantagens, complementada por compromissos de produtividade e por estudos de custo-benefícios favoráveis, sempre circunscrito ao respectivo ACES, atento o referido no antecedente ponto 15 destas alegações.

4^o

19. Da análise aos procedimentos adoptados pelos serviços financeiros centrais, a primeira recomendação vai no sentido de criação de um centro de custo próprio para a saúde oral, de modo a apurar a totalidade dos custos do programa, com o objectivo de possibilitar análises custo-benefício.

20. Adiante, (pag. 52, do Relato), especifica-se que deveriam ser imputados todos os custos incorridos no Programa, nomeadamente, os custos suportados com a saúde oral no âmbito dos orçamentos das ARS (recursos humanos, consumíveis, divulgação do programa, etc)

21. Importa, pois, referir, que a divulgação do programa, não constituiu um custo suportado pelas ARS;




22. E, sobretudo, salienta-se que as disposições que fundamentaram e regulamentaram o PNPSO, taxativamente, referem que os cuidados dentários não satisfeitos no Serviço Nacional de Saúde, serão prestados através de contratualização, numa parceria público-privada, cujos termos de referência reforçam a cultura da contratualização no sistema de saúde, promovendo a descentralização do Serviço Nacional de Saúde.

23. Mais se dirá, que a ARSLVT, I.P. está adstrita ao cumprimento da circular normativa nº 5 /2009 de 27/05/2009 da Administração Central do Sistema de Saúde, a qual estabelece que a codificação dos centros de custo, respeitam aos ACES e aos Departamentos da ARS e outras unidades definidos na respectiva lei orgânica.

24. Como sabemos, a criação do centro de custo proposto no Relato de Auditoria é possível e pode ter interesse relevante, no entanto, a sua inexistência não resulta de qualquer inobservância de disposição normativa.

25. A última recomendação que é dirigida, também, no âmbito da gestão financeira, prende-se com a especialização do exercício, que face aos constrangimentos decorrentes da aplicação informática e a materialidade do custo, comparado com o Orçamento desta ARS, a especialização em causa, não tinha expressão para efeitos de gestão.

26. No entanto, esta ARS irá proceder, no fecho do exercício de 2009, à especialização dos exercícios com base nos cheques validados pela ARSLVT I.P., após a sua utilização, nos precisos termos da Recomendação.

27. Resta, pois, dizer, que a tramitação deste procedimento, incluindo o tratamento do suporte documental, nomeadamente, dos elementos

probatórios da prestação dos cuidados dentários pela entidade contratualizada, os quais tinham de ser realizados em unidades locais. Para a prestação dos serviços, previamente à assunção dos custos, foi desenvolvida concomitantemente, por cerca de 86 Centros de Saúde, situados em Lisboa, Santarém e Setúbal, até à implementação dos 22 ACES, actuais serviços desconcentrados da ARSLVT, I.P.

Ficou, pois, demonstrado, no âmbito desta Auditoria ao PNPSO, que a ARSLVT, I.P., cumpriu, pontualmente, as respectivas disposições normativas, observando o princípio da legalidade, da prossecução do interesse público e da protecção dos direitos e interesses dos cidadãos, previstos nos artºs 3º e 4º do Código do Procedimento Administrativo, e acolhe as recomendações do Tribunal de Contas, no sentido de dotar de maior eficiência os procedimentos adoptados.

O PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO

CASIMIRO RAMOS
Vogal do Conselho Directivo
ARSLVT, I.P.

 *** RELATÓRIO TR. ***

TRANSMISSÃO OK

Nº TR/RE 2428
 # TELEFONE DESTINO 217936033
 ID DESTINO
 HORA ST. 29/10 17:53
 T. USADO 01'58
 PÁGS. ENVIADAS 8
 RESULTADO OK

ARSLVT

Administração Regional de Saúde
 de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.



Exmo. Senhor
 Presidente do Tribunal de Contas
 Dr. Guilherme de Oliveira Martins
 Av. Barbosa du Bocage, 61
 1069-045 LISBOA

30361 29 10'09

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
Proc.º n.º 06/09-DA VI.2 Ofício n.º 15289	15.10.2009	DSP AUD/TC/PNPSO	

Assunto: Relato de Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral - PNPSO

Tendo sido esta ARSLVT,IP notificada do Relato de Auditoria supra identificada, vem apresentar as respectivas alegações, nos termos do disposto no art.º 13.º, da Lei n.º 98/97, de 26 de Agosto, actualizada.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Directivo


 CASIMIRO RAMOS
 Vogal do Conselho Directivo
 ARSLVT, I.P.

1.8. **Presidente do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.**

  **ARS NORTE**
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

08764 5-11'09

Exmo. Senhor
Director-Geral do Tribunal de Contas
Av. Barbosa du Bocage, 61
1069-045 Lisboa

Assunto: Auditoria ao Programa de Promoção da Saúde Oral

Sua referência	DATA	Nossa referência	DATA
Processo nº. 06/09 – DA VI.2		DGAG/UGF	2009.10.29

Relativamente ao descrito no ponto 1.11 da avaliação do controlo interno importa referir que, a ARS do Norte possui o centro de custo com o código 170203 para a imputação dos encargos incorridos com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, conforme documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo



Suzete Gonçalves
Vogal do C. D.

BGTC 06 11'09 19298

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt



2 NOTAS DE EMOLUMENTOS

2.1 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 06/09 – Audit	
Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral		Relatório nº 44/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.		
Regime jurídico:			AA
			AAF
			X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	102		€ 9 005,58
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 9 005,58
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 3 432,80
Emolumentos a pagar				€ 3 432,80

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



2.2 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 06/09 – Audit	
Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral		Relatório nº 44/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	102		€ 9 005,58
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 9 005,58
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 3 432,80
Emolumentos a pagar				€ 3 432,80

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



2.3 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 06/09 – Audit	
Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral		Relatório nº 44/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	102		€ 9 005,58
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 9 005,58
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 3 432,80
Emolumentos a pagar				€ 3 432,80

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



2.4 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 06/09 – Audit	
Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral		Relatório nº 44/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.		
Regime jurídico:			AA
			AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial	€ 119,99	26		€ 3119,74
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	102		€ 9 005,58
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 12 125,32
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 3 432,80
Emolumentos a pagar				€ 3 432,80

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)



2.5 – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.

Emolumentos e outros encargos
(D.L. nº 66/96, de 31.5)

Departamento de Auditoria VI – UAT 2		Procº nº 06/09 – Audit	
Auditoria ao Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral		Relatório nº 44/09 – 2ª Secção	
Entidade fiscalizada:	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.		
Entidade devedora:	Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.		
Regime jurídico:			AA AAF X

Unid: euros

Descrição	BASE DE CÁLCULO			Valor
	<i>Custo Standard</i> a)	Unidade Tempo	Receita Própria / Lucros	
- Acções fora da área da residência oficial				
- Acções na área da residência oficial	€ 88,29	102		€ 9 005,58
- 1% s/ Receitas Próprias				
- 1% s/ Lucros				
Emolumentos calculados				€ 9 005,58
Emolumentos Limite máximo (VR)				€ 3 432,80
Emolumentos a pagar				€ 3 432,80

a) cf. Resolução nº 4/98 – 2ªS

O Coordenador da Equipa de Auditoria

(José Carpinteiro)