

LIVRO BRANCO DA MEDICINA DENTÁRIA



ORDEM
DOS
MÉDICOS
DENTISTAS

Julho 2023

LIVRO BRANCO DA MEDICINA DENTÁRIA



ORDEM
DOS
MÉDICOS
DENTISTAS

Julho 2023

Edição
© Ordem dos Médicos Dentistas

ISBN
978-989-96006-2-1

Depósito Legal
517701/23

Execução gráfica
MCD - Comunicação Digital, Lda.

Tiragem
200 exemplares

ÍNDICE

PREFÁCIO	5
<i>Fernando Guerra</i>	
1. INTRODUÇÃO	9
<i>Miguel Pavão</i>	
2. CARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO NO PAÍS	13
<i>Joana A. Marques, Fernando Guerra</i>	
2.1 Membros com inscrição ativa	14
2.2 Membros com inscrição suspensa	18
2.3 Estudantes	19
2.4 Projeções e tendências	21
2.5 Locais de exercício profissional	23
3. EMPREGABILIDADE DOS JOVENS MÉDICOS DENTISTAS	
<i>Joana A. Marques, Fernando Guerra</i>	
3.1 Caracterização da situação atual	29
3.2 Contraste de realidades: Portugal <i>versus</i> estrangeiro	31
3.3 Entrada no mercado de trabalho	34
3.4 Formação complementar	34
3.5 Considerações finais	35
4. PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE ORAL	39
<i>José Frias Bulhosa, Mário Filipe Bernardo</i>	
4.1 Saúde oral na Região Autónoma dos Açores	49
<i>Ricardo Viveiros Cabral</i>	
4.2 Serviço de Medicina, Saúde Oral, Estomatologia e Medicina Dentária do Sistema Regional de Saúde da Madeira	51
<i>João Marques Teixeira</i>	
5. A FORMAÇÃO CONTÍNUA	55
<i>Maria João Ponces</i>	
6. AS ESPECIALIDADES E AS COMPETÊNCIAS SETORIAIS	
<i>Maria João Ponces</i>	
6.1 Especialidades	63
6.2 Competências setoriais	64
7. O ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA	
<i>Luís Pires Lopes</i>	
7.1 O surgimento do ensino da Medicina Dentária em Portugal	69
7.2 O Processo de Bolonha e o seu impacto no ensino da Medicina Dentária	69
7.3 O processo de acreditação dos ciclos de estudos de Medicina Dentária pela A3ES	71
7.4 O ensino da Medicina Dentária no Espaço Europeu	72
7.5 Perspetivas de evolução do ensino da Medicina Dentária na Europa	73
7.6 Procura do curso de Medicina Dentária por parte dos candidatos ao ensino superior: perfil dos estudantes	74
7.7 O ensino pós-graduado em Medicina Dentária	74

8. PERSPETIVAS DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA	
<i>António Duarte Mata, Fernando Guerra</i>	
8.1 Introdução	79
8.2 A realidade internacional da investigação científica em Medicina Dentária	80
8.2.1 Investigação em Medicina Dentária: os desafios globais	81
8.3 Os desafios locais	83
8.3.1 Qualidade metodológica	83
8.3.2 As causas	84
8.3.2.1 Publicações	84
8.3.2.2 Financiamento	85
8.3.2.3 A academia	86
8.4 Soluções	86
8.5 Considerações finais	88
9. ÉTICA E DEONTOLOGIA	
<i>João Aquino</i>	
9.1 Introdução	93
9.2 Códigos deontológicos	94
9.3 Proposta de revisão do atual Código Deontológico da OMD	96
9.4 Códigos de ética	97
9.5 Publicidade	98
10. ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS	
<i>Mariana Mendes de Freitas, Miguel Pavão</i>	
A relação da saúde oral com a pobreza	107
10.1 Impacto da saúde oral na inclusão social	109
10.2 Importância da economia para a redução das desigualdades em saúde oral	111
10.3 Reorientação dos sistemas de saúde oral no combate às desigualdades sociais	112
11. TESTEMUNHOS	
António Correia de Campos	121
Carlos César	123
Fernando Araújo	125
Francisco George	127
José Manuel Bolieiro	129
Manuel Fontes de Carvalho	131
Manuel Pizarro	133
Manuel Sobrinho Simões	135
Maria de Belém Roseira	137
Mariano Sanz	141
Miguel Albuquerque	143
Orlando Monteiro da Silva	145
Anexo 1	
A realidade portuguesa - as estruturas científicas nas instituições de ensino superior de Medicina Dentária	149
Anexo 2	
Sociedades científicas nacionais (dados referentes a fevereiro de 2023)	162
Lista de autores	163
Lista de testemunhos	165

PREFÁCIO

Foi com enorme agrado que aceitei o convite do Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), Dr. Miguel Pavão, para coordenar a elaboração deste Livro Branco. Esta sua iniciativa congregou um conjunto de colegas com diferentes experiências na nossa área de atividade, permitindo abranger um leque alargado de temas, cujos contributos valorizam o conteúdo da publicação através da incorporação das suas próprias perspetivas sobre estes.

O principal objetivo desta obra é a apresentação de aspetos particularmente relevantes da realidade da Medicina Dentária portuguesa, possibilitando uma reflexão mais aprofundada sobre que caminhos devem ser estrategicamente delineados para uma evolução adequada da profissão. São igualmente evidenciados dados quantitativos colhidos a partir de várias iniciativas do atual Conselho Diretivo, procurando espelhar de forma clara a atualidade e que contribuem para uma melhor perceção das dimensões de várias questões que carecem de ações por parte da OMD. As colheitas destes números, trabalhados de forma eficaz pelos colaboradores da instituição, são extremamente relevantes para um apoio às decisões e sua fundamentação.

Foi decidido, em boa hora, que este Livro iria compilar um conjunto de testemunhos de individualidades, cujo trajeto político, associativo ou científico estiveram intimamente relacionados com a evolução da Medicina Dentária no nosso país.

Necessariamente, esta é uma obra que permanece em aberto, no sentido em que a realidade está em permanente evolução e na certeza de que não se esgotaram todos os temas de interesse para a profissão. É, também, uma obra cujo fio condutor é algo heterogéneo, encontrando-se justificação para tal na existência de vários autores e na riqueza dos seus diferentes contributos, escritos de forma livre e com os seus próprios estilos.

É a primeira vez que se faz algo deste tipo na OMD e exorto as gerações vindouras a que o vão completando das formas e com metodologias que considerarem adequadas no seu tempo. Por outro lado, as várias opiniões ou reflexões expressas pelos autores podem, naturalmente, não refletir ou coincidir com as ideias, pontos de vista ou opções dos órgãos sociais da OMD, sendo que daí só podemos tirar vantagem pelo saudável confronto da diversidade de opiniões. O leitor, estou certo, assim o entenderá.

Quase a terminar, é meu dever agradecer, penhoradamente, a todos os que participaram neste Livro Branco: aos autores pela forma como tornaram leve a singela missão de coordenação e pelo seu empenho em acrescentarem valor em prol da classe; e aos colaboradores da OMD pela diligente forma como contribuíram para a concretização desta publicação.

Por fim, julgo ser evidente que este trabalho conjunto de profissionais de saúde procura robustecer e dignificar a nossa classe, considerando sempre como um bem maior o permanente incremento de qualidade da prestação de cuidados de saúde médico-dentários à população portuguesa.

Fernando Guerra

Presidente da Mesa do Conselho Geral da Ordem dos Médicos Dentistas
 Coordenador do Grupo de Trabalho do Livro Branco da Medicina Dentária

1 | INTRODUÇÃO

O Livro Branco, da escritora sul-coreana Han Kang, lançado em 2016, propõe uma reflexão em torno do significado do branco em várias formas e contextos. Combina memória, imaginação e meditação sobre a natureza humana, usando a referência e exemplos simples (como nuvem, arroz ou sal) na utilização de branco, conduzindo-nos a interrogações e ponderações profundas.

O Livro Branco que a Ordem dos Médicos Dentistas agora publica, pela primeira vez, não tem, todavia, qualquer pretensão literária.

A expressão “livro branco” é comumente usada para designar um documento oficial publicado por uma entidade pública ou organização, destinado a apresentar análises e informações concretas relativas a uma determinada realidade e a enunciar propostas ou linhas de orientação sugeridas por especialistas.

No caso concreto do Livro Branco da Medicina Dentária da Ordem dos Médicos Dentistas, pretendeu-se analisar e lançar uma discussão séria e ponderada em torno da saúde oral em Portugal. Reuniu-se, para tal, um conjunto de informações detalhadas e atuais sobre a evolução da Medicina Dentária, dos seus profissionais e da sua pertinência enquanto disciplina científica.

Num momento em que se questiona o papel das ordens profissionais com poderes e competências delegados pelo Estado, este documento procura também sustentar a relevante contribuição pública da OMD para a evolução da saúde oral no nosso país, norteada pelos princípios da imparcialidade, da transparência e da responsabilidade.

Nesse sentido, procurou-se reunir evidências e factos que permitissem retratar e avaliar de forma credível, científica e livre de deformações ideológicas, a realidade analisada, fazendo público e acessível um vasto conjunto de informação relevante, compilada por especialistas nas diversas áreas.

Pretendeu-se, assim, dar corpo a um documento de referência, responsável, e que assumisse a intenção clara de contribuir publicamente para gerar discussões construtivas, que esclareçam as falhas e os lapsos do passado e permitam gerar consensos e decisões esclarecidas, com o objetivo de alterar realidades e servir de base à elaboração de novas políticas que transformem e façam progredir a saúde oral em Portugal, compreendida, desde logo, como parte essencial e inalienável da saúde geral dos portugueses.

Sabemos atualmente da estreita correlação existente entre os cuidados médicos dentários e a saúde oral dos indivíduos, a qual desempenha um papel fundamental na prevenção de inúmeras patologias. As doenças da boca estão entre as doenças não transmissíveis mais comuns em todo o mundo, afetando mais de 3,5 mil milhões de pessoas, sendo hoje perfeitamente evidente que os hábitos deficientes de higiene oral, associados a

fatores de risco comuns às doenças crónicas não comunicáveis, agravam as patologias orais e estão intimamente relacionados com o surgimento de doenças crónicas, como a diabetes e os problemas cardiovasculares, neurodegenerativas, reumáticas, inflamatória intestinal, e ainda, obesidade e asma.

Estudos publicados em 2023, por equipas de investigadores de portugueses, comprovam que uma saúde oral insatisfatória está diretamente relacionada com 23 doenças sistémicas e cinco tipos de cancro, nomeadamente do pulmão, do pâncreas, da mama, da próstata, da cabeça e do pescoço. Acresce que as doenças da boca são também responsáveis pelo agravamento de problemas de autoestima e pelo absentismo escolar e profissional. A Medicina Dentária desempenha, aliás, um importante papel social, contribuindo de forma significativa para o combate à pobreza e à exclusão.

A saúde oral assume, pois, uma função com grande impacto sanitário, económico e social, sendo, por isso, fundamental acautelar a qualidade da formação técnica, científica e ética dos médicos dentistas, garantindo, desde logo, a disponibilização de meios e recursos que permitam fazer avançar a investigação nesta área. Não menos importante, urge igualmente que as instituições sejam capazes de planear a intervenção e a carreira médico-dentária, acautelando políticas públicas de saúde oral eficazes e racionais, capazes de garantir que o aumento do número de médicos dentistas corresponde a um acesso efetivo e universal dos portugueses a cuidados de Medicina Dentária, ao invés de contribuir para o aumento do desemprego na profissão e para a emigração de profissionais qualificados e, portanto, ao desperdício de recursos públicos.

Se a saúde é uma prioridade unanimemente reconhecida, a saúde oral não pode continuar a ser negligenciada e deve ser assumida como um direito de todos, garantindo-se a equidade e a universalidade no acesso a cuidados de Medicina Dentária, e apostando-se decisivamente na prevenção e na literacia. Urge, para tal, firmar uma base sólida sobre a qual possam erigir-se consensos políticos de longo prazo e de vistas largas e que suprimam, desde logo, as medidas pontuais, fragmentadas e avulsas, capazes de assegurar que o investimento realizado obtenha retorno direto na saúde e no bem-estar dos portugueses, mas também na sua produtividade e felicidade.

Os livros são, em grande medida, aquilo que os leitores fazem deles. Mas os livros brancos devem aspirar a mais do que isso. Constituem, pela sua própria natureza, uma declaração de princípios e intenções, buscando erguer, sobre a ponderação em torno do passado e do presente, um olhar para diante que permita perspetivar o futuro de forma consciente e responsável, desafiando-nos a colocar em prática as suas orientações.

Miguel Pavão

Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

A large, stylized number '2' is positioned in the upper right quadrant of the page. It is rendered in a dark yellow color against a lighter yellow background. The number is thick and has a modern, sans-serif appearance.

2 | CARACTERIZAÇÃO DA PROFISSÃO NO PAÍS

O presente capítulo contempla dados apresentados nos seguintes estudos da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD):

Números da Ordem 2022 (dados à data de 31 de dezembro de 2021)

Diagnóstico aos Profissionais de Medicina Dentária (2016)

Estudo Jovens Médicos Dentistas (2022)

Pretende-se caracterizar a situação atual da profissão e promover a reflexão sobre a realidade profissional e académica da Medicina Dentária em Portugal. O levantamento de dados relativos à atualidade da comunidade estudantil foi viabilizado pela reunião dos esforços dos serviços administrativos da Ordem dos Médicos Dentistas em estreita colaboração com as sete instituições de ensino superior.

Da totalidade de membros inscritos na OMD aferidos a 31 de dezembro de 2021, 12.235 apresentam inscrição ativa e 1.914 encontram-se inativos (nomeadamente em situação de suspensão ou anulamento da inscrição).

2.1 | MEMBROS COM INSCRIÇÃO ATIVA

Consideram-se com inscrição ativa, os membros ativos (11.941), provisórios (8) e seniores (286).

Definem-se como membros ativos, os médicos dentistas cuja inscrição se encontra em vigor, atribuindo-lhes plenos direitos de exercício da profissão. Os membros provisórios encontram-se envolvidos num processo judicial sem que exista ainda uma sentença transitada em julgado, mantendo, por isso, pleno direito de exercício profissional. Por fim, os membros seniores apresentam cumulativamente uma idade superior a 65 anos e pelo menos 10 anos de inscrição na OMD, beneficiando da isenção do pagamento de quotas e usufruindo de plenos direitos de exercício da profissão.

Em 2021, verificou-se um crescimento de 5,1% dos médicos dentistas ativos, contabilizando-se um total de 595 novos membros e mantendo a tendência de crescimento anual (Figura 1).

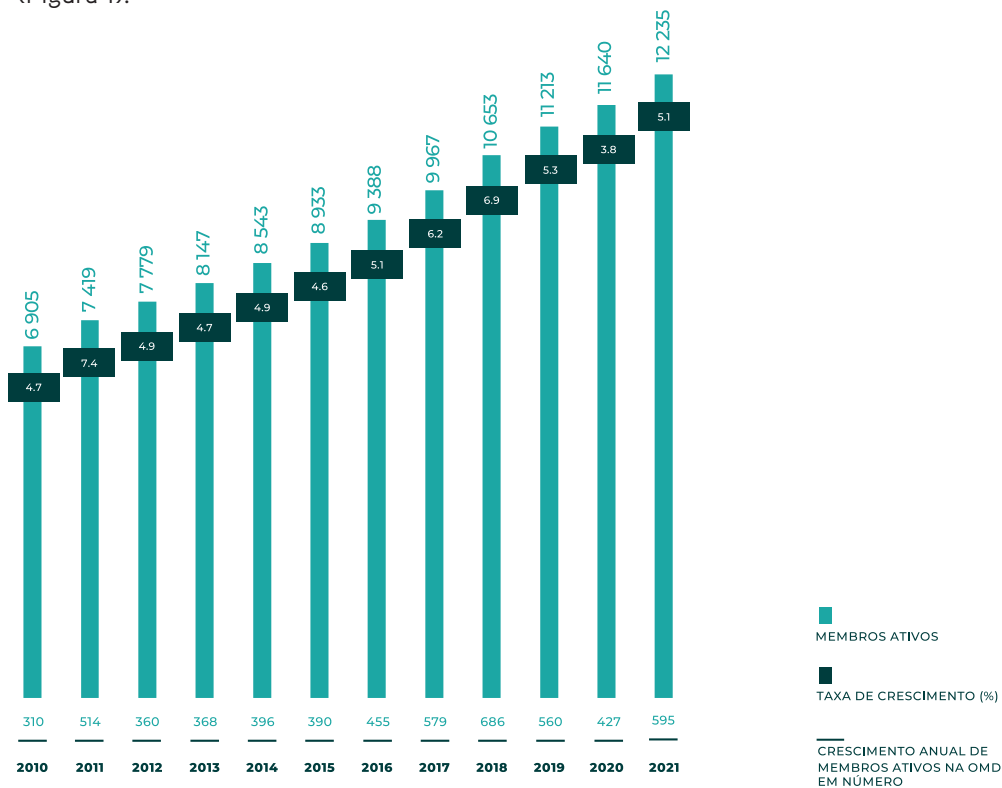


Figura 1

Evolução anual do número de membros ativos, número de novos membros e taxa de crescimento (%), nos últimos 12 anos.

A média de idades dos médicos dentistas enquadrados na categoria de inscrição ativa situa-se nos 40 anos, sendo que cerca de 70% apresentam uma idade até 45 anos (Figura 2). No que concerne à distribuição por género, 61,6% são do sexo feminino. Verifica-se simultaneamente uma crescente taxa de feminização e o aumento da média de idades ao longo dos anos.

Os médicos dentistas com inscrição ativa e nacionalidade portuguesa representavam, em 2021, 88,2% do universo de membros com inscrição ativa. De entre os 11,8% médicos dentistas de outras nacionalidades, destacam-se os de origem brasileira (5,1%), italiana (2,4%), espanhóis (1,6%) e franceses (0,5%).

Em 2021, efetivou-se a inscrição de 740 novos membros ativos, dos quais 519 têm nacionalidade portuguesa e 221 são originários de outros países.

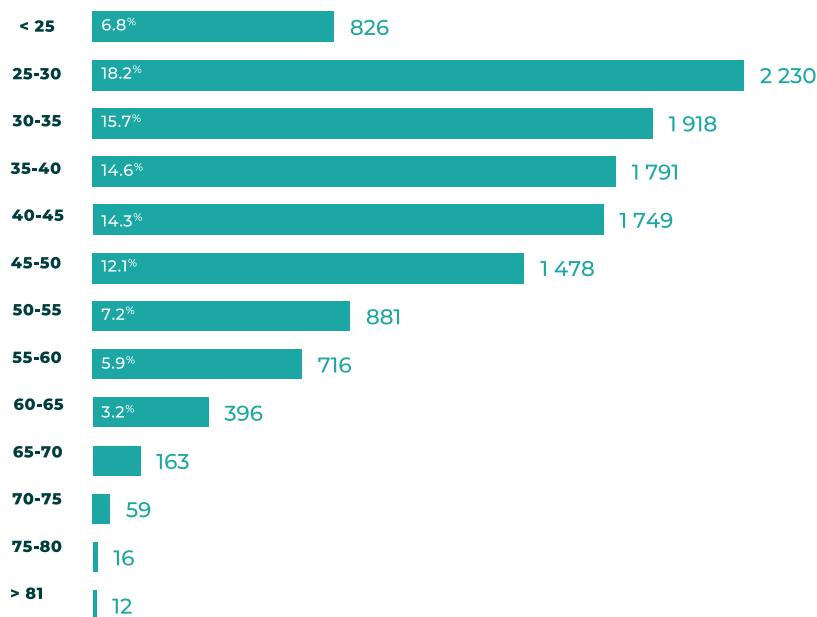


Figura 2

Distribuição dos membros ativos por grupo etário.

A maioria dos médicos dentistas com inscrição ativa na OMD graduou-se no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (21,1%), Instituto Universitário de Ciências da Saúde (19,2%) e Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (16,1%) (Figura 3).

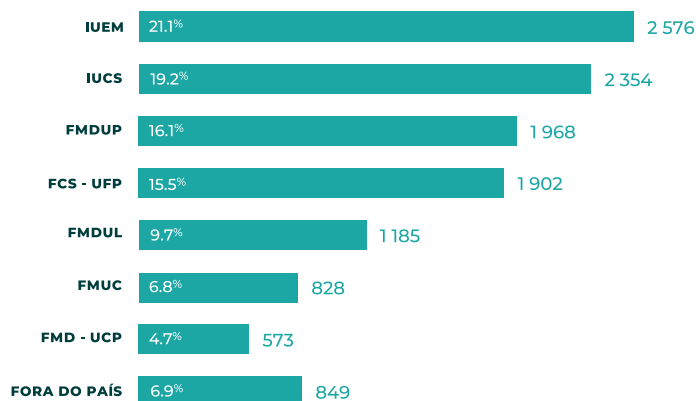


Figura 3

Distribuição dos membros ativos por instituição de ensino em que foi realizada a pré-graduação.

O rácio de habitantes por médico dentista revela que o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral constituem as regiões com menor número de médicos dentistas por residente (>2.500). No extremo oposto, encontra-se a Área Metropolitana do Porto, com um rácio população/médico dentista de aproximadamente 598, seguida das sub-regiões de Viseu Dão-Lafões, Coimbra, Alto Tâmega, Trás-os-Montes, Cávado e Área Metropolitana de Lisboa (Figura 4).

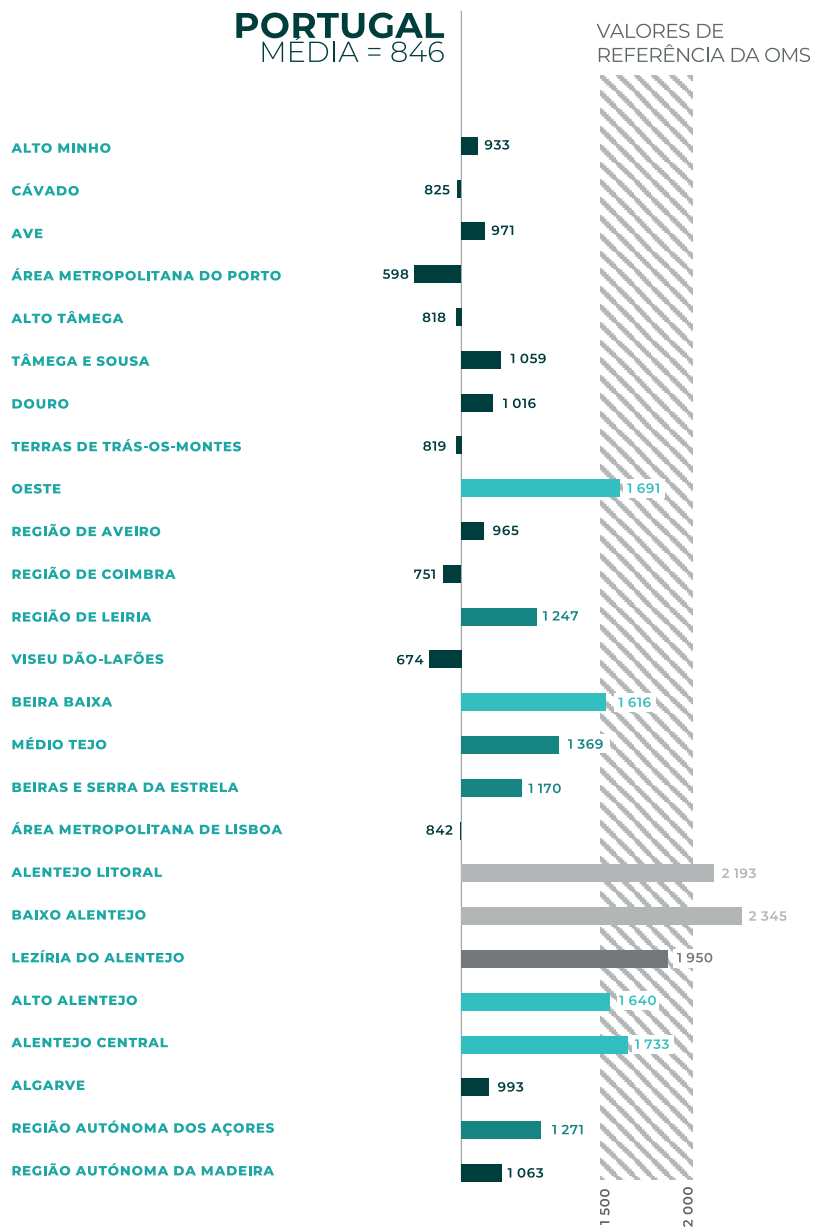


Figura 4

Rácio número de habitantes/médico dentista ativo nas diferentes regiões portuguesas (média de 846 em Portugal, sendo que a OMS recomenda que este rácio se enquadre no intervalo 1500–2000 habitantes por cada profissional).

2.2 | MEMBROS COM INSCRIÇÃO SUSPENSA

Consideram-se membros suspensos, os médicos dentistas que apresentam inscrição suspensa na OMD por um período mínimo de 12 meses, não podendo, por isso, exercer a profissão em território nacional. O número de membros suspensos cresceu 8,4% face a 2020, mantendo-se a média de idades nos 42 anos.

Dos 1.819 membros suspensos no final de 2021, 61,4% encontravam-se nesta situação profissional há mais de 5 anos, sendo que, destes, 28,1% têm nacionalidade estrangeira. Os motivos de suspensão contemplam o exercício da atividade no estrangeiro (67%), o incumprimento de quotas (17,2%), o não exercício na área de Medicina Dentária ou o exercício de outra atividade (10%), a situação de doença ou outras razões pessoais (5,3%), bem como outros motivos não especificados (0,6%). Em 2021, o pedido de suspensão por exercício profissional no estrangeiro manteve a tendência crescente, sendo que França (27,6%), Reino Unido (23,5%) e Espanha (8,5%) constituem os principais destinos dos médicos dentistas que deixaram de exercer em Portugal.

De notar que o aumento anual do número de cédula profissional poderá ser uma consequência da não-transferência do número de cédula profissional entre membros, mesmo em caso de suspensão, anulação por falecimento ou desistência (Figura 5).

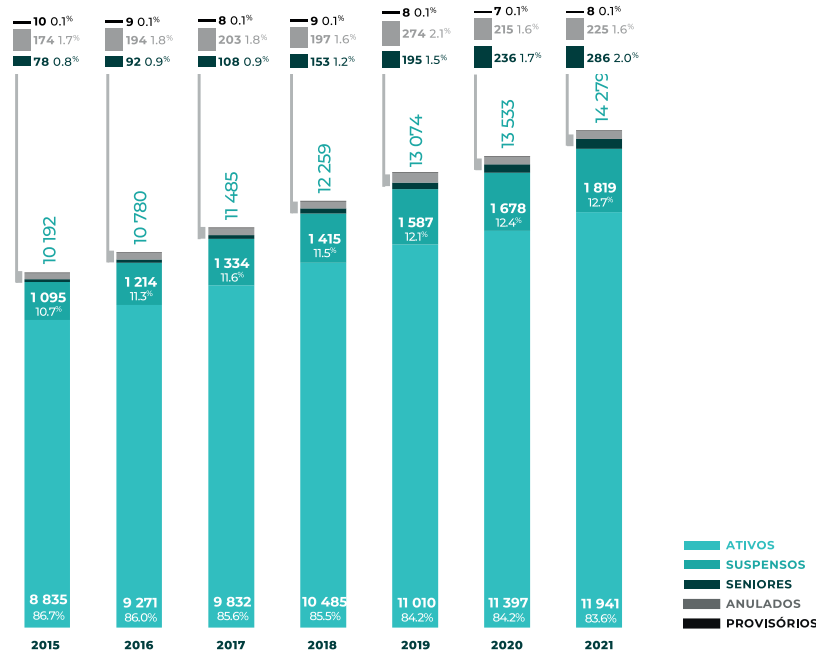


Figura 5

Evolução do número de cédulas profissionais e situação profissional dos membros da OMD nos últimos sete anos.

2.3 | ESTUDANTES

Atualmente, contabilizam-se em Portugal as seguintes sete instituições de ensino superior que lecionam o curso de mestrado integrado em Medicina Dentária:

- FMDUL – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa;
- FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto;
- FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra;
- IUCS - CESPU – Instituto Universitário de Ciências da Saúde;
- IUEM – Instituto Universitário Egas Moniz;
- UCP – Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde;
- UFP – Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde.

Do universo de 3.840 alunos inscritos nos cursos de mestrado integrado em Medicina Dentária, a 31 de dezembro de 2021 (Figura 6), é relevante salientar o crescimento de 1,8% no referido ano comparativamente com um crescimento de 4,4% registado no ano anterior.

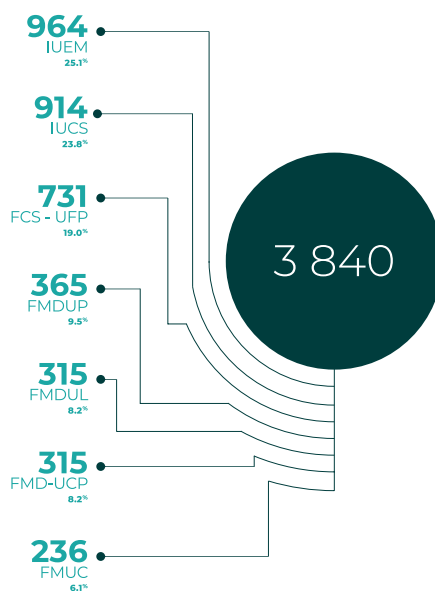


Figura 6

Distribuição do número de alunos inscritos nos cursos de mestrado integrado por instituição de ensino.

A IUCS-CESPU constitui o único caso em que o número de estudantes estrangeiros é superior ao número de portugueses (Figura 7), embora se tenha verificado um decréscimo da percentagem de estrangeiros face ao ano de 2020.

Em contrapartida, a presença de estrangeiros cresceu na IUEM Egas Moniz, na FMDUP, na FMUC e, principalmente, na UCP. De referir, porém, que a FCS-UFP não disponibilizou dados por nacionalidade. Não considerando esta instituição, os estudantes com proveniência estrangeira representam 37,8% da totalidade de alunos inscritos.

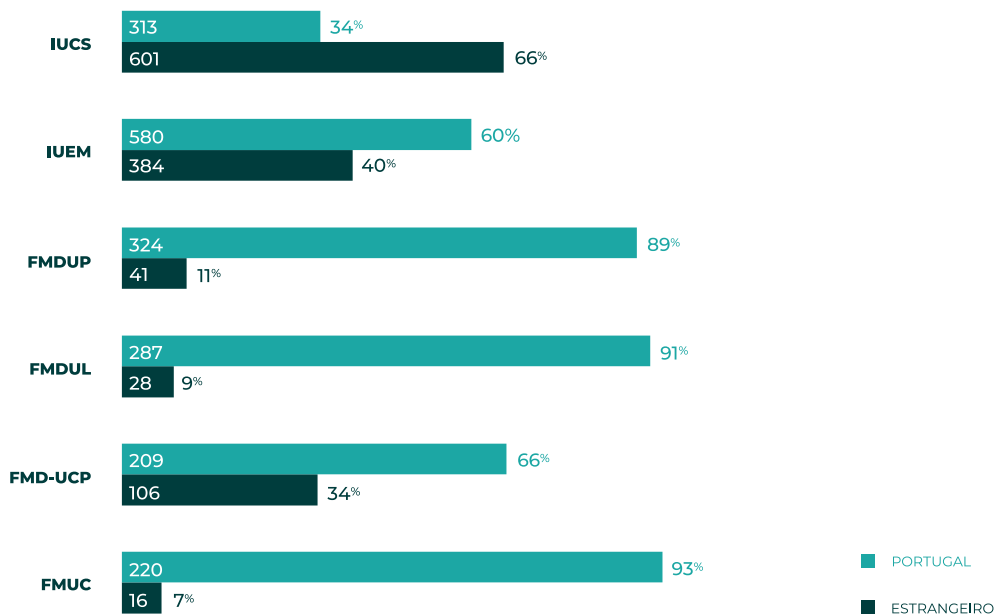


Figura 7

Distribuição dos estudantes por instituição de ensino de acordo com a respetiva nacionalidade (portuguesa ou estrangeira).

2.4 | PROJEÇÕES E TENDÊNCIAS

Estima-se que exista um total de 10.779 médicos dentistas a exercer a profissão em Portugal a título exclusivo. Somando os que exercem em Portugal e no estrangeiro, obtém-se um total de 11.154 médicos dentistas em atividade no nosso país. Estima-se ainda que outros 2.900 membros da OMD não exerçam a profissão em Portugal, dos quais 1.898 exercerão exclusivamente no estrangeiro, enquanto 1.002 não estarão, atualmente, a exercer atividade na área da Medicina Dentária. Assim, a 31 de dezembro de 2021 registava-se um total de 14.279 cédulas profissionais emitidas pela OMD.

O número de médicos dentistas ativos mantém uma tendência crescente desde 2010, sendo que em 2021 registou-se o segundo maior número de novos membros (595) dos últimos 12 anos (o maior aumento foi registado no ano de 2018, com 686 novos membros ativos). De salientar um ligeiro envelhecimento dos associados e a predominância crescente do sexo feminino nas camadas mais jovens. Com base nas taxas de crescimento dos últimos 15 anos, prevê-se um crescimento anual de 5,4% do número de membros ativos.

É, também, relevante enfatizar o crescente número de médicos dentistas provenientes do estrangeiro, com 51 nacionalidades representadas entre os inscritos da OMD, destacando-se a nacionalidade francesa, que teve uma taxa de crescimento de 215,8% nos últimos três anos.

Em resultado da evolução exposta, a atualidade da Medicina Dentária em Portugal caracteriza-se por um reduzido rácio população/médico dentista em diversas regiões do país, existindo, em média, um médico dentista ativo para cada 846 residentes. Os valores de referência disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o referido rácio situam-se entre os 1.500 e os 2.000 habitantes por médico dentista, sendo que apenas cinco das 25 regiões portuguesas se enquadram no referido intervalo e duas apresentam um rácio superior a 2.000 (Baixo Alentejo e Alentejo Litoral). Apesar desta já preocupante realidade, a tendência de evolução culminará num rácio de número de habitantes por médico dentista cada vez mais distante do valor apontado pela OMS (Figura 8).

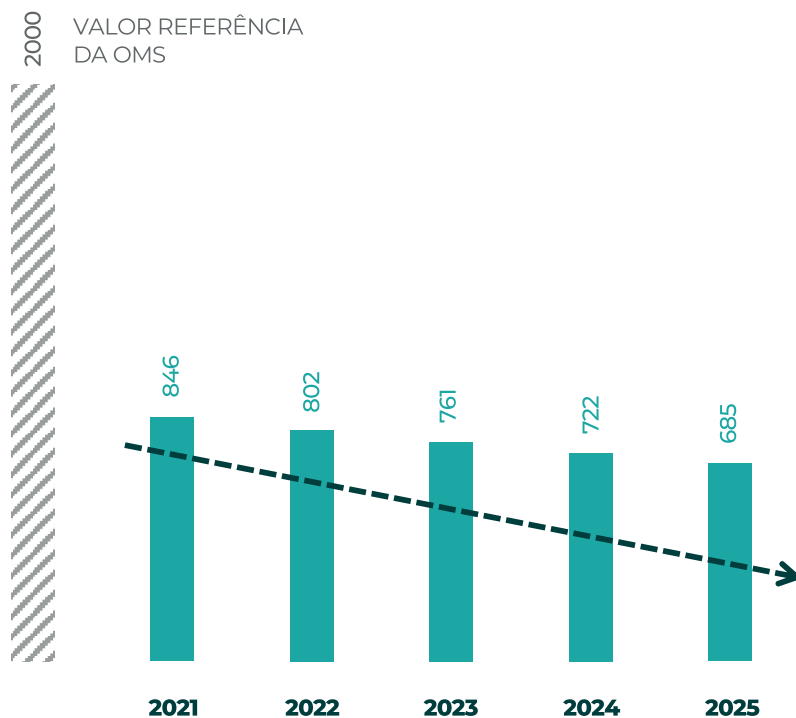


Figura 8

Projeção da evolução do número de habitantes por médico dentista em Portugal.

A par do crescimento no número de membros ativos, também os membros suspensos apresentam uma tendência crescente, com uma taxa de 8,4% entre 2020 e 2021. Os destinos preferenciais no âmbito do forte fluxo migratório são a França (27,6%) e o Reino Unido (23,5%), havendo cada vez mais portugueses a procurar oportunidades no estrangeiro. Quase dois terços (61,4%) dos membros suspensos encontram-se com inscrição suspensa há mais de cinco anos, número a partir do qual é razoável inferir que existe uma elevada probabilidade de não voltarem a exercer a profissão em Portugal.

Em virtude do reconhecimento nacional e internacional do ensino da Medicina Dentária em Portugal, o número de estudantes continua a aumentar, com 3.840 alunos inscritos nos cursos de mestrado integrado e um crescimento de 1,8% no último ano.

Perante o cenário anteriormente descrito, é expectável que se mantenha a tendência crescente de membros ativos, estimando-se que, em 2025, existam mais de 15 mil médicos dentistas em atividade, o que implicará o agravamento do atual rácio de residentes por profissional ativo.

2.5 | LOCAIS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Os cuidados de Medicina Dentária em Portugal são assegurados maioritariamente por médicos dentistas que exercem a sua atividade no setor privado (consultórios, clínicas e hospitais particulares), sobretudo como profissionais liberais. Estima-se que sejam cerca de 98,5% do total de médicos dentistas no ativo e que 1,5% desempenhem funções em centros de saúde (aproximadamente 150), na dependência do Serviço Nacional de Saúde e nos Serviços Regionais de Saúde (cerca de 40).

A partir de dados colhidos pela OMD, apurou-se que exercem na sua maioria em um ou dois consultórios (64,3%), sendo que 37,3% exerce atividade num único consultório e 27,0% exerce em dois consultórios (Gráfico A).

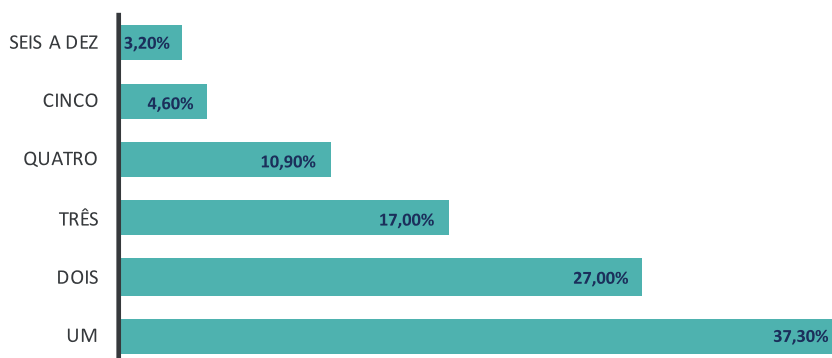


Gráfico A

Número de consultórios ou clínicas onde um médico dentista exerce a sua atividade.

De salientar que são os médicos dentistas que se formaram há mais de três anos e menos de 10 que exercem maioritariamente em mais do que um consultório. Os médicos dentistas com mais idade concentram o exercício da atividade de forma mais preponderante num único consultório: 56,5% com mais de 50 anos exerce em apenas um consultório.

Os médicos dentistas que exercem atividade num único consultório, ou clínica, fazem-no maioritariamente por conta própria (68.5%) (Gráfico B). Geograficamente, ocorre uma maior concentração destes profissionais nos distritos de Lisboa (20.6%) e do Porto (21.5%).

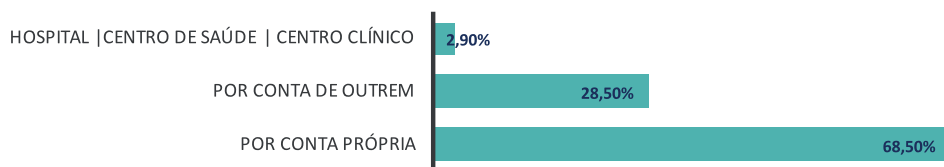


Gráfico B

O tipo de dependência laboral dos médicos dentista que exercem a sua atividade só num local.

Quando os médicos dentistas exercem a sua atividade num consultório adicional, nota-se que a probabilidade de este ser de outrem é bastante elevada (67.0%) (Gráfico C).

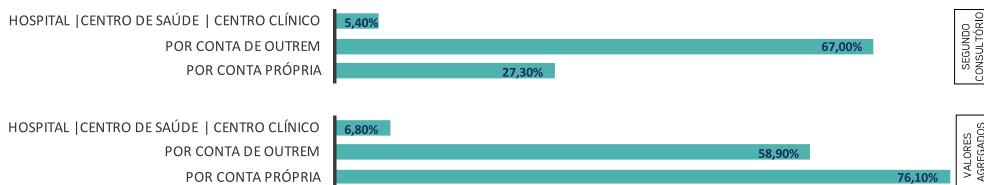


Gráfico C

O tipo de dependência laboral dos médicos dentista que exercem a sua atividade em dois locais.

Quanto à dimensão dos consultórios ou clínicas que acolhem os médicos dentistas, de uma forma geral, em Portugal, as instalações físicas apresentam um gabinete. Note-se que mesmo os médicos dentistas que exercem em mais de quatro consultórios referem que estes têm, maioritariamente, um (57.3%) ou dois (44.9%) gabinetes (Gráfico D).

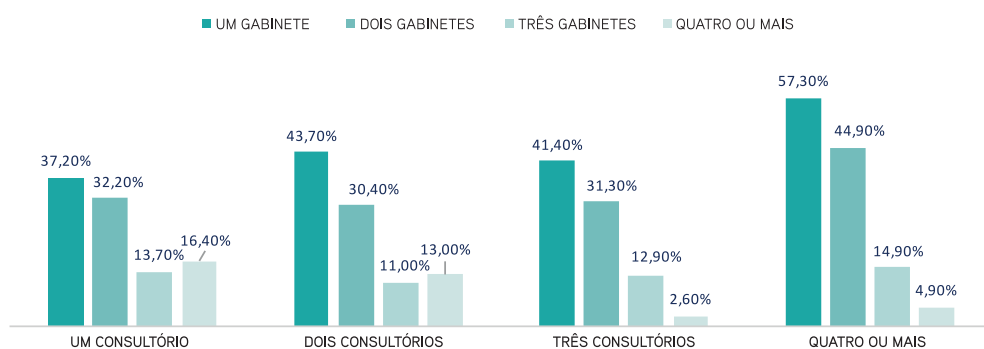


Gráfico D

Número de gabinetes nos locais onde exerce atividade (independentemente do número de locais onde trabalha).

Se analisarmos o cruzamento com o número de médicos dentistas, percebe-se que mesmo os consultórios mais pequenos têm a presença de mais do que um profissional a exercer (Gráfico E).

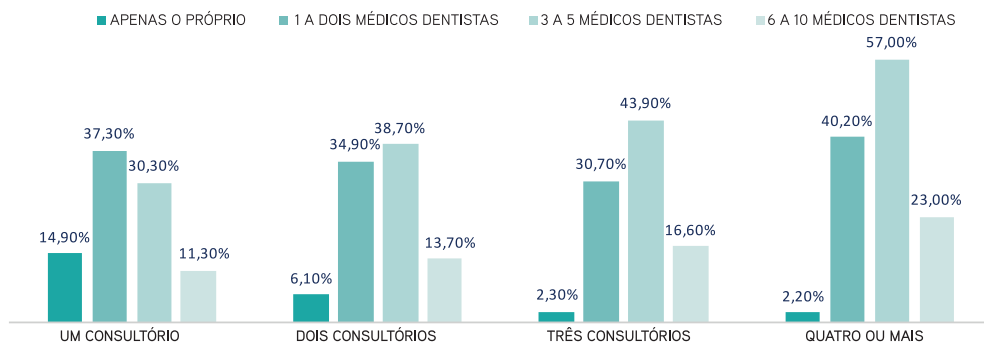


Gráfico E

Número de médicos dentistas a exercer nos consultórios.



3 | EMPREGABILIDADE DOS JOVENS MÉDICOS DENTISTAS

3.1 | CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL

Por iniciativa do Conselho de Jovens Médicos Dentistas da Ordem dos Médicos Dentistas, foi realizado em 2021 um estudo sobre a Empregabilidade dos Jovens Médicos Dentistas (com idade compreendida entre os 22 e os 35 anos) inscritos na OMD. Levado a cabo em colaboração com a Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Porto, este trabalho pretendeu analisar o estado atual da profissão e as perspetivas dos profissionais mais jovens da classe.

Dos 4.745 médicos dentistas contactados, 2.436 responderam ao inquérito que serviu de base ao referido estudo.

Do universo de profissionais que participaram no estudo, 96,99% possuem nacionalidade portuguesa e 76,1% são do sexo feminino. Apenas 21,8% iniciaram a atividade há mais de cinco anos e 59,3% demoraram entre um a seis meses para iniciar a atividade profissional após a conclusão do curso.

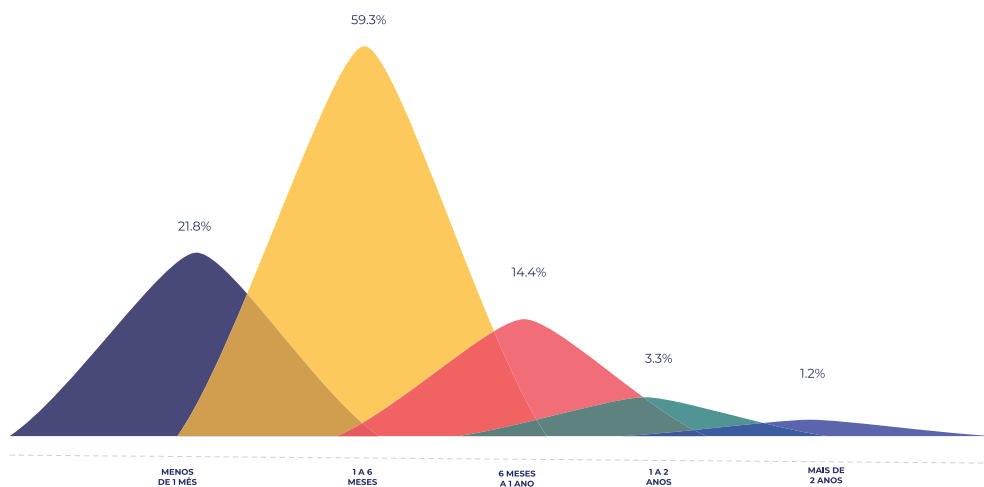


Figura 1

Intervalo de tempo entre o final do curso e o início da atividade.

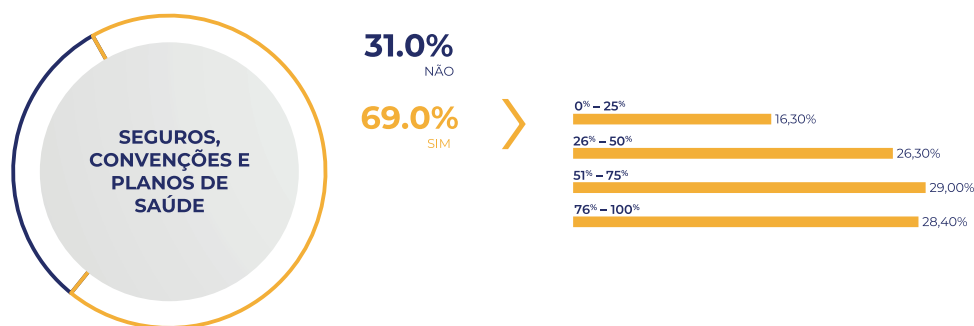
A maioria exerce a profissão em uma ou duas clínicas (63,6%), com uma maior concentração nos polos urbanos (76,9%), e apenas 5,2% trabalha em zonas rurais. Mais de metade (57,3%) dos jovens médicos dentistas exercem a profissão a mais de 25 km do local de residência, sendo que 27,3% percorrem mais de 50 km para chegar ao local de trabalho. Num dia de trabalho, 42,7% dos jovens médicos dentistas atendem, em média, seis a 10 pacientes, sendo que 79,6% consideram não existir pressão para faturar mais em detrimento das suas responsabilidades éticas.



Figura 2

Distribuição geográfica dos jovens médicos dentistas de acordo com o distrito ou região autónoma onde exercem maioritariamente a profissão.

A grande maioria exerce em clínica privada (92,5%) e apenas 2,7% em instituições públicas, nomeadamente em centros de saúde ou hospitais públicos (maioritariamente contratados a recibos verdes; apenas 10,6% estão integrados numa carreira). De entre os jovens médicos dentistas que trabalham em contexto privado, 32,6% exercem maioritariamente em clínicas pertencentes a um grupo/rede de clínicas e 69% têm acordos com seguros, convenções e planos de saúde, dos quais resulta um volume de trabalho acima dos 25% em 84% dos casos. Quase metade (43,3%) dos inquiridos realizam consultas de Medicina Dentária gratuitas e 33,5% realizam atos médicos gratuitos, sendo que a maioria (53,8%) acredita que estes atos prejudicam a qualidade da consulta prestada ao doente, desvalorizando e prejudicando a Medicina Dentária. Contudo, a universalização do acesso à Medicina Dentária por intermédio de seguros e subsistemas de saúde não parece prejudicar as remunerações dos médicos dentistas, aparentemente compensadas pelo atendimento de um maior número de pacientes.

**Figura 3**

Volume de trabalho realizado com seguros, convenções e planos de saúde, no local onde exercem maioritariamente a profissão.

O trabalho por conta própria, sem funcionários a cargo, constitui a situação profissional predominante (68,2%), sendo que a maioria dos jovens profissionais sem atividade remunerada (1,8%) encontra-se à procura de emprego (64,5%) ou optou por outra atividade profissional (16,1%). A procura de outras atividades profissionais foi motivada, sobretudo, pela falta de realização monetária.

3.2 | CONTRASTE DE REALIDADES: PORTUGAL VERSUS ESTRANGEIRO

A análise e compreensão dos dados obtidos permitiu também perceber que 93,7% exercem a profissão em Portugal. Dos 6,3% de jovens médicos dentistas que optaram por emigrar, 67,2% escolheram a França como destino e 39,7% emigraram um a dois anos depois do término do curso, apontando a procura por melhores rendimentos económicos e de uma melhor qualidade de vida como principais razões para a emigração. A maior valorização da profissão pela população naqueles países face à realidade portuguesa, a maior qualidade dos serviços prestados e a opção própria são outras das justificações invocadas para a mudança de país.



Figura 4

Distribuição geográfica dos jovens médicos dentistas de acordo com o país de exercício da profissão.

A remuneração em regime de percentagem do valor das consultas abrange 71,6% dos jovens médicos dentistas que exercem no estrangeiro, sendo que em 53% das situações a percentagem situa-se entre os 21 e os 30% do valor total obtido. 47,4% auferem um salário médio líquido mensal de 5.000 ou mais euros.

Estes números contrastam com a realidade dos jovens médicos dentistas a exercer em Portugal, os quais relatam um salário líquido médio compreendido entre os 250 e os 1.000 euros, em 47,2% dos casos. Adicionalmente, do total de 77,7% de jovens médicos dentistas que trabalham em Portugal em regime de percentagem, 54,7% refere auferir entre os 31% e os 40% do valor das consultas.

Por outro lado, enquanto 23,4% dos profissionais que exercem no estrangeiro demoram entre seis meses e um ano a auferir mais que 750 euros de salário líquido, 29,1% que exercem em Portugal demorou entre um e dois anos (após o término do curso) a alcançar aquela remuneração.

No que concerne ao horário de trabalho, dos jovens médicos dentistas com atividade profissional remunerada, a maioria trabalha, em Portugal, quatro a seis dias por semana em 71,8% dos casos, enquanto, no estrangeiro, este valor é de 69,8%. Nenhum profissional trabalha menos de dois dias no estrangeiro e apenas 0,9% trabalham semanalmente mais de seis dias (3,6% e 4,7% em Portugal, respetivamente).

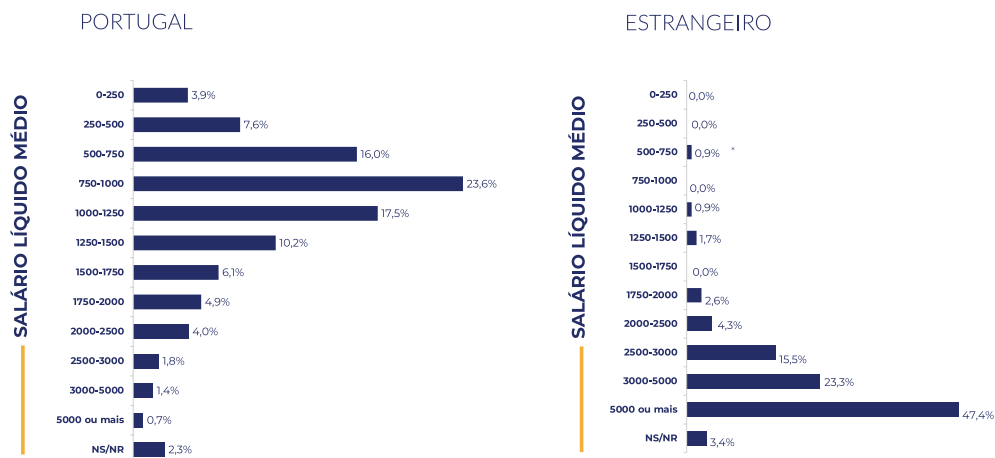


Figura 5

Salário líquido médio auferido em Portugal (esquerda) e no estrangeiro (direita).

Apenas 28% dos jovens médicos dentistas com atividade profissional remunerada em Portugal trabalham, em média, até oito horas diariamente. Atualmente, 68,9% destes profissionais trabalham mais de oito horas diárias, dos quais 22,1% cumprem horários de mais de dez horas. No estrangeiro, nenhum dos inquiridos trabalha menos de quatro horas, nem ultrapassa as doze horas de trabalho diário. A média varia entre quatro e dez horas em 83,6% dos casos, dos quais 45,7% trabalham entre oito e dez horas diárias.

Perante o contraste de realidades, especialmente no que concerne às diferenças salariais e à estabilidade laboral, 39,7% dos jovens médicos dentistas a exercer a profissão no estrangeiro afirmam que não pretendem voltar a exercer em Portugal, 39,7% ponderam voltar e apenas 20,7% planeiam efetivamente regressar.

3.3 | ENTRADA NO MERCADO DE TRABALHO

Cerca de 28,7% dos jovens médicos dentistas a exercer em Portugal realizaram estágio profissional apoiado pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Destes, 13,5% afirmam que os termos do contrato não foram cumpridos, seja por não terem exercido maioritariamente funções como médico dentista (65,7%), por excesso de carga horária (57,1%), porque a remuneração foi inferior ao inicialmente estipulado (12,9%) ou por outras razões (17,1%). 70,4% continuaram a exercer funções na mesma clínica após a conclusão do período de estágio, ficando a maioria a recibos verdes.

A OMD disponibiliza na sua página eletrónica uma Bolsa de Emprego, que pretende facilitar a procura e/ou oferta de emprego nas diversas áreas de interesse da Medicina Dentária. Contudo, 64,9% dos inquiridos revelam desconhecer esta ferramenta e referem a recomendação por terceiros, a entrega de currículo em mão, a consulta de anúncios nas redes sociais e a entrega de currículo via e-mail como formas mais eficazes de inserção no mercado de trabalho.

3.4 | FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

No que concerne à formação, quase 73% dos jovens médicos dentistas afirmaram ter investido parte dos seus rendimentos em formação complementar no último ano. Esse investimento representou mais de 25% dos rendimentos em quase 40% dos casos, tendo 8,8% dos profissionais recorrido a empréstimos ou pedido dinheiro a terceiros para custear a formação. A grande maioria (65,3%) procurou formação diferenciada, mas um número bastante significativo (24,9%) de profissionais sentiu necessidade de realizar formação de base que não ficara devidamente consolidada durante a pré-graduação, com destaque para a endodontia mecanizada, a prótese fixa sobre dentes e a dentisteria.

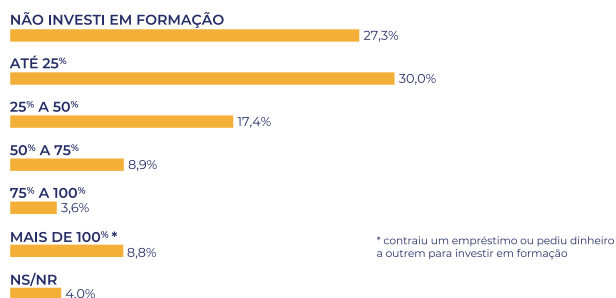


Figura 6

Percentagem dos rendimentos auferidos que foram investidos em formação complementar.

3.5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando questionados sobre se voltariam hoje a escolher a profissão de médico dentista, mais de metade (54,7%) dos jovens médicos dentistas afirmam que não voltariam a escolher a profissão ou que pretendem complementar a Medicina Dentária com outra área, justificando a resposta negativa com diferentes fatores inerentes à formação e às condições de trabalho. As más condições de trabalho, a fraca remuneração decorrente das baixas percentagens auferidas e o não pagamento de subsídios de férias e de Natal, associados à modalidade de remuneração predominante (recibos verdes), bem como a pouca valorização da profissão e da própria saúde oral por parte da população portuguesa, constituem os principais fatores de desmotivação. Mais de um quarto dos jovens médicos dentistas ganham menos de 750 euros líquidos mensais.

O estudo realizado permitiu ainda constatar a dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e a desvalorização a que está sujeito um médico dentista recém-licenciado, sendo apontada como principal explicação a insuficiente formação pré-graduada. À instabilidade económica, comum entre os jovens médicos dentistas, soma-se ainda a necessidade frequente de formação contínua — a qual constitui um pilar da profissão —, que implica investimentos consideráveis e um esforço financeiro eventualmente incompatível com o nível salarial destes profissionais.

A large, stylized number '4' is positioned in the upper right quadrant of the page. It is rendered in a dark yellow color against a lighter yellow background. The number is composed of several thick, overlapping geometric shapes, giving it a modern, architectural feel.

4 | PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE ORAL

Contemporâneo à formação dos primeiros médicos dentistas em Portugal (julho 1979), ocorreu a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro¹, o qual instituiu o acesso universal, transversal e gratuito a cuidados de saúde a todos os portugueses. O sistema de cuidados de saúde português passou a ser estruturado, pela primeira vez, com base num público suportado financeiramente através de subvenção estatal, com o objetivo de facultar uma cobertura universal e de livre acesso à utilização de cuidados de saúde primários e hospitalares. Até então, a assistência médica competia às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais da previdência, cabendo ao Estado a assistência aos pobres.

A única referência à saúde oral existente na lei que criou o SNS encontra-se no seu artigo 16.º, o qual inclui, nos cuidados de saúde primários, os “cuidados de especialidades, abrangendo nomeadamente as áreas da oftalmologia, da estomatologia, da otorrinolaringologia e da saúde mental”. Todavia, a oferta real de cuidados básicos de saúde oral era, na altura, assegurada por um número limitado de médicos estomatologistas que exerciam em alguns postos sanitários ou nas “caixas de previdência” de alguns concelhos, cuja prática era essencialmente de cariz cirúrgico, face à prevalência e gravidade das lesões de cárie presentes na população.

Para a Medicina Dentária, que então passava a constituir uma nova profissão de saúde em Portugal, o exercício no setor público não se mostrava atrativo por duas supostas razões: por um lado, devido à impossibilidade de contratação e integração em carreira própria com funções públicas, adequada à sua autonomia universal e respetivas competências médico-cirúrgicas; mas também pelo facto de, ao longo dos anos 80 e até meados dos anos 90, o número de médicos dentistas formados ser bastante diminuto, o que, face à redução do número de médicos estomatologistas disponíveis e às necessidades expressas pelos indivíduos de cuidados de saúde oral, associadas ao atrativo remuneratório do setor privado, acabou por orientar os médico dentistas unicamente para o exercício privado.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de agosto²) estabeleceu como princípios gerais o direito dos indivíduos à proteção da saúde e o acesso aos cuidados de saúde dentro dos limites dos recursos disponíveis. Aquele documento previa ainda que a promoção da saúde e a prevenção da doença passavam a ser prioritárias no planeamento das atividades do Estado, que o acesso devia ser equitativo e que os grupos sujeitos a maiores riscos — como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique — beneficiariam de medidas especiais. A educação das populações para a saúde devia, por outro

¹ Diário da República, 1.ª série – n.º 214 – 15 de setembro de 1979.

² Diário da República, 1.ª série – n.º 195 – 24 de agosto de 1990.

lado, ser incentivada, a fim de estimular nos indivíduos a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual.

O SNS é tutelado pelo Ministério da Saúde e é administrado a nível de cada Região de Saúde pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). A Direção-Geral da Saúde (DGS) é um serviço central do Ministério da Saúde e tem por missão orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planejar e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde e, ainda, assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS).

O PNS traça, para um horizonte temporal próximo (cinco a 10 anos), os objetivos mais relevantes para a melhoria da saúde da população e as orientações estratégicas das medidas a implementar para alcançar esses objetivos. Analisando os planos nacionais de saúde dos últimos 20 anos, encontram-se apenas referências fugazes à saúde oral, remetendo os aspetos específicos para os programas de promoção setoriais. Excetua-se o PNS 2004-2010, no qual são apresentadas propostas específicas para a saúde oral. Uma vez que os PNS remetem para os programas nacionais de promoção da saúde oral a matéria especificamente com ela relacionada, importa, pois, analisar os mesmos.

Com a criação da Divisão de Saúde Oral (DSO) da DGS, em 1983, cuja responsabilidade foi delegada a Judite Bandeira Costa, surge o primeiro programa de saúde pública oral de que há conhecimento, o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar (PSOSE). Este programa iniciou-se no ano letivo de 1985/1986 e era destinado às crianças escolarizadas, entre os quatro e os 10-12 anos, de todos os distritos do continente. O programa previa a aplicação de comprimidos de flúor (ensinos infantil e pré-primário), de bochechos quinzenais com fluoreto de sódio a 0,2% (1.ª fase do ensino primário) e de atividades de educação para a saúde (ensinos infantil e pré-primário, 1.ª fase do ensino primário e 2.ª fase do ensino primário). O documento previa, ainda, o encaminhamento dos alunos “com necessidade de tratamento estomatológico” para as consultas de especialidade, “de acordo com os recursos existentes”.

Aquelas atividades eram executadas localmente pelas equipas de saúde escolar dos centros de saúde, em articulação com os professores e educadores. A formação das equipas de saúde escolar estava a cargo da DGS.

Em 1988, foi criado o Programa de Educação em Saúde Oral, que previa atividades realizadas pelos clínicos gerais e pediatras, e, em 1989, foram emitidas recomendações dirigidas a grávidas e mães recentes (Programa de Saúde Oral em Saúde Materna e Infantil). Estas recomendações abordavam a higiene oral, o consumo de açúcar e o uso de flúor (em gotas, desde as primeiras semanas de vida e até cerca dos dois anos, e em comprimidos até aos 14 anos).

O PPOSE tinha uma base anual e foi sendo renovado ao longo dos anos 90, mantendo sempre a mesma população-alvo. De realçar a introdução da escovagem escolar a partir do início da década de 90.

Em 1988, a DSO realizou no Cartaxo uma experiência-piloto de aplicação de selantes de fissuras. Esta experiência teve bons resultados e, posteriormente, a partir de 1990 e até 1998, surgiram alguns programas de carácter local, com o objetivo de promoção e administração de cuidados de saúde oral, sob a designação de Programa Integrado de Cuidados de Saúde Oral (PICSO)³, em Aveiro, Cartaxo, Castelo Branco e Viana do Castelo. A operacionalização destes programas era diferente de local para local, mas na sua base incluía a administração de comprimidos de flúor (0,25mg ou 1mg, consoante a idade) ou bochechos com soluções orais fluoretadas, bem como sessões de educação para a saúde oral. Em alguns locais, os cuidados de saúde oral eram realizados de acordo com a capacidade de oferta dos serviços públicos instalados na região; noutros, foram contratados profissionais de saúde oral para dar resposta ao programa; noutros ainda, as necessidades sinalizadas eram encaminhadas para gabinetes de Medicina Dentária privados, em alguns casos para intervenções *pro bono*. Noutras situações, haveria contratualização para acompanhamento de algumas crianças e jovens, sem nunca terem ficado muito claros os respetivos processos de contratualização ou de pagamento.

A aplicação do PICSO no distrito de Castelo Branco destacou-se pela utilização de uma unidade móvel de saúde oral e pela primeira contratação, pela Administração Regional de Saúde (ARS) de Castelo Branco, de um médico dentista (Manuel Nunes) e de duas higienistas orais (Graça Moura e Isabel Beaumont) como funcionários públicos.

Em 1994, iniciou-se o Programa de Proteção Específica de Molares Permanentes e Pré-molares, o qual previa a aplicação de selantes de fissuras em crianças com seis-sete anos e em jovens com 12-13 anos. A aplicação dos selantes era realizada maioritariamente pelos higienistas orais, os quais, entretanto, começaram a ser contratados pelas ARS.

O Programa de Assistência Médico-Dentária na Infância e na Adolescência (PAMDIA) surgiu em 1996/97 e visou, pela primeira vez, a organização das atividades que já vinham a ser desenvolvidas pelos higienistas orais, com o objetivo de cobrir todo o território do continente, o que nunca aconteceu, existindo ainda hoje algumas assimetrias no número de higienistas orais presentes nas diferentes ARS. Aconteceram, também, nesta altura, os primeiros concursos públicos para a contratação de médicos dentistas, com carácter temporário e sem qualquer tipo de integração nos quadros da função pública.

³ Nunes A & Nunes M (2016). A saúde em Portugal: um olhar sobre o distrito de Castelo Branco. RVJ Ed. Castelo Branco.

Este programa tinha como objetivo geral “proporcionar a todas as crianças e jovens portugueses, com idade inferior a 17 anos, a oportunidade de beneficiarem de um sistema coerente e moderno de prevenção primária e secundária da cárie dentária”. Assumia-se como um suplemento das estratégias de prevenção existentes e pretendia que os médicos dentistas e estomatologistas do setor privado colaborassem com o setor público. Esta colaboração, que consistiu num processo de contratualização, consubstanciou a primeira ligação formal em larga escala dos médicos dentistas ao SNS, sendo também a primeira vez que o Estado assumiu a responsabilidade de providenciar, de forma sistemática, tratamentos dentários à população, mesmo que a uma faixa etária muito restrita e com um espectro de tratamentos mínimo. Não deixa de ser digno de nota que esta iniciativa tenha decorrido no âmbito de um programa de promoção da saúde oral, em vez de ter sido assumida a integração dos cuidados de saúde oral pelos médicos dentistas na rede de cuidados de saúde primários ou secundários.

O PAMDIA previa a aplicação de selantes de fissuras nos primeiros e segundos molares permanentes (aos sete e aos 13 anos) e nos pré-molares (aos 13 anos); e a realização de uma consulta de vigilância que incluía, se necessário, o tratamento das lesões de cárie existentes em dentes permanentes (aos 10 anos e, novamente, aos 16).

Durante a década de 90, e face à diminuição do número de médicos estomatologistas nos centros de saúde ou à sua passagem para os serviços hospitalares, e com o crescente aumento de higienistas orais, o Estado avançou para a contratação destes últimos, integrando-os nos gabinetes de saúde oral que iam ficando vazios e em vários centros de saúde, tendo sido adquiridos, para o efeito, equipamentos dentários portáteis. Estes higienistas orais acabaram por assumir as funções de instrução em técnicas de escovagem e promoção da saúde oral, passando também a aplicar selantes de fissuras em dentes permanentes recém-erupcionados ou a administrar fluoretos em gel ou em comprimidos. Na ausência de uma estratégia nacional de contratação de higienistas orais, persistiram algumas assimetrias no número de profissionais ao serviço das diferentes ARS, que se mantêm até hoje. Pontualmente, em algumas ARS surgiram os primeiros concursos públicos para a contratação de médicos dentistas. No entanto, estas oportunidades foram escassas, com caráter temporário e, de novo, sem qualquer tipo de integração nos quadros da função pública.

Em 1999, a DGS realizou o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie na População Escolarizada⁴. Este foi o primeiro estudo epidemiológico nacional de base populacional, incluindo uma amostra representativa de todas as Regiões de Saúde do continente e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Antes deste estudo foram realizados três

⁴ Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Lisboa, 2000.

estudos nacionais exploratórios (1984, 1990 e 1999), fruto da colaboração entre a Organização Mundial da Saúde, a DGS e a Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, os quais, no entanto, utilizaram amostras de conveniência.

O estudo de 1999 teve como objetivo principal avaliar a prevalência da cárie dentária na população escolarizada de seis, 12 e 15 anos de idade. Os conhecimentos adquiridos com este estudo permitiram posicionar a saúde oral dos jovens portugueses face às metas definidas pela Organização Mundial da Saúde e redefinir as estratégias de intervenção. Colaboraram nestes estudos vários higienistas orais e um professor da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa, mas não houve a participação de médicos dentistas.

No virar do século (1999), surgiu também o Programa de Promoção da Saúde Oral de Crianças e Adolescentes (PPSOCA)⁵, que resultou da revisão do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. O PPSOCA era constituído por três subprogramas, o Programa Básico de Saúde Oral, o Programa Específico de Aplicação de Selantes e o Programa de Intervenção Médico-Dentária. A população-alvo foi alargada, passando a incluir todas as crianças que frequentavam estabelecimentos de educação pré-escolar e do 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, públicos e/ou dependentes da Segurança Social e de Instituições Privadas de Solidariedade Social.

O Programa Básico de Saúde Oral manteve, na generalidade, as atividades de prevenção e de promoção da saúde oral previamente em vigor, mas foi alargado a todas as pré-escolas e escolas do ensino básico. A responsabilidade da sua aplicação recaía nas equipas de saúde escolar (integrando higienistas orais, se existentes), em colaboração com os restantes profissionais dos centros de saúde e com os profissionais de educação.

O Programa Específico de Aplicação de Selantes era executado pelos higienistas orais e pelos profissionais de saúde oral contratados para o efeito. Os selantes eram aplicados em todos os primeiros molares permanentes de crianças até aos sete anos de idade e em todos os pré-molares e segundos molares permanentes de crianças até aos 13 anos de idade.

O Programa de Intervenção Médico-Dentária deu continuidade ao PAMDIA e tinha como objetivos a aplicação de selantes, nas áreas onde não existiam higienistas orais com vínculo ao SNS, e o tratamento sistemático das lesões de cárie, prevendo para este último efeito uma consulta aos 10 anos e outra aos 16 anos, para vigilância e tratamento das lesões de cárie presentes em dentes permanentes. Este programa pretendia contraturalizar de forma mais transparente um número limitado de tratamentos dentários ou de

⁵ Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º 6/DSE. 20/05/99.

procedimentos preventivos, até um número pré-determinado de crianças (n=60) sinalizadas pelas equipas de saúde escolar e posteriormente encaminhadas para os médicos dentistas privados instalados nas proximidades das escolas primárias.

Este foi o primeiro programa a adotar os princípios de planeamento e de administração de programas de saúde pública oral, contemplando verbas exclusivamente destinadas à auditoria e avaliação do programa. Os respetivos resultados eram analisados por uma Comissão de Acompanhamento, um organismo paritário constituído, entre outros, por um médico dentista designado pela Ordem dos Médicos Dentistas.

Em 2001, o PPSOCA foi alargado através do Projeto de Saúde Oral na Deficiência, com o objetivo de diminuir a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes portadoras de deficiência física ou mental, e de intervir nas instituições que as apoiam através das respetivas escolas.

No ano de 2005 realizou-se o segundo Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (II ENPDO)⁶, coordenado pela DGS. Este estudo contou, pela primeira vez, com a colaboração de vários médicos dentistas, como observadores e responsáveis pela calibração dos resultados.

Os objetivos deste estudo foram:

1. Avaliar a prevalência da cárie dentária na população escolar de seis, 12 e 15 anos de idade;
2. Avaliar a prevalência das doenças periodontais na população escolar de 12 e 15 anos de idade;
3. Avaliar a prevalência da fluorose dentária na população escolar de seis, 12 e 15 anos de idade;
4. Avaliar os conhecimentos e comportamentos sobre os determinantes de saúde oral na população escolar de seis, 12 e 15 anos de idade;
5. Comparar a prevalência das doenças orais entre as diferentes Regiões de Saúde;
6. Comparar comportamentos e conhecimentos de saúde oral entre as diferentes Regiões de Saúde;
7. Estimar os ganhos em saúde obtidos através da estratégia estabelecida com os programas de saúde oral anteriores;
8. Enquadrar os indicadores de saúde oral das crianças e adolescentes portugueses face às metas estabelecidas pela OMS.

⁶ Direção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa, 2008.

A publicação da Diretiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu sobre suplementos alimentares, transposta para a legislação nacional pelo Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de junho, pôs em causa a utilização dos suplementos sistémicos de flúor preconizados no PPSOCA. Foi então criada, por iniciativa da DGS, uma *task force* dedicada a avaliar a utilização dos fluoretos na prevenção da cárie. Participaram nesta *task force* vários médicos dentistas em representação da OMD, das faculdades de Medicina Dentária e da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

A questão dos fluoretos, combinada com os novos dados obtidos no II ENPDO, forçaram a revisão do PPSOCA, resultando na criação, em 2005, do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO)⁷, designação que se mantém até ao presente.

O PNPSO era coordenado e avaliado pelo Diretor-Geral e pelo Alto Comissário da Saúde, e era acompanhado por uma Comissão Técnico-Científica, constituída pelo responsável do Programa na DGS, por representantes das Administrações Regionais de Saúde, da Ordem dos Médicos - Colégio de Estomatologia e da Ordem dos Médicos Dentistas, pelo *Chief Dental Officer* e por três peritos das faculdades e/ou institutos de Medicina Dentária.

As orientações estratégicas do PNPSO consistiam na promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, na prevenção das doenças orais e no diagnóstico precoce e tratamento dentário. A sua população-alvo eram as mulheres grávidas e as crianças até aos 16 anos de idade.

O PNPSO tinha os seguintes objetivos:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados nacional sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com necessidades de saúde especiais, assim como à dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições.

⁷ Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º 01/DSE. 18/01/05.

Para atingir os seus objetivos, o PNPSO preconizava várias orientações e atividades de educação e promoção da saúde oral, e também a realização de tratamentos dentários. Destacavam-se a recomendação do uso de pasta fluoretada a partir da erupção do primeiro dente da criança, a realização de uma escovagem dos dentes no jardim de infância ou escola (1.º Ciclo), o bochecho quinzenal com solução de fluoreto de sódio a 0,2% e, em crianças de alto risco de cárie dentária, a aplicação de selantes de fissuras, suplementos sistémicos de flúor e aplicação de verniz de flúor ou de clorhexidina.

O diagnóstico precoce e tratamento dentário das crianças abrangidas pelo PNPSO podia ser feito no centro de saúde (no caso, raro, de contarem com médicos dentistas ou estomatologistas), nos serviços hospitalares de estomatologia ou nos consultórios privados, por médicos dentistas ou estomatologistas contratualizados para o efeito.

Nos anos que se seguiram à sua criação, o PNPSO foi sendo sucessivamente alargado e revisto.

Em 2008, com a criação do Projeto Saúde Oral na Gravidez e do Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (alargamento a pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário), o processo de contratualização assumiu a forma de cheque-dentista⁸. Tendo em consideração a cronologia da erupção dentária, em 2009, o cheque-dentista foi atribuído às crianças de sete, 10 e 13 anos. No ano seguinte, a intervenção foi alargada a crianças e jovens de oito, 11 e 14 anos. Em 2010, a emissão de cheques-dentista passou a abranger pessoas infetadas por VIH/SIDA que estivessem a ser acompanhadas no SNS.

Ainda em 2010, a DGS criou, no âmbito do PNPSO, o Projeto SOBE – Saúde Oral Bibliotecas Escolares. Este projeto de natureza educativa foi implementado em parceria com o Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares. Consistia na disponibilização de kits SOBE às bibliotecas escolares. Estes kits foram desenvolvidos para permitir aos educadores e professores incluírem a temática da saúde oral nos programas e atividades letivas.

Seis anos após a introdução do PNPSO, em 2011, a DGS lançou o “Plano B” em resposta às dificuldades na implementação de algumas das atividades previstas pelo programa. Esta orientação propôs alternativas e sugestões práticas para o planeamento, execução e acompanhamento das ações a desenvolver.

Ainda em 2011, foram aprovados os procedimentos e as formalidades a observar, tendo em vista a seleção de médicos dentistas e estomatologistas auditores da contratualiza-

⁸ Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º 7/DSPPS/DCVAE. 15/04/08.

ção no âmbito do PNPSO (cheques-dentista) e, em 2012, foram selecionados 29 médicos dentistas e três estomatologistas como auditores.

Entre 2012 e 2014 decorreu o trabalho de campo para a recolha de dados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO), da DGS. Este foi, e continua a ser, o maior estudo deste género alguma vez realizado em Portugal. No planeamento do estudo foram envolvidas as faculdades de Medicina Dentária, a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Médicos Dentistas, o Ministério da Defesa Nacional, a Direção-Geral da Educação, as Administrações Regionais de Saúde e as Secretarias Regionais de Saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A Ordem dos Médicos Dentistas assumiu a responsabilidade pelas observações orais, tendo para isso contado com o apoio das faculdades e institutos de Medicina Dentária nacionais, as quais disponibilizaram equipas formadas pelos seus docentes. Pela primeira vez, foram utilizados os critérios ICDAS (*International Caries Detection and Assessment System*) para a recolha de dados relativos à cárie dentária.

Os objetivos do III ENPDO foram os seguintes:

1. Avaliar a prevalência e a gravidade da cárie dentária aos seis, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos, a nível regional e nacional;
2. Avaliar a prevalência e a gravidade das doenças periodontais aos 12, 18, 35-44 e 65-74 anos, a nível nacional e regional;
3. Avaliar a prevalência da fluorose aos 12 anos de idade, a nível regional e nacional;
4. Avaliar a prevalência de lesões da mucosa da cavidade oral, com base em exame macroscópico, aos 35-44 e 65-74 anos, a nível nacional e regional;
5. Comparar a prevalência das doenças orais entre as cinco Regiões de Saúde e as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores;
6. Comparar os indicadores da cárie dentária com as metas definidas pela Direção-Geral da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde;
7. Avaliar conhecimentos, comportamentos e perceção individual relativamente às implicações que a saúde oral tem na qualidade de vida, relacionando-os com os diferentes níveis de patologia observados;
8. Avaliar a acessibilidade aos serviços prestadores de cuidados de saúde oral;
9. Reformular estratégias de intervenção em função dos resultados obtidos;
10. Comparar os dados obtidos com os dos estudos anteriores.

Em 2013, a atribuição de cheques-dentista passou também a ser feita aos jovens de 15 anos e, no ano seguinte, o PNPSO acolheu uma melhoria importante, com a criação do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO)⁹. Este projeto tinha como objetivos principais aumentar a sobrevivência por cancro oral aos cinco anos e utilizar toda a capacidade instalada em serviços públicos e/ou privados para o diagnóstico diferencial de lesões potencialmente malignas ou malignas da cavidade oral, tendo em vista uma intervenção terapêutica precoce.

Em 2015 foram publicados os resultados do III ENPDO¹⁰ e ocorreram novos alargamentos do processo de contratualização do PNPSO (cheques-dentista), com a inclusão, nomeadamente, dos jovens de 18 anos que tinham beneficiado anteriormente do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos; dos utentes infetados pelo vírus do VIH/Sida que já tivessem sido abrangidos anteriormente e que não faziam tratamentos há mais de 24 meses; e das crianças de sete, 10 e 13 anos com necessidades de especiais de saúde, por serem portadores de doença mental, paralisia cerebral e trissomia 21, entre outras, e que não tivessem ainda sido abrangidas pelo PNPSO. Neste último grupo foi previsto o encaminhamento para os serviços de estomatologia, no caso de ser necessário o recurso a sedação.

Em 2016 foi dado o primeiro passo para a inclusão de consultas de Medicina Dentária nos cuidados de saúde primários (Despacho n.º 8591-B/2016)¹¹. Para alcançar este desiderato, que constituiu um marco histórico para a Medicina Dentária portuguesa, a DGS ficou responsável por promover a implementação de consultas de forma faseada, no âmbito de experiências-piloto. A primeira experiência-piloto iniciou-se ainda em 2016 – Projeto Saúde Oral – Experiência-Piloto¹².

A experiência-piloto decorreu, entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017, em sete centros de saúde, e foram contratados para o efeito 13 médicos dentistas. A população-alvo era constituída por todos os utentes inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) onde decorressem as experiências-piloto que fossem portadores de diabetes, neoplasia, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal, ou transplante.

⁹ Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 2/2014. 25/02/2014.

¹⁰ Direção-Geral da Saúde. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa, 2015.

¹¹ Diário da República, 2.ª série – n.º 125 – de 1 de julho de 2016.

¹² Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 8/2016. 13/10/2016.

Em 2017, após a avaliação da experiência-piloto, deu-se um alargamento do programa a todos os utentes inscritos nos ACES do continente, não havendo já quaisquer restrições relacionadas com a presença prévia de patologia, passando o projeto a designar-se Saúde Oral Para Todos.

No ano de 2021, o PNPSO passou a abranger todas as crianças até aos 18 anos, independentemente da escola ou instituição que frequentavam.

Ainda em 2021 foi revisto o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO 21-25)¹³. Esta revisão encontrou-se em audição pública, mas, ao contrário do PNPSO de 2005, não foi constituída uma comissão técnico-científica, nem consultados peritos da área. A prevenção e o tratamento das doenças orais constituem os dois eixos estratégicos do PNPSO 21-25. Relativamente à prevenção, “(...) destacam-se as ações de formação e informação para as grávidas e futuros pais, educadores e professores, crianças e jovens, técnicos, utentes institucionalizados, entre outros”. “Quanto às crianças e jovens, o incentivo à escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, em casa e em ambiente escolar, continua a constituir uma prioridade, complementada com a aplicação de vernizes de flúor no pré-escolar, com o bochecho com solução fluoretada no 1.º ciclo e com a aplicação de selantes de fissuras aos quatro, sete, 10 e 13 anos”. No que diz respeito aos tratamentos, “têm acesso a consultas de saúde oral as crianças e jovens até aos 18 anos, as mulheres grávidas, os beneficiários do complemento solidário, os portadores de HIV/SIDA e os utentes com lesões suspeitas de cancro oral. Nas unidades de saúde do SNS que dispõem de estomatologista ou médico dentista, os utentes podem ter acesso a esse recurso”.

4.1 | SAÚDE ORAL NA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Nos últimos anos da década de 80, os centros de saúde da Região Autónoma dos Açores (RAA) começaram a contratar médicos dentistas para prestar cuidados de saúde oral às populações. Nos primeiros anos da década de 90, alguns médicos dentistas, inicialmente avençados com recibo verde, foram integrados na função pública, no Serviço Regional de Saúde (SRS) dos Açores, como técnicos superiores do regime geral.

¹³ Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa, 2021.

No início do século XXI, a Secretaria Regional da Saúde e a Direção Regional da Saúde elaboraram, implementaram e avaliaram o primeiro Programa Regional de Saúde Oral da Região Autónoma dos Açores, a que correspondeu a abertura de concursos públicos para impulsionar a fixação de médicos dentistas nos centros de saúde da região. Como consequência, os índices de saúde oral da população registaram um progresso significativo, abrindo caminho à contratação de mais médicos dentistas para o SRS.

Em 2017 foi criado o Programa de Intervenção do Cancro da Cavidade Oral dos Açores (PICCOA), com o objetivo de detetar precocemente lesões pré-malignas ou malignas e proceder ao seu encaminhamento prioritário para avaliação e posterior tratamento e acompanhamento hospitalar. O programa garantiu já mais de 32.000 consultas de rastreio, realizadas aos 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70 e 75 anos de idade, bem como a utentes referenciados pelos médicos de família. As consultas são efetuadas pelos médicos dentistas dos centros de saúde da região e resultam na emissão de um Boletim Individual de Saúde Oral (BISO 40+).

Refira-se que, só em 2018, é que todas as Unidades de Saúde de Ilha e os respetivos centros de saúde passaram a ter gabinetes de saúde oral plenamente equipados, com profissionais a prestar cuidados curativos e preventivos, seguros e de qualidade.

Atualmente, são efetuadas mais de 40 mil consultas de Medicina Dentária por ano. Todas as ilhas contam com projetos comunitários de saúde oral, prioritariamente nas escolas, mas também em outras instituições da comunidade. O SRS dos Açores integra 30 médicos dentistas, que são contratados como técnicos superiores do regime geral. Existe, assim, uma natural e elevada expectativa quanto à criação da carreira especial de médico dentista na região.

As atividades de diagnóstico e prevenção constituem, reconhecidamente, uma grande mais-valia para a promoção da saúde oral e para a qualidade da saúde de todos os açorianos e das pessoas que optaram por viver na RAA. Os vários estudos de prevalência de doenças orais, elaborados pela DGS e pela Direção Regional de Saúde, têm vindo a revelar inegáveis melhorias da saúde oral na região, muito graças à aposta no recrutamento e fixação de médicos dentistas nos centros de saúde e à implementação do Programa Regional de Saúde Oral. As estratégias e prioridades definidas permitiram ganhos em saúde muito consideráveis, traduzidos numa melhoria real, significativa e progressiva da saúde oral na região.

4.2 | SERVIÇO DE MEDICINA, SAÚDE ORAL, ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE DA MADEIRA

O Serviço de Saúde Oral (SSO) surgiu na Região Autónoma da Madeira em 1994, por proposta da Direção Regional da Saúde e da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Tendo como base o Centro de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), o SSO iniciou a sua atividade com consultas para crianças entre os três e os 13 anos.

Concomitantemente, foi iniciado um programa escolar levado a cabo por grupos de monitores de saúde oral, os quais, entre as décadas de 1990 e 2010, percorriam as escolas de 1.º ciclo, desenvolvendo ações pedagógicas em prol da prevenção e da consciencialização para hábitos de saúde oral.

Em dezembro de 2004 foi aberto um novo polo do SSO, no Centro de Saúde do Porto Moniz. Em 2010, o SSO começou a ser progressivamente alargado a utentes adultos com mais de 65 anos, embora, face às restrições orçamentais impostas pela crise económica, se tenha verificado um desinvestimento na área da promoção da saúde oral nas escolas.

O programa que, entretanto, passou a contar com um polo em Porto Santo, registou uma nova expansão a partir de 2017, com a criação de gabinetes nos centros de saúde de Machico, de São Vicente, de Câmara de Lobos e da Calheta, passando a abranger os concelhos da Calheta e da Ponta do Sol.

A partir de setembro de 2021, a abrangência etária do SSO foi alargada, passando a cobrir as crianças e jovens dos zero aos 18 anos.

No que concerne aos cuidados hospitalares, desde 1973, ano da inauguração do Hospital da Cruz de Carvalho, atual Hospital Dr. Nélio Mendonça, que a estomatologia consta das especialidades disponíveis. Em 2009, surgiu a proposta de criação de um Serviço de Urgência de Traumatologia da Face, Cabeça e Pescoço e, em 2011, os médicos dentistas passaram a fazer parte das equipas de cuidados hospitalares, em conjunto com a estomatologia e sob a tutela da especialidade de cirurgia plástica.

Em 2021, foi aprovado o Decreto Legislativo Regional n.º 11/2021/M, de 18 de maio, que “estabelece a carreira de médico dentista” no Sistema Regional de Saúde, reconhecendo a diferenciação destes profissionais. A criação da carreira permitiu a fusão, e uma certa paridade, entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, possibilitando uma melhor comunicação entre os profissionais, para benefício dos utentes, e criando a direção de Serviço de Medicina Dentária.

Presentemente, o Sistema Regional de Saúde da Madeira tem ativos quatro programas de saúde oral:

- +65: Saúde Oral ao Longo da Vida;
- Alimentar Sorrisos, em conjunto com a Unidade de Nutrição e Dietética, para grávidas e bebés;
- Madeira a Sorrir, destinado a crianças dos zero aos 18 anos;
- Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral na Região Autónoma da Madeira (PIPCORAM), para o rastreio de lesões orais.

Ainda em fase embrionária, o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESA-RAM/EPERAM) conta, também, com o programa de atendimento de utentes com necessidades especiais, que vai possibilitar a realização de consultas sem recurso a anestesia geral e/ou sedação; o programa para colocação de aparelhos ortodônticos em crianças e jovens; e um programa dirigido aos utentes hospitalizados (internamentos de curta, média e longa duração), ou institucionalizados (em cuidados continuados, redes de cuidados de curta ou longa duração), sem distinção etária.

O serviço regional está representado no Plano Regional Contra a Violência Doméstica, no Plano Regional para a Infância e Juventude e no Concelho Clínico do ACES.

A large, stylized number '5' is positioned in the upper right quadrant of the page. It is rendered in a light yellow color, matching the background, and has a thick, rounded font style. The number is partially obscured by the background's geometric shapes.

5 | FORMAÇÃO CONTÍNUA

O artigo 9º da Lei n.º 124/2015, de 2 de setembro, correspondendo à terceira alteração do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), consagra, na sua alínea i), como fins e atribuições da Ordem, a promoção de “formação profissional contínua (FC), competências setoriais e acreditação de eventos de formação neste âmbito”. O ponto 4, no mesmo artigo, refere que “o médico dentista tem de realizar um mínimo de 24 horas de formação, de dois em dois anos, correspondentes a formação acreditada ou reconhecida pela OMD”.

A Associação para a Educação Dentária na Europa (ADEE) considera fundamental que os médicos dentistas recém-formados estejam familiarizados com o processo de formação contínua. A graduação é considerada um “trampolim” capaz de estimular a aprendizagem contínua ao longo da vida, sustentando o desenvolvimento profissional e académico mediante a frequência de FC de qualidade. Os recém-graduados devem ter o hábito de avaliar e solidificar continuamente os seus conhecimentos e competências, a fim de se manterem atualizados em relação aos últimos desenvolvimentos e práticas baseadas em evidência. É igualmente importante que os médicos dentistas estejam motivados para desenvolver novas competências individuais que facilitem o contexto de trabalho, também, ao nível da equipa clínica dentária. (Field,2017)

Na resolução de novembro de 2021, *Continuing Professional Development of Dentists in the European Union Update*, o Conselho Europeu de Médicos Dentistas (CED), além de definir e contextualizar a formação contínua na legislação europeia, de evidenciar os objetivos e o papel das ordens profissionais, bem como a tipologia de conteúdos, métodos e garantia de qualidade, apresenta as seguintes recomendações, em jeito de conclusão:

- A fim de manter e desenvolver os conhecimentos, aptidões e competências, cada profissional tem a responsabilidade de realizar a FC adequada;
- As ordens profissionais devem promover e organizar ativamente as estruturas e atividades de FC, presencialmente ou *online*;
- As atividades de FC devem cumprir os requisitos mínimos estabelecidos na resolução;
- Cada profissional deve ter a oportunidade de realizar FC, apoiado pela entidade adequada;
- Através da FC, cada profissional deve desenvolver e atualizar regularmente as suas competências, mediante o acesso a conhecimento confiável e com evidência científica.

Em 1992, e na sequência da criação, em agosto de 1991, da Associação Profissional dos Médicos Dentistas (APMD), o presidente da Direção, o médico dentista João F. C. Carvalho, deu início ao processo de formação contínua dos médicos dentistas portugueses. Na sessão de abertura do Congresso Anual da APMD, anunciou a realização de um grande evento, cujo programa contaria com oradores estrangeiros de grande renome, permitindo conciliar a vertente científica com a defesa da atividade profissional.

Com periodicidade anual, o congresso garantiu a formação contínua dos médicos dentistas portugueses até à publicação, em 1998, da lei que constituiu a OMD.

Em 1999 teve lugar o primeiro Congresso Anual da OMD, que veio a congregar 1.830 profissionais.

A partir de então, e para além das edições anuais do congresso, a OMD tem vindo a organizar e proporcionar um número crescente de ações de formação contínua, das quais aqui se destacam as iniciativas mais marcantes:

2000

- Jornadas Desportivas;
- Jornadas da Primavera;
- Cerimónia de Compromisso de Honra.

2001

- Implementação do Programa Regular de Formação Contínua da OMD para todos os médicos dentistas;
- Criação do logotipo identificativo de toda a informação referente à formação contínua;
- Elaboração e aprovação do Regulamento para a Acreditação das Atividades de Formação Contínua;
- Conção do logotipo de Evento Acreditado pela OMD e do seu Manual de Normas;
- Jornadas de Inverno;
- Assinatura do Protocolo de Colaboração com a Universidade do Porto, no âmbito da formação, tendo sido delineado um curso de gestão.

2002

- Criação de logotipo identificativo das Jornadas da Primavera e das Jornadas de Inverno.

2004

- Constituição de equipa de colaboradores do Gabinete de Formação Contínua, na sequência da alteração estatutária aprovada na Assembleia da República;
- Elaboração de um folheto com as *guidelines* da profilaxia da endocardite bacteriana em Medicina Dentária;
- Realização de um inquérito para avaliar o interesse dos médicos dentistas na realização de diversos cursos e aferir os temas a tratar, não diretamente relacionados com a Medicina Dentária;
- Controlo da afluência de médicos dentistas aos cursos de formação contínua através de leitura de códigos de barras;
- Levantamento, a nível nacional, de espaços para ações de formação contínua (nº lugares, condições de secretariado, estacionamento, acessos).

2005

- Criação do Regulamento de Acreditação das Atividades de Formação Contínua;
- Criação do grupo de trabalho Formação Contínua Creditada;
- Implementação do sistema de creditação da formação contínua, a título experimental.

2006

- Cursos de fim de dia - Dúvidas na prática clínica;
- Realização do I Congresso Regional, no Madeira Tecnopolo;
- Jornadas Atlânticas de Saúde Oral – Cabo Verde;
- Calendário anual das ações de formação contínua e de folhetos específicos para cada evento;
- Divulgação das ações de formação contínua, via CTT, correio eletrónico e através da página eletrónica da OMD.

2007

- Realização de curso de formação contínua, no Europarque, em Santa Maria da Feira, com transmissão em simultâneo para Lisboa;
- Utilização, pela primeira vez, do sistema de videoconferência num curso de formação contínua.

2008

- Criação de uma nova área para o CFC na página eletrónica da OMD, com mais informação e interatividade, como o preenchimento de fichas de inscrição ou de inquéritos das ações de formação;
- Descentralização dos cursos em horário pós-laboral.

2009

- Revalidação como Entidade Formadora Acreditada nas áreas da Educação e Formação das Ciências Dentárias, por um período de três anos;
- Aumento da oferta dos cursos de fim de dia, incluindo também as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira;
- Aprovação de alteração ao Regulamento de Acreditação das Atividades de Formação Contínua.

2010

- Elaboração do Manual do Formando;
- Distribuição dos resumos das apresentações dos cursos e das referências bibliográficas aos participantes das ações de formação contínua.

2011

- Introdução de um novo modelo de cursos de fim de dia, organizado por módulos e complementado com um curso de *hands-on* de dia completo;
- Realização de Cursos de Formação para Assistentes Dentárias.

2012

- Realização do Seminário Cancro Oral e Saúde Oral em Portugal, em conjunto com a *FDI World Dental Federation*.

2013

- Publicação, em Diário da República, do Regulamento de Acreditação das Atividades de Formação Contínua da OMD – Regulamento nº 204/2013;
- Realização da conferência do Dia Mundial da Saúde Oral: Dentes Saudáveis, Vida Saudável, em conjunto com a *FDI World Dental Federation* e a Direção-Geral da Saúde (DGS).

2014

- 20 anos das Jornadas da Primavera;
- Descentralização nos locais de realização dos cursos de fim de dia, que passam a ser gratuitos e, pela primeira vez, gravados e disponibilizados na página eletrónica da OMD a todos os médicos dentistas - mais de 5.000 visualizações;
- Curso de seleção/calibragem em diagnóstico diferencial de cancro oral e biópsias da cavidade oral – no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce do Cancro Oral (PIPCO).

2017

- Cursos *hands-on* CAD-CAM.

2018

- Aumento da oferta formativa, com a realização de mais cursos *hands-on* e modulares;
- O CFC mantém, desde 2014, a possibilidade de, gratuitamente e sem sair de casa, visualizar 51 cursos de fim de dia, correspondentes a 75 horas de formação por via *online*, através da página eletrónica da OMD.

2019

- Inserção de toda a informação relativa à agenda de cursos e eventos do CFC para 2020 na página eletrónica da OMD e na nova aplicação móvel (APP) da OMD;
- Curso em parceria com a *FDI World Dental Federation - FDI/OMD Continuing Education*;
- Curso sobre gestão financeira para médicos dentistas.

2020

- Sessão de esclarecimento: Profissões liberais e as novas medidas no âmbito da COVID-19, a 6 abril, com um número recorde de participantes: 3962;
- Realização de cursos em contexto de pandemia COVID-19, transmitidos via *streaming*, a partir de março.

2021

- Continuação da realização de cursos via *streaming*, atendendo ao contexto de pandemia COVID-19;
- Realização de cinco cursos de temas socioprofissionais;
- Divulgação das ações do CFC por correio eletrónico, página eletrónica, revista, eNews e redes sociais da OMD; envio de correio eletrónico de lembrete aos participantes que se inscreveram nos cursos e dos respetivos diplomas aos participantes.

2022

- Realização de 13 cursos clínicos de fim de dia, cinco cursos sobre temas socioprofissionais e três cursos no âmbito da Medicina, todos de caráter gratuito para médicos dentistas;
- Realização de dois cursos modulares, num total de oito módulos;
- Realização de quatro cursos *hands-on*, no âmbito do curso de emergências médicas;
- Divulgação das ações do CFC em consonância com o ano anterior.

2023

- Em 2023, a formação contínua passou a ser certificada pela DGERT;
- Estão a decorrer 12 cursos clínicos de fim de dia, três cursos sobre temas socioprofissionais e cinco cursos no âmbito da Medicina, todos de carácter gratuito para médicos dentistas;
- Realização de três cursos modulares, num total de 13 módulos;
- Divulgação das ações do CFC em consonância com os anos anteriores.



6 | AS ESPECIALIDADES E AS COMPETÊNCIAS SETORIAIS

6.1 | ESPECIALIDADES

A criação de especialidades em Medicina Dentária está regulada, desde 2015, pela Lei n.º 124/2015, de 2 de setembro, correspondendo à terceira alteração do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). A institucionalização do primeiro Colégio de Especialidade da OMD remonta, todavia, a janeiro de 1999, com a deliberação do Conselho Diretivo que instituiu as especialidades de ortodontia e de cirurgia oral, embora só em 2012 os respetivos regulamentos tenham sido publicados em Diário da República.

O primeiro reconhecimento automático do título de especialista em ortodontia, ao abrigo das diretivas comunitárias 78/686/CEE e 78/687/CEE (estas diretivas foram alteradas pela Diretiva 2001/19/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de maio de 2001), remonta a novembro de 2001, enquanto a atribuição do título de especialista em ortodontia aos médicos dentistas que se candidataram ao processo especial aconteceu em fevereiro de 2002.

Só em setembro de 2011 foram criadas, por deliberação do Conselho Diretivo, novas especialidades, nomeadamente de odontopediatria e de periodontologia, cujos respetivos regulamentos foram publicados em Diário de República em março de 2012.

A Lei n.º 124/2015 reconheceu, entretanto, também a medicina dentária hospitalar, a endodontia, a prostodontia e a saúde pública oral como especialidades da Medicina Dentária. O processo para a criação das especialidades de prostodontia, endodontia, saúde pública oral e medicina hospitalar encontra-se ainda em curso. Os respetivos regulamentos foram aprovados em 2013, tendo o grupo de trabalho para criação dos Colégios de Especialidade sido criado em 2021.

Até à presente data foram atribuídos 345 títulos de especialista, 87 em ortodontia, 137 em cirurgia oral, 57 em periodontologia e 64 em odontopediatria.

Existem, em Portugal, cinco instituições com idoneidade reconhecida para o ensino pós-graduado em Medicina Dentária:

- Departamento de Ciências Dentárias do Instituto Universitário de Ciências da Saúde - CESPU: Curso Pós-Graduado em Ortodontia.
- Instituto Universitário Egas Moniz: Curso de Pós-Graduação de Especialização em Ortodontia.
- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa: Curso Pós-Graduado de Especialização em Ortodontia, Formação Pós-Graduada de Especialização em Cirurgia Oral, Formação Pós-graduada de Especialização em Odontopediatria e Formação Pós-Graduada de Especialização em Periodontologia.

- Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto: Curso de Especialização em Ortodontia e Curso de Especialização em Odontopediatria.
- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra: Curso de Pós-Graduação em Ortodontia.
- Universidade Fernando Pessoa: Curso Especialização em Odontopediatria.
- Na atualidade, e no que respeita à especialidade de ortodontia, decorreu, no ano letivo de 2021-2022, o 12.º Curso de Especialização em Ortodontia do Serviço de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- XV Curso de Pós-Graduação em Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- V Curso Pós-Graduado de Especialização em Ortodontia da Unidade de Ortodontia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.
- 3.ª edição do Curso de Pós-Graduação de Especialização em Ortodontia do Departamento de Ciências Dentárias do Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU.
- 2.º Curso de Pós-Graduação de Especialização em Ortodontia do Instituto Universitário Egas Moniz.

6.2 | COMPETÊNCIAS SETORIAIS

O artigo 9º da Lei n.º 124/2015, de 2 de setembro, correspondendo à terceira alteração do Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, consagra na alínea i), como fins e atribuições da OMD a promoção de “formação profissional contínua, competências setoriais e acreditação de eventos de formação neste âmbito”.

O processo de regulamentação das competências setoriais em Medicina Dentária teve início em 2019, tendo o respetivo regulamento sido aprovado pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas a 15 de fevereiro de 2020.

O documento esteve em consulta pública até 30 de junho para recolha de contributos dos médicos dentistas, os quais haviam já sido previamente auscultados no âmbito de um inquérito realizado em 2019 e que procurou estabelecer quais as competências setoriais que careciam de regulamentação prioritária. De acordo com este inquérito, a sedação consciente (64,67%), a harmonização facial (56,53%), a gestão de unidades de saúde (39,10%), a medicina dentária forense (37,16%), a medicina dentária do trabalho (34,76%), a medicina dentária do sono (34,25%), a medicina dentária desportiva (32,32%) e a acupuntura em medicina dentária (25,18%) foram consideradas as competências setoriais que deviam ser regulamentadas.

O projeto final do Regulamento das Competências Setoriais foi aprovado por unanimidade a 7 de junho de 2021 e novamente submetido a consulta pública, durante 30 dias, tendo o documento sido aprovado pelo Conselho Diretivo da Ordem dos Médicos Dentistas a 7 de novembro de 2021.

Em março de 2022, foi apresentada pela Comissão de Acompanhamento das Competências Setoriais em Medicina Dentária a proposta de constituição das comissões de cada competência setorial, a qual foi aprovada por unanimidade no Conselho Diretivo, sendo os seus coordenadores os seguintes médicos dentistas:

- Acupuntura em medicina dentária: Hugo Tsou Ferraz;
- Dor orofacial e disfunção temporomandibular: Júlio Fonseca;
- Gestão de unidades de saúde: Joana Morais Ribeiro;
- Harmonização orofacial: Virgínia Santos;
- Laser em medicina dentária: João Braga;
- Medicina dentária desportiva: André Teixeira de Júdice;
- Medicina dentária digital: Rui Isidro Falacho;
- Medicina dentária do sono: Susana Falardo Ramos;
- Medicina dentária forense: João Aquino;
- Ozonoterapia em medicina dentária: João Antonino Dias Gomes;
- Sedação consciente em medicina dentária: Luís Pedro Ferreira.

7 | O ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA

7.1 | O SURGIMENTO DO ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA EM PORTUGAL

O ensino da Medicina Dentária só muito tardiamente foi iniciado em Portugal, contrariando a prática comum da maioria dos países europeus e do continente americano, em alguns casos com mais de 100 anos. Foi formalmente instituído com a criação das escolas superiores de Medicina Dentária de Lisboa, em 1975, e do Porto, em 1976, a qual seria a primeira a abrir portas. Na altura, a Escola de Bergen foi responsável pelo modelo de ensino e pela formação pedagógica e científica dos professores fundadores, tendo o Governo norueguês, através do organismo governamental NORAD, financiado os custos de instalação e funcionamento das escolas entre 1976 e 1980.

Mais tarde, em 1985, a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra criou também um curso de Medicina Dentária em moldes muito semelhantes aos das escolas de Lisboa e do Porto, com um primeiro ciclo de três anos, comum ao curso de Medicina, e um segundo ciclo profissionalizante, de três anos, dedicado à Medicina Dentária.

O ensino privado da Medicina Dentária iniciou-se em 1984, com a criação de uma cooperativa de ensino, a CESPU, CRL, e do Instituto Superior de Ciências Dentárias do Porto e do Instituto Superior de Ciências Dentárias de Lisboa. Em 1990, este último passou a denominar-se Instituto Superior de Ciências da Saúde.

Mais tarde, em 1997, viria a ocorrer a autonomização dos institutos de Lisboa e do Porto, dando lugar aos atuais Instituto Universitário de Ciências da Saúde e Instituto Universitário Egas Moniz, respetivamente. Posteriormente, em 1999, e ainda no âmbito do ensino privado, surgiu o curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, no Porto, bem como o da Universidade Católica, em Viseu, em 2001.

7.2 | O PROCESSO DE BOLONHA E O SEU IMPACTO NO ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA

Em 1999, os ministros da Educação de 29 países europeus assinaram a Declaração de Bolonha, dando início ao processo de convergência e harmonização dos sistemas de ensino superior em todos os países da Europa. Um dos objetivos foi a construção de um Espaço Europeu do Ensino Superior, coeso, competitivo e atrativo para docentes

e alunos europeus e de países terceiros. Ao mesmo tempo, foram criadas condições suscetíveis de promover a mobilidade de docentes e estudantes, estimulando também a empregabilidade dos diplomados.

Por despacho do ministro do Ensino Superior, foi nomeado, em dezembro de 2004, o médico dentista Manuel Fontes de Carvalho como coordenador de um grupo de trabalho que integrou os médicos dentistas Fernando Guerra e João Aquino, com o intuito elaborar um relatório sobre a implementação do Processo de Bolonha na área da Medicina Dentária em Portugal. O relatório então produzido — Implementação do Processo de Bolonha na Área do Conhecimento-Medicina Dentária —, publicado em 2005, definiu os perfis e competências de formação do médico dentista, baseando-se para o efeito no trabalho elaborado pela Associação para a Educação Dentária na Europa (ADEE).

Nesse documento, foi proposto que o curso tivesse uma estrutura curricular de cinco anos, com 36 a 40 semanas anuais de atividade letiva, a qual incluísse os anteriores 1º e 2º ciclos de estudos, conferindo, no final, o grau de mestre em Medicina Dentária.

Na sequência deste processo de harmonização do ensino superior europeu, foi implementado o sistema de créditos ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*), baseado não na carga horária das unidades curriculares, mas sim no tempo total de trabalho dedicado às mesmas por parte dos estudantes. Simultaneamente, passou a ser emitido no final do curso um suplemento ao diploma, no qual o percurso académico do estudante fica registado. Estas mudanças visaram o reconhecimento de diplomas e graus académicos, com o objetivo de permitir a comparabilidade dos diferentes sistemas de ensino superior e, paralelamente, facilitar a mobilidade dos estudantes no espaço europeu.

O processo de adaptação da Declaração de Bolonha ao curso de Medicina Dentária em Portugal ficou concluído em 2006, tendo a maioria das instituições de ensino adotado novos planos de estudos. O curso passou, assim, de uma licenciatura de seis anos para um mestrado integrado de cinco anos.

7.3 | O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DOS CICLOS DE ESTUDOS DE MEDICINA DENTÁRIA PELA A3ES

Em 2007, foi instituída pelo Governo, através do Decreto-Lei nº 369/2007, a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), uma fundação de direito privado que tem por objeto a avaliação e acreditação das instituições de ensino superior portuguesas e dos respetivos ciclos de estudos, bem como a integração de Portugal no sistema europeu de garantia da qualidade do ensino superior.

Os sete cursos de Medicina Dentária existentes em Portugal foram submetidos a um processo de acreditação prévia, em 2011, e à sua acreditação definitiva, em 2016. Esta última envolveu uma visita às instituições de ensino que ministram o curso, por uma Comissão de Avaliação Externa nomeada pela A3ES, a qual determinou a acreditação de todos os cursos com a condição de aumentarem significativamente, no prazo de três anos, a sua produção científica. Concluído este processo, e após a elaboração do respetivo relatório de acompanhamento, os sete cursos obtiveram a acreditação incondicional, sendo que, em 2022, se deu início a um novo ciclo de acreditação.

7.4 | O ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA NO ESPAÇO EUROPEU

Na Europa, existem cerca de 200 instituições de ensino superior que asseguram o ensino da Medicina Dentária. Num estudo realizado em 2016, patrocinado pela Associação para a Educação Dentária na Europa (ADEE), foi feito um inquérito em que participaram 85 escolas de 25 países. O mesmo teve por objetivo obter uma perspetiva global do estado do ensino nesta área da ciência, no contexto europeu.

A maioria das instituições, cerca de 85%, tinham carácter público. De acordo com a Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE, “a formação básica em Medicina Dentária deve incluir um total de pelo menos cinco anos de estudo, que pode ser adicionalmente expressa com os créditos ECTS equivalentes, e consistirá em pelo menos 5.000 horas de formação teórica e prática a tempo inteiro”. Refira-se que, das instituições que responderam ao inquérito, 72% ministram um curso de cinco anos de duração, enquanto em 27% o curso tem a duração de seis anos. Verificou-se ainda que, em 83% dos casos, os estudantes iniciam o tratamento de pacientes no terceiro ano do curso. Quanto ao plano de estudos e à organização das unidades curriculares, verifica-se uma grande variabilidade, com 9% das escolas a referirem estar organizadas em disciplinas tradicionais, 43% com alguma integração entre disciplinas, 35% com a maioria das disciplinas integradas e 12% com um currículo totalmente integrado.

O estudo verificou, também, que a maioria dos estudantes que frequentam o curso são do género feminino, 56%, e que são predominantemente de nacionalidade comunitária, com exceção da Hungria e da Roménia, com 44% e 35%, respetivamente, de estudantes extracomunitários.

Como complemento à formação pré-graduada, alguns países exigem requisitos adicionais para o exercício da Medicina Dentária, nomeadamente um a dois anos de estágio profissional. É o caso da Bélgica, Croácia, Eslovénia, Finlândia, Polónia, Alemanha, Suíça e Reino Unido.

7.5 | PERSPETIVAS DE EVOLUÇÃO DO ENSINO DA MEDICINA DENTÁRIA NA EUROPA

A evolução das ciências biomédicas, em geral, e das médico-dentárias, em particular, aliada às novas tecnologias digitais aplicadas às ciências dentárias, resultou no aumento significativo do conjunto de conhecimentos que o estudante tem de adquirir ao longo do curso. Verifica-se, todavia, que os currículos tradicionais — com metodologias de ensino baseadas em aulas expositivas e nos quais a aquisição de conhecimentos é feita por memorização — não promovem no estudante os hábitos de aprendizagem exigidos pela atual sociedade do conhecimento, a qual obriga a uma cultura de aprendizagem autodirigida e que se prolongue por toda a vida ativa profissional dos médicos dentistas. A fim de alcançar este objetivo, o processo de aprendizagem deve centrar-se no aluno, incentivando-o a procurar e a adquirir autonomamente os conhecimentos e as competências necessárias ao desempenho da profissão. Consequentemente, torna-se necessário introduzir uma maior flexibilidade nos planos de estudo, integrando as ciências básicas, as ciências médicas e as ciências médico-dentárias, tanto vertical quanto horizontalmente.

Preconiza-se, assim, que o curso de Medicina Dentária contemple um currículo que integre os conteúdos e as competências fundamentais do médico dentista, conforme foram identificadas pela ADEE, em 2005, e revistas em 2007, oferecendo um conjunto de disciplinas opcionais que o estudante possa frequentar em paralelo com o plano curricular obrigatório.

Hoje, é consensualmente aceite que a Medicina Dentária baseada na evidência e na prática deve ser parte integrante do plano de estudos, e que o contacto dos estudantes com os pacientes deve ocorrer logo nos primeiros anos do curso, durante os quais os estudantes devem também participar em projetos de investigação científica. Torna-se, por isso, necessário dar relevância à integração vertical e horizontal das ciências biológicas com as ciências clínicas. O tratamento dos pacientes deve, assim, ser realizado de uma forma integrada, com especial ênfase na condição médica e em outras condições relevantes para a prática da Medicina Dentária. É nomeadamente preconizada a formação em ciências comportamentais e sociais, com o intuito de ajudar o futuro médico dentista a participar de uma forma mais efetiva nas ações de promoção da saúde oral junto da comunidade. Recomenda-se, ainda, uma abordagem integrada da educação em ética, deontologia e conduta profissional. O treino em técnicas de suporte básico de vida deve ser obrigatório, ter índole prática e ser repetido durante o curso. No final do curso, o estudante deve ainda possuir competências específicas de comunicação e apetência pelo trabalho em equipa.

7.6 | PROCURA DO CURSO DE MEDICINA DENTÁRIA POR PARTE DOS CANDIDATOS AO ENSINO SUPERIOR: PERFIL DOS ESTUDANTES

No ano letivo 2020-2021, frequentavam as sete instituições que ministram o curso de Medicina Dentária em Portugal um total de 3.840 estudantes, distribuídos de forma bastante variável pelos diversos estabelecimentos de ensino. Nas universidades públicas, a Universidade de Coimbra é aquela que acolhe o menor número de estudantes, 236, enquanto a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto se distingue por ter o maior contingente, 365 alunos. Já o curso das instituições de ensino privadas era frequentado, naquele ano letivo, por um número que variava entre os 731 alunos da Universidade Fernando Pessoa e os 964 do Instituto Universitário Egas Moniz. A Universidade Católica Portuguesa registava 315 estudantes inscritos. A grande maioria dos estudantes de Medicina Dentária era do género feminino, correspondendo a 70% do total de inscritos.

Nos últimos anos, refira-se que o número de estudantes de Medicina Dentária em Portugal tem crescido de modo bastante significativo, registando-se um incremento de quase 30% entre os anos de 2011 e 2021. Esta expansão deve-se, em grande medida, ao ingresso de estudantes estrangeiros nos cursos existentes. No ano letivo de 2021-2022, 38% dos alunos inscritos eram de outras nacionalidades, sendo o maior contingente constituído por estudantes franceses, 23%, seguido dos espanhóis, 6%, dos brasileiros, 3,4%, e dos italianos, 2,7%. Embora com menor expressão, os cursos acolhiam ainda estudantes de outras 25 nacionalidades, facto que demonstra bem a crescente capacidade dos cursos para recrutar alunos no mercado global, bem como a sua competitividade internacional e o reconhecimento da qualidade da formação ministrada nas instituições portuguesas vocacionadas para o ensino da Medicina Dentária.

7.7 | O ENSINO PÓS-GRADUADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O ensino pós-graduado em Medicina Dentária pode ser atualmente dividido em duas grandes categorias, distinguindo-se, grosso modo, pela atribuição, ou não, de um grau académico.

O primeiro grupo corresponde, no essencial, a ciclos de estudos que correspondem à atribuição de um mestrado ou de um doutoramento. Com a transição da licenciatura em Medicina Dentária para cursos com mestrado integrado, na sequência do Processo de Bolonha, verificou-se, no essencial, a extinção de vários cursos de mestrado na área

das ciências da saúde, a qual se deve fundamentalmente à redução da procura. Daqui resultou uma situação em que apenas se mantêm o Mestrado em Reabilitação Oral na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, e de Reabilitação Oral e de Ortodontia, ministrados no Instituto Universitário de Ciências da Saúde. No que diz respeito aos cursos de doutoramento em Medicina Dentária, a oferta formativa encontra-se limitada às faculdades de Medicina Dentária de Lisboa e do Porto.

Já os cursos que não conferem grau académico têm conteúdos e formatos muito díspares, abrangendo desde formações de atualização de curta duração até cursos que dão acesso ao título de especialista numa das várias áreas da Medicina Dentária.

A criação do título europeu de médico dentista especialista, previsto no artigo 36º da Diretiva Comunitária 2005/36/CE, decorre do reconhecimento da diversidade e da complexidade dos tratamentos médico-dentários. O seu reconhecimento é tutelado pela Ordem dos Médicos Dentistas, existindo, de acordo com a referida diretiva europeia, a obrigatoriedade da frequência de módulos formativos com a duração de três anos em regime de tempo integral e 180 ECTS. Presentemente, existem quatro especialidades reconhecidas em Portugal — ortodontia, cirurgia oral, periodontologia e odontopediatria —, estando a decorrer o processo de regulação das especialidades de medicina dentária hospitalar, endodontia, prostodontia e saúde pública oral.

Apesar de estatutariamente estarem consagradas oito especialidades de Medicina Dentária em Portugal, só duas estão identificadas no anexo V.3.3 da Diretiva Comunitária 2005/36/CE. São elas a ortodontia e a cirurgia oral, cujos títulos de especialista estão sujeitos a reconhecimento automático entre países da União Europeia (UE) onde a especialidade esteja devidamente implementada.

A organização da Medicina Dentária em diferentes especialidades acompanha a tendência europeia e tem como consequência a expansão do ensino pós-graduado a novas áreas de formação, como é o caso da prostodontia, da endodontia, da saúde pública oral e da medicina dentária hospitalar. Os respetivos cursos de especialização fazem já parte, em Portugal, da oferta formativa de muitas das instituições de ensino superior, públicas e privadas, que operam nesta área.



8 | PERSPETIVAS DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

8.1 | INTRODUÇÃO

Uma das mais conceituadas revistas científicas de Medicina Dentária, o *Journal of Dental Research*, ultrapassou o século de existência em 2019. Este é um marco notável que poderia assinalar o início da busca pela modernidade nesta área da saúde com recurso à já centenária investigação clínica, como se constata.

As conquistas da investigação em Medicina Dentária não diferem em nada das outras áreas de investigação médica, sendo as suas angústias e idiosincrasias igualmente partilhadas. Genericamente, a investigação médico-dentária assistiu ao desenvolvimento dos diversos desenhos experimentais, desde o pré-clínico aos estudos observacionais, ao apuramento progressivo dos estudos interventivos do tipo ensaio clínico e, finalmente, às grandes sínteses compilatórias de evidência científica de forma sistematizada e reproduzível, enquanto instrumentos essenciais no apoio à decisão médica. No presente, os seus investigadores partilham os mesmos desafios em relação às questões éticas, ao financiamento, à reprodutibilidade, à qualidade e utilidade da investigação clínica, os quais confluem nos constrangimentos temporais responsáveis por um fosso translacional ainda demasiado longo.

Finalmente, os sonhos que a explosão digital e as demais tecnologias de informação projetam em todos os que trabalham na área da saúde — no que respeita a investigação, diagnóstico, decisão ou intervenção clínica — também são partilhados pelos médicos dentistas.

A investigação científica de qualidade é o único caminho para a criação de conhecimento, enquanto elemento agregador de todos os componentes do saber. O conhecimento tem a capacidade e a função de servir a sociedade, melhorando a vida das pessoas. No entanto, para que tal aconteça deverá ocorrer um funcionamento coordenado das componentes básicas nesta área científica, nomeadamente a investigação, o ensino, os cuidados de saúde oral, a indústria e os decisores políticos. Os países que tiveram esta visão e criaram estruturas nacionais de apoio à investigação científica em Medicina Dentária, como os Estados Unidos da América, a Inglaterra ou o Canadá, na primeira metade do século XX, ou mesmo o Brasil, nos anos 70, são hoje em dia líderes na investigação e campeões na produção científica. Esta estratégia refletiu-se na transferência desse conhecimento para a sociedade e na melhoria da vida das pessoas. Em Portugal, pode dizer-se que existe muito por fazer neste campo, importando estabelecer uma estratégia de desenvolvimento que necessariamente conduzirá a um maior desenvolvimento das ciências orais no nosso país.

8.2 | A REALIDADE INTERNACIONAL DA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA EM MEDICINA DENTÁRIA

Importa começar por referir a oportunidade histórica e o estímulo que resultam da publicação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de um programa global para a saúde.

De facto, as doenças orais, embora em grande parte passíveis de prevenção, representam um grave problema de saúde em muitos países, afetando a qualidade de vida e a longevidade da população, causando dor, desconforto, desfiguração e até mesmo a morte. Estima-se que as doenças orais afetem cerca de 3,5 biliões de pessoas.

Segundo o *Global Burden of Disease* de 2019, as lesões de cárie em dentição permanente (cárie dentária) são o problema de saúde mais prevalente.

O tratamento de doenças orais é dispendioso e geralmente não faz parte da cobertura universal de saúde.

A maioria dos países subdesenvolvidos é incapaz de providenciar serviços que contribuam para a prevenção e tratamento das doenças orais, apesar de serem causadas por inúmeros fatores de risco modificáveis, como o consumo de açúcares, hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos e higiene oral deficitária, com determinantes sociais e comerciais subjacentes.

A nova Resolução para a Saúde Oral da OMS, aprovada em 2021, na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, recomenda uma mudança de paradigma. Em vez da tradicional intervenção curativa, defende-se uma abordagem preventiva que inclua a promoção da saúde oral no seio familiar, nas escolas e nos espaços de trabalho, assim como cuidados oportunos, abrangentes e inclusivos dentro dos sistemas de prestação de cuidados de saúde primários. Esta resolução afirma, ainda, que a saúde oral deve ser fortemente objetivada pela agenda para as doenças não transmissíveis e incluída nos programas de cobertura universal de saúde.

8.2.1 | INVESTIGAÇÃO EM MEDICINA DENTÁRIA: OS DESAFIOS GLOBAIS

Neste contexto, interessa, pois, refletir sobre o papel que a investigação científica e a própria Medicina Dentária podem desempenhar na estratégia de saúde global. Pensar, decidir e atuar em saúde global implica vencer fronteiras físicas e geográficas, áreas do conhecimento e culturas, para lidar com as desigualdades na saúde, mas também para preparar as equipas e sistemas para resistirem aos efeitos das ameaças à escala global. Muito terá de acontecer, portanto, para que o hiato entre investigação em Medicina Dentária e saúde global seja diminuído, e para que a saúde oral seja reconhecida como uma prioridade mundial. Mas, alguns passos importantes têm de facto sido dados nesse sentido. É reconhecido, desde logo, que este objetivo implicará o estabelecimento de uma rede de trabalho internacional.

Não obstante, encontram-se definidas as principais prioridades da investigação em saúde oral à escala global, situadas em três áreas (Ver tabela 1, página seguinte).

LACUNAS NO CONHECIMENTO	PRIORIDADES DA INVESTIGAÇÃO
<p>I. Epidemiologia e sistemas de informação em saúde para vigilância das condições orais</p>	<p>1.1 Consolidar métodos para a recolha e apresentação de dados, preferencialmente referentes ao indivíduo (nomeadamente prevalência, incidência, anos vividos com incapacidade e anos de vida ajustados por incapacidade), ao invés de dados por dente ou superfície dentária.</p> <p>1.2 Realizar investigação de base populacional com apresentação de dados epidemiológicos orais para todas as faixas etárias (não apenas crianças), especialmente em países de nível socioeconómico médio e baixo, onde a informação é escassa.</p> <p>1.3 Monitorizar a extensão das desigualdades sociais em saúde oral, sobretudo em países com nível socioeconómico médio e baixo.</p> <p>1.4 Desenvolver metodologias robustas para converter índices epidemiológicos orais orientados para a contabilização do número de pessoas com doença não tratada (estimativa de carga).</p>
<p>II. Recolha, harmonização e avaliação rigorosa de evidência para a equidade na prevenção e tratamento de condições orais</p>	<p>1.5 Avaliar a importância relativa dos fatores de risco ambientais, socioeconómicos, comerciais e comportamentais na ocorrência de doenças orais.</p> <p>1.6 Identificar políticas e intervenções de saúde que possam reduzir, simultaneamente, desigualdades em saúde geral e oral.</p> <p>1.7 Avaliar o impacto das políticas de saúde existentes (ou prestes a serem concretizadas) na saúde oral através de projetos “quase” experimentais.</p>
<p>III. Estratégias para fornecer cuidados essenciais de saúde oral de qualidade sem dificuldades financeiras</p>	<p>1.8 Revisitar os currículos odontológicos e desenvolver métodos educacionais inovadores, que promovam a incorporação de determinantes sociais e comerciais nas desigualdades em saúde oral.</p> <p>1.9 Avaliar a eficácia, o custo-benefício e a concretização bem-sucedida de diferentes cuidados de saúde, com base na promoção da saúde oral, prevenção de doenças e Medicina Dentária minimamente invasiva.</p> <p>1.10 Operacionalizar abordagens económicas de saúde alargada, de forma a priorizar escolhas de recursos humanos e tecnologias.</p> <p>1.11 Desenvolver modelos de planeamento de recursos humanos e serviços de saúde alinhados com futuras necessidades de cuidados de saúde oral.</p>

Tabela 1

Prioridades da investigação para fortalecer a ação de saúde geral para a saúde oral.

8.3 | OS DESAFIOS LOCAIS

Em termos locais, e ao nível de cada país ou de cada centro de investigação, individualmente e num contexto mais micro, apesar de ter havido nas últimas décadas uma evolução significativa na qualidade da investigação em Medicina Dentária, a verdade é que muitos problemas ainda persistem, sobretudo no que à investigação clínica dizem respeito.

8.3.1 | QUALIDADE METODOLÓGICA

À semelhança do que sucede em outras áreas, os principais problemas da qualidade da investigação primária em Medicina Dentária estão relacionados com a definição experimental desadequada, com análises de dados erradas, com o défice no registo de protocolos, com a apresentação de resultados com grande heterogeneidade nas escolhas de desfechos, com vieses de publicação decorrentes da grande pressão para a positividade dos estudos, com dificuldades de financiamento e com conflitos de interesse.

Esta problemática da qualidade metodológica da investigação primária condiciona obviamente a própria produção de investigação secundária — revisões sistemáticas ou normas de orientação clínica —, pois sem uma produção primária de qualidade não é possível realizar sínteses de evidência científica que sejam úteis na tomada de decisões clínicas. No entanto, existem adicionalmente outros problemas na área da investigação secundária, que passamos a descrever sumariamente. Temos assistido, na última década, a um número crescente e bastante exagerado de revisões sistemáticas, ao ritmo de 2.500 por mês, tendo-se atingido um total de 250.000 publicações na Pubmed. Existem presentemente áreas em que há mais supostas revisões sistemáticas do que investigação primária, com elevada sobreposição temática. Existem dezenas de revisões sobre a mesma pergunta clínica, o que coloca sérias dúvidas sobre a qualidade das mesmas. Estamos, pois, perante um problema de industrialização massiva deste tipo de produção, existindo mais de 100 empresas mundiais especializadas na produção de revisões e de meta-análises, criando um cenário de *stake holder jacking*. O resultado — para além da qualidade duvidosa, já que o *peer reviewing* deste tipo de publicações é mais exigente e, como tal, mais deficitário — é uma redundância absoluta, com muitas destas publicações a concluírem que a evidência primária é insuficiente, inútil ou de má qualidade, aferindo apenas a qualidade metodológica, mas ficando aquém na sua função de apoio à decisão clínica.

8.3.2 | AS CAUSAS

Importa fazer uma breve reflexão sobre as causas de todas estas dificuldades que assolam a qualidade da investigação científica enquanto passo necessário na procura de soluções que permitam a sua resolução.

8.3.2.1 | Publicações

Uma das causas possíveis da explosão quantitativa em detrimento da qualidade prende-se possivelmente com uma mudança significativa do mundo editorial, quer a nível geográfico, quer na tipologia e nas regras de publicação.

Temos assistido na última década a uma alteração geográfica no mundo editorial, com a emergência significativa de publicações fora do espaço europeu e norte-americano, designadamente na Ásia. Alguns estudos sugerem que esta variação tem reportado maiores efeitos terapêuticos comparativamente aos dos espaços tradicionais, mesmo quando são estudos multicêntricos, pressionando uma procura pela positividade exagerada dos resultados, conducente a um mascaramento enviesado da realidade clínica.

No que respeita à evolução das tipologias de investigação, existem duas considerações a fazer. Um dos problemas da aferição da qualidade prende-se certamente com o sistema de revisão por pares. Se, por um lado, temos assistido nos últimos anos a um aumento significativo dos critérios de exigência impostos aos autores — com o desenvolvimento e implementação de bons sistemas de apoio à divulgação escrita, como o *Consort Statement*, entre outros —, a verdade é que os mesmos editores não exigem aos revisores a aplicação de sistemas objetivos de avaliação crítica (igualmente existentes) no processo de revisão por pares. Este facto condiciona a perpetuação de alguma entropia vigente no *peer reviewing*, com efeitos inequívocos na qualidade do *output* científico.

Outra questão merecedora de reflexão relaciona-se com o desenvolvimento exponencial de publicações em acesso aberto, também conhecidas como *open access*, nas quais os custos de publicação são transferidos para os autores, possibilitando o acesso universal aos artigos publicados. Este sistema, em franco desenvolvimento, apresenta, todavia, algumas vantagens:

- Maior público-alvo, em número e tipologia;
- Aumento da velocidade de disseminação de ciência;
- Maior número de citações e crescimento do impacto;
- Acesso de negócios e empresas pode acelerar a produção de ideias;
- Utilização imediata no ensino;
- Possibilidade de acesso e publicação em países mais desfavorecidos.

Os argumentos contra também devem ser considerados:

- Estas publicações são mais recentes e podem demorar mais tempo a gerar impacto;
- Em alguns periódicos, o trabalho administrativo para publicação é maior;
- Favorece-se o aparecimento de editoras predadoras e fictícias;
- Existem grandes dúvidas relativamente à qualidade do *peer review*, enquanto o uso de *vouchers* de desconto pode estimular a quantidade em detrimento da qualidade da revisão;
- O custo ainda está do lado do investigador;
- O *open access* pode não ser de utilização completamente livre nos repositórios de ciência por questões de direitos de publicação;
- Precisamos sequer de jornais científicos no século XXI ou assistiremos à emergência de repositórios de ciência gratuitos, geridos pelos próprios investigadores?

Esta reflexão sobre o possível impacto do *open access* na qualidade da evidência publicada deve ser feita a todo o custo, sobretudo se considerarmos que as diretivas europeias promovem presentemente o acesso total à ciência publicada, tornando este facto absolutamente irreversível.

8.3.2.2 | Financiamento

O sistema de financiamento da investigação tem sido apontado como um dos fatores determinantes da qualidade da investigação.

Por um lado, o sistema de financiamento privado, que provém essencialmente da indústria, considera a saúde enquanto bem transacionável, objetivando sempre a expansão da quota de mercado e constituindo uma ameaça significativa à independência do investigador. O objetivo passa, muitas vezes, por promover a familiaridade com um determinado fármaco/dispositivo médico em detrimento da criação de conhecimento, o que

tem levado ao aumento significativo de *seeding trials*, que não são mais do que ensaios, cujo objetivo principal é a imposição do conceito de uma determinada intervenção aos médicos, ao invés de testar *ipsum factum* uma hipótese científica.

A alternativa é o financiamento público, ao qual cabe desenvolver áreas importantes para o bem-estar humano sem qualquer motivo comercial. Contudo, os investigadores, para manterem o seu financiamento, têm de apresentar resultados e as métricas exigidas (indiretas) são frequentemente o financiamento prévio e o impacto das suas publicações. No entanto, nenhuma destas exigências é, de facto, uma medida direta da qualidade e da utilidade da investigação realizada.

8.3.2.3 | A academia

A academia deve ter particular atenção à questão da qualidade da investigação científica, elegendo-a como prioritária. Muitos consideram que o sistema de recompensa e de progressão de carreiras académicas está desatualizado e promove a quantidade em vez da qualidade. A academia premeia o número, o fator de impacto e a novidade absoluta para efeitos de progressão e capacidade de captação de financiamento. Este pressuposto estava adequado a um mundo com um número reduzido de publicações. Contudo, perante a atual explosão de publicações, este sistema, que privilegia o imediatismo, a novidade e a quantidade, pressiona a positividade de resultados e reprime a reprodutibilidade, a qualidade e a utilidade. As academias deverão pensar que são responsáveis pelo contexto social e cultural da investigação, sendo que os sistemas de recompensa e progressão moldam inequivocamente as escolhas dos cientistas em todos os passos das suas carreiras. O enfoque (e pressão) na publicação em revistas de alto impacto, bem como a necessidade de captação de financiamento, obrigam os cientistas a procurar o sucesso a curto prazo ao invés de apostarem numa investigação conscienciosa, robusta e deliberativa, que demora mais a produzir achados menos excitantes, mas com maior validade científica.

8.4. | SOLUÇÕES

Importa, finalmente, refletir sobre as soluções possíveis para este problema, as quais devem ter sempre em conta contextos presentes e desafios futuros, nomeadamente a disrupção digital contemporânea, que promete moldar profundamente a ciência médica do devir. No que diz respeito à investigação primária, importa encontrar consensos nos desfechos a medir e na forma como estes serão medidos, numa perspetiva de modernidade, ou seja, considerando o binómio eficácia/efetividade; ou, se preferirmos, buscando desfechos centrados sobretudo no paciente.

As cinco áreas de intervenção em Medicina Dentária que vão produzir maior impacto num futuro próximo são a prototipagem rápida, a realidade virtual/aumentada, a medicina personalizada, a telemedicina e a inteligência artificial/*big data*.

Relativamente à inteligência artificial e *big data*, importa referir que serão responsáveis por uma mudança profunda nos processos de investigação. Os registos eletrónicos de saúde em tempo real ou diferidos, gerados no dia a dia dos pacientes ou nas diversas intervenções clínicas, chamados de *real world data*, são um elemento promissor para a geração de conhecimento em contextos realistas, com grande validade externa na chamada *real world evidence*, que promete ser personalizada e pragmática. Este tipo de estudos, mais observacionais do que interventivos, com recurso a bases de dados gigantescas, poderá ser uma boa solução para o encontro de sistemas de apoio à decisão clínica altamente personalizados e eficazes. No entanto, os desafios são enormes, existindo um grande potencial de enviesamento, de heterogeneidade e até de utilização maliciosa de dados pessoais. Há muito para fazer no plano ético e científico, e, sem registos eletrónicos de saúde de qualidade harmonizáveis e interconvertíveis, não será possível chegar a bom porto.

Num futuro de curto prazo, existem esforços gigantescos a ser realizados no planeamento, condução, análise e disseminação de ensaios clínicos. Estes têm de ser forçosamente mais produtivos, mais rápidos e mais pragmáticos. A COVID-19 mostrou que é possível criar ensaios clínicos mais flexíveis e dinâmicos, com plataformas de recrutamento *online* multicêntricas e com braços voláteis, à medida que a prova científica é gerada e combinável entre vários ensaios diferentes.

No que à investigação secundária diz respeito, é necessário conseguir uma maior eficácia na exigência de registo de protocolos para revisões sistemáticas ou normas de orientação clínica, a fim de evitar desdobramentos e sobreposições redundantes.

É igualmente imperativo que se atinja maior rigor na definição de desfechos de interesse. Por outro lado, há que incentivar a utilização de desenhos mais modernos, rigorosos e rápidos, tais como a *rapid* ou *living review*, a meta-análise em rede ou prospetiva, com a utilização de dados individuais (versus agregados) que resistam à desatualização rápida e outorguem resultados mais estáveis e duradouros.

A nível das publicações, exige-se que o processo de revisão seja melhorado no sentido de se tornar competente e objetivo, com a harmonização desta exigência nas publicações clássicas e *open access*. A tônica permanente na necessidade de inovação enquanto pressuposto essencial à publicação deverá ser revisitada, por não permitir uma correta maturação da ciência produzida com estudos de confirmação, os quais deverão ser incentivados.

Finalmente, outra preocupação bastante pertinente e atual é o combate ao desperdício científico. De facto, para além da qualidade, a investigação debate-se com a questão da sua utilidade perante a constatação que uma quantidade muito significativa da ciência médica produzida não tem, independentemente da sua qualidade, nenhuma utilidade para a decisão clínica. Este cenário preocupante obriga a que sejam repensados os modelos de publicação, os requisitos de progressão de carreiras e o sistema de financiamento, que deverão assentar em novos pressupostos de exigência de utilidade. É fundamental privilegiar a investigação de problemáticas com impacto na decisão clínica, contextualizadas, com capacidade de gerar entropia no conhecimento vigente, centradas no paciente, refletindo a vida real, exequíveis e com bom (e transparente) retorno do investimento.

8.5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando elencamos as estruturas de investigação existentes em Portugal (Anexo 1), assim como as diversas sociedades científicas (Anexo 2), percebemos a riqueza do tecido produtivo do conhecimento médico-dentário português. Atentando à juventude da Medicina Dentária portuguesa, devemos considerar que se verificou nas últimas décadas um crescimento e consolidação significativos na investigação científica nacional. Todas as faculdades possuem hoje estruturas organizadas de investigação que são reflexo de um investimento ímpar. Como já referido, a internacionalização destas estruturas constitui também um passo relevante, afigurando-se como um importante aspeto na evolução da investigação. É igualmente importante considerar que muito provavelmente, num binómio de causa e efeito, os terceiros ciclos de ensino se desenvolveram nestas instituições com um aumento significativo de doutoramentos nas últimas duas décadas, alicerçados na criação destas estruturas. Esses terceiros ciclos afiguram-se como um ingrediente essencial no desenvolvimento futuro da investigação.

No entanto, ainda existem fragilidades consideráveis que merecem o contributo da nossa reflexão, tendo em vista o futuro.

Apesar do número de doutorados em Medicina Dentária ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, verifica-se, à semelhança de outras áreas, uma endogamia significativa. Deverá, pois, ser incentivada a mobilidade de estudantes de doutoramento entre faculdades, assim como o desenvolvimento de fatores de atratividade para estudantes e investigadores provenientes de outras faculdades, mas também de outras áreas do conhecimento afins à Medicina Dentária. Para tal, será necessária uma reforma

cultural nos estabelecimentos de ensino, que deverão incentivar a mobilidade e interdisciplinaridade.

A investigação clínica é ainda diminuta e, se tivermos em conta que todas as faculdades possuem ensino clínico, existe neste domínio um potencial relevante, pelo que importa estimular o seu desenvolvimento. Na nossa realidade, ao contrário do que existe noutros países, a maioria dos investigadores na área são médicos dentistas.

Por outro lado, verifica-se um défice considerável de financiamento por parte de estruturas governamentais nacionais ou europeias, sobretudo em projetos em que a Medicina Dentária seja líder ou mesmo a única componente. Este facto pode estar ligado a questões de prioridade de financiamento, já que muitos vezes os projetos de investigação em Medicina Dentária recebem uma boa classificação, mas não se qualificam prioritariamente na atribuição de verbas.

Por outro lado, importa incrementar as colaborações com a indústria, permitindo um desenvolvimento mais significativo de projetos em parceria. Existem, de resto, vários exemplos de sucesso assinalável nos trabalhos desenvolvidos por instituições universitárias e empresas nacionais e internacionais.

Os projetos de colaboração internacional, apesar de terem crescido na última década, continuam a ser minoritários.

Finalmente, existe um défice de estratégia nacional tendo em vista suprimir as lacunas existentes. Seria muito importante a criação de uma estrutura nacional de investigação em Medicina Dentária que permitisse um melhor estudo da realidade portuguesa e possibilitasse o início de um debate construtivo, desenvolvendo iniciativas de colaboração que confluíssem, à semelhança do que sucede em outros países, numa translação mais eficaz do conhecimento científico para a sociedade. Será igualmente desejável, em termos estratégicos, que todas as unidades de saúde em Portugal, dedicadas ou não ao ensino, concorram para a implementação de registos eletrónicos de saúde de elevada qualidade, proporcionando aos investigadores um instrumento de trabalho fundamental para o ensino, desenvolvimento, investigação e intervenção clínicas nas próximas décadas.

9.1 | INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária é uma profissão que pode ser definida como uma atividade exercida regularmente com recurso a saberes específicos adquiridos num processo de formação de longa duração e orientada para a resolução dos problemas dos pacientes ¹.

A qualidade da prestação de cuidados de saúde oral exige o controlo científico da formação e o controlo deontológico da prática profissional. Este controlo é garantido, no nosso país, pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

A integração de normas de conduta na prática médica é milenar. Desde muito cedo se assumiu que os médicos deveriam ter um comportamento eticamente correto na sua relação com os doentes.

Ao longo do tempo, a correção na conduta dos médicos passou a ser uma exigência das sociedades e uma imposição livremente aceite pelos médicos, que foram desenvolvendo diferentes codificações de normas, baseadas em princípios e regras que se tornariam universais.

São exemplos desta codificação o Juramento de Hipócrates - cuja autoria é discutível, sendo pouco provável ter sido escrito pelo médico de Cós -, os aforismos médicos de Maimónides (1138-1204) e o *jus jurandum*, de Amato Lusitano (1511-1568).

Thomas Persival (1740-1804) foi, todavia, o primeiro médico a utilizar o termo “ética médica”, sendo autor de um código com o mesmo nome.

Benjamin Bentham (1748-1832), filósofo e jurista, introduziu pela primeira vez o termo “deontologia”, referindo-se ao ramo da ética que estuda o fundamento dos deveres morais. Mais tarde, este termo serviria também para definir o conjunto de deveres atribuídos a uma determinada profissão.

Quanto às sanções legais, o Código do rei Hammurabi (1810-1750 a.C.) já previa penas severas para a má prática médica e definia as multas a aplicar. As leis visigóticas da Ibéria também previam penas para a má prática médica.

Ao longos dos tempos, a ética e a deontologia médicas foram sendo desenvolvidas e implementadas por médicos e para médicos, tal como sucedeu com as respetivas correspondências médico-dentárias.

O termo “bioética” tem uma dupla paternidade. Em dezembro de 1970 foi utilizado pela primeira vez por Van Renssealaer Potter e, no mesmo ano, em julho, por Andre Hellegers².

É a partir da década de 70 do século XX, na decorrência de um escândalo ético relacionado com um estudo clínico sobre sífilis não tratada (caso Tuskegee), que o movimento bioético tem a sua origem, com a publicação, em 1978, do Relatório Belmont. A publicação, em 1983, do livro *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom Beauchamp e James Childress, veio a ser fundamental para a instituição da orientação bioética em saúde, configurando os princípios do respeito pela autonomia do paciente, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Em 1998, a União Europeia culminou um trabalho de três anos com a Declaração de Barcelona, na qual ficaram definidos os princípios éticos básicos para a bioética e o biodireito na Europa, configurando os princípios do respeito pela autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade da pessoa humana³.

A deontologia, sem deixar de mergulhar as suas raízes na moral profissional vigente, passa, assim, a constituir-se pela formulação de normas, princípios e regras já não apenas éticas e morais, mas também administrativas e jurídicas, tendo como principal objetivo a boa prática profissional e o prestígio da profissão.

Desenvolve-se assim, ao longo dos tempos, a noção de altruísmo das profissões, nomeadamente o conceito-chave de altruísmo institucionalizado, vertido no conjunto de regras expressas em prescrições, proscricções, permissões e obrigações que legitimam e institucionalizam os valores do altruísmo profissional, conferindo-lhes um caráter normativo¹.

Esta necessidade normativa será plasmada nos códigos deontológicos das diferentes profissões.

9.2 | CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

Em 1912, no Congresso de Nacional de Deontologia Médica e Interesses Profissionais, Cândido da Cruz apresenta uma comunicação intitulada Bases para um Código Deontológico.

A Ordem dos Médicos aprova o seu primeiro Código Deontológico, em 1939.

A Associação Portuguesa dos Médicos Dentistas (APMD), criada em 1991 (Lei n.º 110/91,

de 29 de agosto), aprova nesse mesmo ano o primeiro Código Deontológico dos Médicos Dentistas.

A Ordem dos Médicos Dentistas é criada em 1998 (Lei n.º 82/98, de 10 de dezembro) e adota o Código Deontológico da APMD.

Desde o início da organização profissional dos médicos dentistas entendeu-se que as normas deontológicas e restantes disposições correlacionadas assumiriam um carácter obrigatório, sendo a sua infração passível de ação disciplinar e correspondente aplicação de penas.

Este modelo legal de regulação da Medicina Dentária não é exclusivo desta profissão, estando definido no nosso ordenamento jurídico através da Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

O primeiro Código Deontológico dos Médicos Dentistas esteve em vigor cerca de 28 anos, tendo sofrido uma alteração em 2007, tendo em vista a adequação das normas deontológicas à publicidade em saúde. Outras necessidades de atualização emergentes foram colmatadas através de deliberações oriundas do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD.

Desde 2019 que os médicos dentistas contam com um novo Código Deontológico (Regulamento n.º 515/2019 de 19 de junho).

Este novo texto normativo tem um corpo constituído por seis títulos, 14 capítulos e 66 artigos (o anterior era constituído por 43 artigos).

Os títulos vão refletir os grandes temas da discussão deontológica da Medicina Dentária: a relação entre médico dentista e doente; a publicidade em Medicina Dentária; a relação do médico dentista com a comunidade; e a relação entre médicos dentistas.

9.3 | PROPOSTA DE REVISÃO DO ATUAL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA OMD

Sem pretender retirar mérito a este novo Código Deontológico (CD), faz sentido, num Livro Branco, suscitar a reflexão em torno de alguns dos seus aspetos práticos, tendo em vista contribuir para a futura revisão do documento.

Afigura-se necessário, desde logo, definir com clareza o conceito de norma deontológica (vd. Art.º 1.º do CD). Embora grande parte da deontologia dos médicos dentistas se fundamente na ética, a norma deontológica distingue-se da norma ética pela sua exterioridade e obrigatoriedade de cumprimento. Assemelha-se, assim, a uma norma legal, mas afasta-se desta pelo seu âmbito de aplicação a um grupo profissional restrito.

Desta forma, os médicos dentistas estão obrigados ao cumprimento das normas deontológicas, sendo o seu incumprimento passível de sanção disciplinar num processo de responsabilidade profissional. O incumprimento de uma norma ética não é sancionável de forma processual, suscitando apenas a reprovação moral da sociedade ou dos pares (vd. Art.º 4º do CD).

É necessário, ainda, destrinçar de forma clara a diferença entre os direitos e os deveres dos médicos dentistas, entre o “pode” e o “deve”, de modo que a liberdade de agir não se confunda com a obrigação de agir (vd. Art.º 8º, ponto 6 do CD).

No que concerne à privacidade e ao tratamento de dados pessoais dos pacientes, à publicidade, à saúde pública e à investigação científica, entende-se que não devem constar do conteúdo normativo de um código deontológico referências ou menções à legislação em vigor. Mais uma vez se afirma, deste modo, que deontologia e lei constituem áreas distintas.

As questões em apreço merecem, assim, um tratamento puramente deontológico, relevando o sigilo profissional enquanto obrigação de guardar segredo e realçando a sua importância como pilar estruturante da confiança na relação entre paciente e médico dentista (vd. Art.º 9º do CD).

Neste sentido, será também crucial suprir a ausência, tanto no CD como no próprio Estatuto, da menção ao consentimento do paciente como causa de exclusão da ilicitude de quebra do sigilo profissional, e não apenas no que concerne à divulgação científica e académica, uma vez que o consentimento do paciente para a revelação de segredo anula obviamente a sua natureza sigilosa.

No que diz respeito ao consentimento de menores de idade, e tratando-se de interven-

ções clínicas de particular importância, o código deve estabelecer a necessidade de ambos os pais participarem ativamente no processo de consentimento, independentemente da sua situação conjugal ou estado civil (vd. Art.º 24º, ponto 4).

Não suscita também unanimidade a obrigação deontológica de identificação dos restantes elementos das equipas de saúde oral (vd. Art.º 29º, ponto 3).

Parece ainda existir incoerência de articulado quando, no Art.º 10º, ponto 2, alínea b), se refere a obrigação de utilização da Tabela de Nomenclatura da OMD e, mais adiante, no Art.º 30º, ponto 5, se remete a obrigatoriedade para o campo das possibilidades.

O apoio e participação do médico dentista em atividades comunitárias que visem promover a saúde e o bem-estar da população e a prevenção das doenças deverão, por fim, assumir um caráter facultativo e de âmbito individual, dependente da autonomia e do altruísmo do médico dentista, não podendo, por isso, constituir um dever deontológico (vd. Art.º 48º, ponto 2).

9.4 | CÓDIGOS DE ÉTICA

Como já foi referido, a diferença entre um código deontológico e um código de ética reside fundamentalmente no caráter de cumprimento obrigatório do primeiro, enquanto o segundo assume um caráter de adesão voluntária ao normativo.

Assim, as normas deontológicas aproximam-se mais do normativo legal (que não deixa de o ser, uma vez que integra o ordenamento jurídico sob a forma de *soft law*). A sua formulação assenta no edifício da ética médica e nos princípios da bioética, tanto europeus, como norte-americanos.

É importante referir neste contexto outros códigos ou manuais de organizações internacionais, versando os temas da ética e da conduta profissional.

A *FDI World Dental Federation*, publicou, em 2007, o *Dental Ethics Manual* congregando um conjunto de princípios, regras e conceitos éticos aprovados em Assembleia Geral. A criação deste manual implicou a adesão de mais de um milhão de médicos dentistas, representados por cerca de 200 associações e grupos especializados de cerca de 130 países.

Este trabalho teve continuidade e, em 2018, foi publicado o *Dental Ethics Manual 2*.

São de realçar os temas do *standard of care*: dever de tratar; respeito pela autonomia, privacidade e confidencialidade do doente; registos clínicos; conduta profissional; o negócio e a medicina dentária; acesso a cuidados de saúde oral e investigação.

Por último, é ainda de referir o Código de Ética publicado pelo *Council of European Dentists* (CED), organização representativa de cerca de 340 mil médicos dentistas de 30 países europeus.

Com a primeira versão datada de 1965, e a última de 2017, este código, muito sucinto, aborda os temas do compromisso para com o doente e o público, a prática da profissão e o comércio eletrónico.

9.5 | PUBLICIDADE

É ancestral a relutância dos médicos e dos outros profissionais de saúde, entre os quais os médicos dentistas se incluem, em associar a profissão à atividade mercantil. De tal modo que já Hipócrates terá criado a famosa Escola de Cós por considerar que a Medicina da época estaria a enveredar por caminhos de comércio, secundarizando os aspetos médicos da profissão.

Também por força do juramento, de questionável autoria de Hipócrates, o primado do interesse do doente sobre o interesse do médico tem acompanhado e estruturado a atividade médica ao longo dos séculos, afastando-a das regras mercantis da oferta e procura, da compra e venda, tendo em vista a mera obtenção de lucro.

Este modo de ser tem sido plasmado nos diferentes códigos deontológicos e de ética médica ao longo dos tempos. A Medicina Dentária teve, também a este respeito, uma evolução própria, não deixando, contudo, de partilhar este *ethos* com a Medicina.

Assim, não é de estranhar que a Associação Dentária Americana (ADA), fundada em 1859, tenha proibido aos seus membros a atividade publicitária, fundamentando essa decisão, em 1866, no artigo II (manutenção do carácter profissional) do seu Código de Ética. Este preceito considerava incompatível com a profissão o recurso “a anúncios públicos, cartões, folhetos, cartazes ou sinais chamando a atenção para estilos particulares de trabalho, baixa de preços, modos especiais de funcionamento; ou reivindicar superioridade sobre os colegas; publicar relatórios de casos ou certificados na imprensa; ir de casa em casa para solicitar ou realizar atos clínicos; pôr em circulação ou recomendar medicamentos ou outros produtos sem eficácia reconhecida; ou realizar quaisquer outros atos semelhantes”⁴.

Em 1922, a ADA veio esclarecer, no seu Código de Ética, que as disposições anteriores “não excluíam um praticante de usar cartões profissionais de tamanho adequado, com nome, títulos, endereço e número de telefone, impressos em tipo modesto”, por não terem o mesmo caráter de publicidade num jornal. Tais preceitos também não eram impeditivos de “que um praticante que se limite a uma especialidade apenas anuncie a sua especialidade no seu cartão profissional”⁴.

Ficava, deste modo bem vincada, a diferença entre a publicidade e o anúncio profissional.

Em 1960, uma nova disposição no Código de Ética desta associação referia que “a publicidade se reflete negativamente sobre o dentista que a emprega e diminui a estima pública pela profissão dentária”. “O dentista tem a obrigação de promover a sua reputação de fidelidade, julgamento e habilidade apenas através dos seus serviços profissionais aos seus pacientes e à sociedade. A utilização da publicidade sob qualquer forma para angariar pacientes é inconsistente com esta obrigação”, acrescentava-se⁴.

Esta proibição de práticas publicitárias esteve em vigor até 1975, quando, a propósito de um caso que envolvia a profissão jurídica, o Supremo Tribunal dos Estados Unidos da América (EUA) rejeitou a ideia de que certas profissões estivessem isentas das leis da concorrência. A Comissão Federal do Comércio dos EUA iniciou, por isso, a investigação a todas as profissões e a ADA abdicou da proibição de publicidade, passando a permiti-la quando não seja falsa ou enganosa⁴.

Em 1985, por pressão do Governo, foram também abolidas as restrições à publicidade no Reino Unido.

No Relatório de 2000 da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) é referido que as restrições à publicidade por parte das profissões liberais deviam ser revistas, uma vez que desencorajam a concorrência, que aquela organização considera favorável aos consumidores.

Em 2005, o Tribunal do Comércio de Lisboa confirmou a decisão da Autoridade da Concorrência (AdC) que punira a OMD por fixação de preços mínimos por ato clínico, tendo, contudo, reduzido a coima de 160 para 50 mil euros.

Em 2006, o Parlamento Europeu e o Conselho Europeu emitiram uma diretiva relativa aos serviços no mercado interno (Diretiva 2006/123/CE), a qual obriga os Estados-Membros a abolir quaisquer restrições às comunicações comerciais e a eliminar todas as proibições absolutas, respeitantes à divulgação comercial por parte das profissões regulamentadas, nas quais a Medicina Dentária se inclui. Ficou, deste modo, definido que os Estados-Membros devem assegurar que esta divulgação profissional respeite as normas deontológicas, nomeadamente a independência, a dignidade e a integridade.

de da profissão, bem como o sigilo profissional, em função da especificidade de cada profissão.

Naquela altura, a AdC fez saber à OMD que pretendia também atuar em relação às restrições à atividade publicitária dos médicos dentistas, tendo a Ordem procedido, em 2007, a uma revisão do artigo 25.º do Código Deontológico, com vista a acomodar as pretensões daquele organismo, sem deixar, todavia, de enfatizar os princípios fundamentais da profissão, referindo que a reputação do médico dentista deverá assentar, essencialmente, na sua competência, integridade e dignidade profissional. O referido articulado definiu que, na divulgação da sua atividade, o médico dentista respeitará os princípios da licitude, da identificabilidade e da veracidade, com respeito pelos direitos do paciente, princípios esses comuns aos do Código da Publicidade, que passava a considerar-se subsidiário nesta matéria.

Por último, remetia para o Regulamento de Divulgação Profissional (regulamento interno n.º 115/2007, de 14 de junho) a regulamentação da divulgação profissional dos médicos dentistas.

Todo este normativo, que se encontrava de alguma forma disperso, ficou reunido na última versão do Código Deontológico da OMD (regulamento interno n.º 515/2019, de 18 de junho).

Estas breves notas históricas permitem perceber que a eliminação das restrições à atividade publicitária em Medicina Dentária foi imposta por pressão de diferentes entidades estranhas à saúde oral e aos médicos dentistas. Englobando os cuidados prestados aos pacientes no conceito mais lato de prestação de serviços aos consumidores, criou-se uma dicotomia semântica que afastou a Medicina Dentária da inicial recusa do mercantilismo.

É possível, em todo o caso, encontrar argumentos que sustentem as restrições à atividade publicitária em Medicina Dentária. A publicidade em saúde gera, desde logo, assimetrias de acesso à informação, podendo desproteger os interesses dos pacientes. Acresce que a proibição de práticas publicitárias eliminaria a publicidade enganosa e errónea, enquanto a sua restrição seria vantajosa para os médicos dentistas mais jovens e de menores recursos, tanto mais que a publicidade em saúde é dispendiosa, gerando um aumento inevitável dos valores económicos praticados. Por fim, o reclame comercial acarreta o risco de criação de novas necessidades e de expectativas irrealistas por parte dos pacientes, enquanto as reivindicações de superioridade inerentes à publicidade são passíveis de fomentar a desconfiança entre médicos dentistas.

A favor das práticas publicitárias é possível afirmar que não existe evidência de que as restrições e proibições beneficiem os pacientes, nem que produzam um efeito positivo

na qualidade dos serviços prestados. É ainda plausível argumentar que a publicidade permite aos pacientes aceder a informação útil para a escolha do médico dentista e que conseqüentemente diminui os custos respetivos. Finalmente, pode-se considerar que as práticas publicitárias não ofendem, de *per si*, a dignidade da profissão, podendo ser, no entanto, questionável o conteúdo equívoco ou enganoso da mensagem publicitária.

Dos argumentos a favor e contra o recurso à publicidade em Medicina Dentária parece decorrer, pois, a necessidade de regular aquela prática.

Assim, a publicidade em Medicina Dentária deverá promover a informação rigorosa e clara, defendendo os princípios fundamentais da profissão, o interesse público e a promoção da saúde oral. A prática publicitária não deve, por outro lado, fomentar o recurso a atos desnecessários, inúteis ou fúteis e salvaguardar o sigilo profissional. Quando os anúncios forem de teor comparativo, o ónus da prova deverá caber sempre ao médico dentista que publicita.

A sociedade hodierna exige ao médico dentista que seja também gestor e empresário, abrindo espaço para o conflito de interesses com o primado do superior interesse do paciente. Face a esta realidade, os médicos dentistas têm vindo a recorrer a consultores com o objetivo de garantir a viabilidade financeira das clínicas e consultórios. Todavia, o aconselhamento de caráter empresarial é passível de criar empecilhos à correta conduta profissional e ao respeito pelas normas deontológicas a que os médicos dentistas estão obrigados⁵.

O conflito de interesses entre a lealdade ética e a responsabilidade empresarial pode levar a que certas decisões, que deviam ser imparciais e independentes, possam ver-se comprometidas por pressões sobrepostas. Este conflito, sublinhe-se, não é necessariamente contrário à deontologia, mas deve reconhecer-se que encerra em si mesmo um potencial capaz de gerar comportamentos profissionais não compatíveis com as boas práticas da profissão⁵.

O atual Código Deontológico dos médicos dentistas dedica ao tema da publicidade um título (Título III), dois capítulos e seis artigos (41º ao 47º), demonstrando a necessidade de incorporar, no âmbito da deontologia, as práticas publicitárias em Medicina Dentária.

Do seu articulado ressaltam, como aspetos deontológicos fundamentais, a necessidade de afirmar que a essência da reputação do médico dentista deve assentar na sua competência, integridade e dignidade profissionais, para além de se adotarem como princípios deontológicos aqueles já vertidos no Código da Publicidade: licitude, identificabilidade, veracidade e respeito pelos direitos e saúde dos pacientes.

Aspeto não menos importante é o da proibição de publicidade a serviços médico-dentários sem custos, interdição que está em consonância com as regras relativas à fixação de honorários pelo médico dentista, que impedem também a gratuitidade generalizada e regular de atos médico-dentários. Estas disposições têm acolhimento no conceito de dignidade da profissão, uma vez que, com a exceção do regime de voluntariado e em casos pontuais devidamente justificados, a gratuitidade de atos médico-dentários só seria compreensível em situações de amadorismo ou escravidão.

Para finalizar as questões relativas à publicidade, deve ainda referir-se a entrada em vigor, no ano de 2015, do regime jurídico das práticas de publicidade em saúde, o qual adotou os princípios da transparência, fidedignidade, licitude, objetividade e rigor científico, sendo subsidiariamente aplicáveis o Código da Publicidade e o regime jurídico das práticas comerciais desleais, remetendo-se para a Entidade Reguladora da Saúde a fiscalização e aplicação do regime sancionatório.

Este diploma realça no seu preâmbulo que “o presente decreto-lei visa, assim, acautelar os direitos e os interesses legítimos dos utentes relativos à proteção da saúde e à segurança dos atos e serviços, através de normas necessárias, adequadas e proporcionais ao imperativo constitucional de proteção da saúde e dos direitos dos consumidores. Nesta medida, toda e qualquer prática publicitária em saúde deve nortear-se pelo interesse do utente, abstendo-se de condutas que pressuponham ou criem falsas necessidades de consumo”.

Por ser matéria que excede a esfera profissional e as competências da OMD, não se discutirá aqui este ordenamento jurídico. Todavia, importa ter em consideração que qualquer disposição legal só tem utilidade se efetivamente aplicada, pelo que, na ausência de uma eficaz fiscalização, se acaba perdendo o sentido da sua existência.

Concluindo, e salvo melhor opinião, o estabelecimento de regras para a prática publicitária profissional em Medicina Dentária justifica-se sobretudo na esfera económica do consumo e da defesa do recetor da mensagem, uma vez que a relação entre o médico dentista e o doente está devidamente enquadrada por conceitos e princípios norteados pelo primado do superior interesse do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rodrigues ML. Profissões: lições e ensaios. Coimbra. Ed. Almedina, SA; 2012. p. 13-21 e 73.
2. Neves MCP, Osswald W. Bioética Simples. 2ª ed. Babel; 2014. p 35-37.
3. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration. *Synthesis Philosophica* 46 (2/2008) pp. (239–251).
4. Welie JVM. Ethical Aspects of Health Promotion and Advertising via the Internet. 2nd. International Congress on Dental Law and Ethics [power-point]. Omaha; 2003.
5. FDI World Dental Federation. Dental Ethics Manual 2. Geneva. FDI; 2018. P 67-71.



10 | ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

A RELAÇÃO DA SAÚDE ORAL COM A POBREZA

Em 2001, a Comissão sobre Direitos Sociais, Económicos e Culturais das Nações Unidas definia a pobreza como “(...) uma condição humana caracterizada por privação sustentada ou crónica de recursos, capacidades, escolhas, segurança e poder necessários para o gozo de um adequado padrão de vida e outros direitos civis, culturais, económicos, políticos e sociais”. Constituindo, com efeito, um fenómeno complexo, multidimensional, dinâmico e correlativo, a pobreza é definida pela Comissão Europeia como uma circunstância caracterizada pela insuficiência de rendimentos e de recursos, na qual estão incluídos, por exemplo, o acesso a serviços de qualidade.

O Relatório Conjunto sobre a Inclusão Social de 2003 da Comissão Europeia indica que “(...) as pessoas vivem em situação de pobreza quando os respetivos rendimentos e recursos são de tal forma inadequados que as excluem de ter um nível de vida considerado aceitável na sociedade em que vivem. Em virtude da sua pobreza, podem ainda sofrer de várias desvantagens como desemprego, baixos rendimentos, fracas condições de habitação, cuidados de saúde insuficientes e obstáculos à aprendizagem ao longo da vida, à cultura, ao desporto e a atividades recreativas. São muitas vezes excluídas e marginalizadas da participação em atividades (económicas, sociais e culturais) que são habituais para outras pessoas, podendo o seu acesso aos direitos fundamentais ser restringido.”

Em 2019, 21,6% da população portuguesa encontrava-se em situação de vulnerabilidade à pobreza ou exclusão social. A pandemia causada pela Sars-CoV-2 e a crise económica subsequente vieram aumentar o risco de pobreza e de exclusão social. Logo com o primeiro confinamento, entre meados de março e o início de maio de 2020, Portugal confrontou-se com o impacto da paralisação da economia numa população trabalhadora fortemente vulnerável, tendo em conta a precariedade e a informalidade dos vínculos laborais, bem como a ausência ou a fragilidade da proteção social. No dia 20 de março foi lançada a Rede de Emergência Alimentar, criada pelo Banco Alimentar com o apoio da Entajuda e em articulação com a Bolsa do Voluntariado, com o objetivo de dar resposta ao aumento de pedidos de apoio alimentar. Entre 19 de março e finais de abril de 2020, foram recebidos diretamente por esta rede 12.947 novos pedidos de apoio alimentar. Se estendermos esta análise até outubro de 2021, a Rede de Emergência Alimentar recebeu 29.959 pedidos relativos a 90.089 pessoas. A estes valores somam-se os pedidos de apoio enviados diretamente para os Bancos Alimentares e as famílias que já estavam a ser apoiadas antes da pandemia. O impacto da pandemia na pobreza ou exclusão social em Portugal ocorreu nas diferentes dimensões de vulnerabilidade e impactou de forma transversal diferentes grupos.

Para melhor caracterizar a população mais vulnerável importa olhar para a taxa de risco

de pobreza (monetária), uma vez que é o indicador que permite uma melhor caracterização da população. Encontra-se em risco de pobreza monetária a pessoa com um rendimento inferior a 60% do rendimento mediano por adulto equivalente. Em 2020, este limiar de pobreza era de 554,2€/mês e 18,4% da população tinha um rendimento inferior a este valor. Antes da pandemia, o risco de pobreza era de 16,2%.

Em 1980, o chamado *Black Report* veio trazer um contributo fundamental para o que viria a ser a exploração em profundidade da ligação entre a saúde e os fenómenos ligados à desigualdade social. A grande maioria dos estudos que encontramos até à data têm, todavia, incidido sobretudo sobre as desigualdades em saúde como *outputs* de desigualdades sociais. Ou seja, a investigação foca-se em indicadores de saúde na sua inter-relação com variáveis como o género, a classe social, a etnia, a raça e a localização geográfica. As desigualdades sociais, a pobreza e a exclusão constituem obstáculos ao acesso a recursos materiais e sociais (alojamento, educação, transportes, rendimentos, apoio social), a condições de vida, laborais e *status* social, sendo a distribuição da saúde e da doença um *output* dos determinantes sociais criados pelas estruturas e todo o ambiente envolvente. A verificação do chamado declive social (*social gradient*) na distribuição da saúde e da doença traz ao debate questões como a justiça e a equidade. Este declive permite observar que, à medida que descemos na hierarquia social, as desigualdades em saúde aumentam e, conseqüentemente, o estado de saúde piora gradualmente. Para além da possibilidade de viver em situação de pobreza ser maior em determinados grupos sociais, também se constata que, quanto mais longa é a permanência neste tipo de circunstâncias, também é maior a probabilidade de o indivíduo sofrer de problemas de saúde de vários tipos.

De forma direta, circunstâncias como o absentismo escolar e profissional, a redução de oportunidades de emprego, a baixa autoestima e o isolamento social contribuem para agravar as desigualdades de saúde da população.

Segundo um estudo de Helena Miotto, realizado em 2014, existe uma alta prevalência de absentismo em ambiente profissional, causado por dor de dentes em trabalhadores inseridos nas classes económicas menos favorecidas e com menor escolaridade. Estratégias direcionadas para a promoção da saúde e para a melhoria de acesso a serviços de Medicina Dentária serão certamente capazes de reduzir as frequências observadas.

10.1 | IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA INCLUSÃO SOCIAL

O impacto produzido pela dor dentária manifesta-se aos mais diversos níveis, abrangendo a perda de horas de sono, a diminuição da atenção, a queda na produtividade, o aumento do risco de acidentes de trabalho e o absentismo laboral. Paralelamente, verifica-se também, entre outros, uma alteração da capacidade de realização de atividades de lazer e a incapacidade de ingerir determinados alimentos, o que gera efeitos psicológicos com traduções variáveis, entre as quais se contam a diminuição da autoestima, da qualidade de vida e da inclusão social.

Edward Toshiyuki Midorikawa investigou a Medicina Dentária na saúde do trabalhador e apontou dois tipos de absentismo: o absentismo pela falta ao trabalho e o absentismo de corpo presente. O primeiro (tipo I) consiste na falta pura e simples do empregado ao trabalho, levando à perda de produção das horas não trabalhadas, sendo, portanto, mais fácil de quantificar. Já o segundo (tipo II) ocorre quando o trabalhador, sem faltar ao trabalho, apresenta algum problema de saúde que impede o seu completo desempenho e produtividade.

Pela sua intensidade, a dor dentária é reconhecidamente incapacitante, principalmente em caso de dor aguda. Uma vez que os programas de medicina no trabalho contam com um número limitado de ações específicas neste domínio, existe a necessidade de pôr em prática um protocolo de promoção de saúde oral nas empresas, o qual poderá evitar ou reduzir o absentismo e a perda de produtividade.

Constata-se, portanto, que a discrepância no acesso aos cuidados de saúde oral acentua as desigualdades na hierarquia social, prejudicando os mais frágeis e condicionando todos os aspetos da sua vida, mormente quando este domínio se cruza com questões individuais e sociais (autoestima, felicidade, bem-estar, qualidade de vida e integração social).

A relação da saúde oral com a inclusão social pode, ainda, ser ilustrada por duas histórias concretas de pessoas apoiadas por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), em Portugal:

- *Maria, de 40 anos, estava numa fase da vida em que pensava que tudo corria bem. Preparava-se para abrir uma padaria quando lhe foi detetado um cancro da mama e toda o orçamento familiar passou a ser canalizado para a sua recuperação. Dois anos depois, recuperada do cancro mas com problemas graves de saúde oral, partilha: “Mais [grave] do que a falta que tenho de um peito é a falta que tenho do meu sorriso. Preciso de encontrar um novo caminho, preciso de voltar a ter dentes para voltar a procurar trabalho e, um dia, abrir a minha padaria”.*

- *Ana, de 54 anos, vítima de violência doméstica, atualmente desempregada, divorciada e mãe de três filhos menores encontrou alojamento e apoio social graças a uma IPSS. Apresentava uma perda de dentes por força da violência extrema que sofreu, ao que acrescia uma periodontite severa. “Os meus dentes estavam estragados e partidos, e faltavam-me muitos. Sempre que ia a entrevistas de trabalho, nunca ficava colocada. Só depois de arranjar os dentes consegui mudar a minha vida verdadeiramente: arranjei trabalho, pude alugar um quarto para viver autonomamente com os meus filhos e deixei de ter vergonha de mim própria.”*

Em Portugal, a inexistência de um serviço público que permita o acesso equitativo e universal a cuidados de saúde oral leva a que o setor social assuma um papel fundamental no apoio aos cidadãos mais carenciados. A intervenção de instituições, como as Organizações Não Governamentais, as IPSS e as cooperativas, entre outras, permite colmatar muitas das necessidades a que o setor público não consegue dar resposta. A isto acresce o trabalho realizado por um conjunto de entidades que promovem a saúde oral enquanto veículo de intervenção social e comunitária, combatendo as desigualdades com recurso a uma estratégia de inclusão social pela saúde, com especial enfoque na saúde oral.

Destacamos alguns exemplos:

- Mundo A Sorrir, Organização Não Governamental: com atividades de prevenção e literacia em saúde, assistência médica e capacitação em quatro países, tendo beneficiado mais de 860.000 pessoas em 17 anos. Destaca-se o projeto Centro de Apoio à Saúde Oral – C.A.S.O., que pretende contribuir para a promoção da inclusão social e do bem-estar de pessoas em situação de vulnerabilidade socioeconómica, através da prestação de serviços de saúde oral e de acompanhamento psicossocial, através do gabinete de apoio ao utente, o qual permite um acompanhamento integrado nas mais diversas áreas (nutrição, psicologia, educação social e referenciação para outras instituições sociais de apoio especializado). Com gabinetes em quatro municípios, este projeto específico já apoiou mais de 8.900 pessoas socioeconomicamente vulneráveis e realizou 117.600 tratamentos dentários.
- Centro Comunitário de Saúde Oral (CCSO): este projeto tem como objetivo o apoio à população mais vulnerável, com ações de proximidade visando a prevenção, a promoção, o diagnóstico e a realização de tratamentos na área da saúde oral e da nutrição, em particular no território de abrangência do programa, em Setúbal. Foi criado em 2012, pela Associação Portuguesa Promotora de Saúde e Higiene Oral e já beneficiou mais de 10 mil pessoas com mais de 42 mil tratamentos dentários.

- Associação ABRAÇO: dispõe de um Gabinete Médico-Dentário, com resposta na área da Grande Lisboa, para pessoas infetadas com VIH/SIDA. Já beneficiou mais de 400 utentes.
- Fundação Portuguesa “A Comunidade contra a SIDA” (FPCCSIDA): implementou em 2018, no Porto, um Consultório Solidário, que pretende dar resposta gratuita aos problemas de saúde oral de portadores de VIH/SIDA e a pessoas economicamente carenciadas. Os utentes são sinalizados através do Centro Hospitalar do Porto.

O objetivo principal dos vários projetos sociais direcionados para a saúde oral passa por procurar inverter a relação entre as desigualdades sociais e a saúde/doença. A sua intervenção deve, assim, ser vista como uma forma de capacitação do indivíduo e um “recurso” potenciador do sentido de envolvimento e de ação coletiva, de pertença e de integração, de participação pública e, em última análise, do “desenvolvimento comunitário”.

10.2 | IMPORTÂNCIA DA ECONOMIA PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES EM SAÚDE ORAL

A saúde oral tem sido negligenciada pelos poderes públicos em Portugal, facto perceptível, desde logo, no insuficiente envelope financeiro que o Orçamento de Estado lhe dedica ano após ano. Este desinteresse - que também afeta, por exemplo, a saúde mental - é agravado pela reduzida aposta na literacia em saúde, criando uma situação em que a falta de investimento na prevenção acaba por gerar gastos muito mais elevados com a assistência médica nos mais variados domínios, mas também na Medicina Dentária, uma vez que os equipamentos e os materiais médico-dentários têm custos extremamente elevados.

Em termos clínicos, sabemos que a doença oral, e nomeadamente a cárie dentária, é possível de prevenir com a simples adoção de cuidados básicos de higiene oral, os quais poderiam e deveriam ser estimulados pelas escolas e pelas empresas. Deste modo, seria possível reduzir de forma significativa a despesa pública e privada com tratamentos dentários mais invasivos, mais demorados e, conseqüentemente, mais caros.

Numa resolução de 2022, a Organização Mundial da Saúde exorta, de resto, todos os Estados a adotar políticas públicas de saúde oral e a conceder-lhes a prioridade necessária. Em Portugal, a celeridade desta medida pode resultar numa poupança de milhões de euros a médio e longo prazo, contribuindo também decisivamente para que uma parte significativa da população — que não dispõe de meios financeiros para recorrer à Medicina Dentária privada — passe a poder aceder a cuidados básicos de saúde oral.

A aposta na literacia em saúde deveria, pois, constituir um primeiro passo essencial de uma política coerente, capaz de gerar racionalidade económica e de garantir a equidade de acesso de toda a população a cuidados de saúde oral.

10.3 | REORIENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORAL NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES SOCIAIS

Preservar, reformar e promover a saúde pública são os principais objetivos dos prestadores de cuidados de saúde, tendo como questão central o bem-estar social e a prestação equitativa de serviços de saúde à população. Considerado um direito humano fundamental, o acesso a cuidados de saúde constitui um dos pilares dos sistemas de saúde em todo o mundo, assumindo a sua avaliação um papel proeminente nas políticas de saúde.

De uma forma simplificada, é possível afirmar que o acesso depende apenas da oferta de cuidados, ou seja, da sua disponibilidade. Desde que exista oferta adequada, a população tem oportunidade de aceder e de utilizar os serviços e cuidados de saúde. Todavia, o acesso efetivo depende também da existência de eventuais barreiras à utilização adequada dos cuidados de saúde, quer sejam de carácter económico, organizacional, social ou cultural. O contexto dos vários grupos sociais deve, por isso, ser considerado um fator essencial do acesso da população ao seu potencial de saúde, uma vez que não é possível dissociar a equidade de acesso ao direito a cuidados de saúde da própria justiça distributiva do sistema.

Sendo um dos objetivos primordiais dos sistemas de saúde modernos, a equidade implica a inexistência de diferenças no acesso a serviços de saúde perante as mesmas necessidades (equidade horizontal) e o reforço da oferta quando as necessidades de saúde são maiores (equidade vertical).

Existindo, é certo, diversos princípios de equidade em saúde, que apelam a diferentes noções de justiça na distribuição, um dos aspetos essenciais do acesso a cuidados de saúde de qualidade é a consideração das necessidades clínicas dos utentes. Os serviços devem estar adaptados às características dos vários grupos populacionais, removendo as barreiras económicas, sistemáticas, sociais, culturais e comportamentais que objetivamente impeçam a utilização dos serviços de saúde pela população. Um bom acesso a cuidados de saúde significa a sua prestação apropriada no local adequado e no momento certo. As desigualdades no acesso a serviços de saúde, e nomeadamente a cuidados de saúde oral, levaram a *Commission on Social Determinants of Health* da OMS a solicitar aos ministros da Saúde dos diversos países que conferissem prioridade a

esta questão. Neste sentido, os programas a desenvolver devem, independentemente do segmento populacional visado, ter em conta a existência de uma procura efetiva de cuidados de saúde oral; de um contingente adequado de profissionais de saúde oral com uma distribuição geográfica adequada e capaz de dar resposta àquela procura; e de um ambiente económico favorável, que apoie tanto os pacientes como os prestadores de serviço, de modo a que ambos possam participar no programa. Ignorar qualquer destes três fatores condenará qualquer intervenção ao fracasso ou, na melhor das hipóteses, a um sucesso bastante limitado. Diversos estudos e publicações descrevem e quantificam as necessidades de cuidados de saúde oral existentes e que não estão a ser satisfeitas em diversos segmentos populacionais. Esses dados mostram que a principal razão para muitas pessoas não procurarem cuidados de saúde oral é o facto de não terem consciência de que têm um problema dentário.

Para serem bem-sucedidos, os programas para incrementar o acesso a cuidados de saúde oral devem considerar também a procura existente e os fatores que a influenciam. Os programas baseados apenas nas necessidades dentárias, ignorando a vertente preventiva, têm o potencial de introduzir medidas significativamente ineficazes no sistema de saúde oral.

Programas educativos e de sensibilização para pais e filhos — que demonstrem a importância de uma boa saúde oral para a saúde geral e o bem-estar —, bem como a promoção de consultas dentárias preventivas em idades precoces, podem motivar as famílias a entrar no sistema de cuidados de saúde oral e, assim, aumentar a sua procura e a sua eficácia.

Relativamente aos profissionais de saúde oral, a sua escassez (em números absolutos) será sempre impeditiva da plena satisfação das necessidades da população. Todavia, a existência de profissionais em número suficiente não garante, por si só, a equidade de acesso a cuidados de Medicina Dentária, uma vez que as áreas rurais e as zonas com maiores índices de pobreza não preenchem os requisitos essenciais para o estabelecimento de uma prática clínica privada. Por outro lado, esta carência nem sempre se vê compensada pelo sistema público. A localização das clínicas dentárias é, portanto, um fator determinante no acesso a cuidados de saúde oral.

Os aspetos económicos de um programa de assistência podem também influenciar decisivamente a procura efetiva por cuidados de saúde oral. Para além das taxas dos serviços dentários, cobertas tradicionalmente pelos programas de assistência, os pacientes têm ainda de arcar com diversos custos indiretos, os quais incluem o preço das viagens, as perdas resultantes das faltas ao emprego e o impacto na vida familiar. Em alguns casos, estes custos podem ser de tal forma significativos que algumas pessoas não podem usufruir de cuidados de saúde oral mesmo quando eles são gratuitos.

Por outro lado, a ansiedade associada aos tratamentos dentários tem-se destacado como uma das barreiras mais importantes no acesso a cuidados de saúde oral. Dependendo da intensidade, o paciente pode considerar o tratamento dentário problemático e doloroso, e chegar até ao ponto de o considerar intolerável. Contudo, alguns pacientes ansiosos aceitam submeter-se a tratamento dentário regular. Os profissionais de saúde oral devem, assim, ser capazes de identificar os pacientes que apresentam necessidades psicológicas específicas e trabalhar em conjunto com profissionais da área da psicologia, numa intervenção multidisciplinar. Desta forma, o médico dentista permitirá que o paciente que sofre de ansiedade ou de fobia dentária tenha acesso a cuidados de saúde oral.

As barreiras organizacionais, entre as quais se contam os obstáculos linguísticos e comunicacionais, são outro dos fatores que dificultam o acesso a cuidados de saúde oral, complicando, por exemplo, a prestação deste serviço a indivíduos e grupos com diferentes idiomas, etnias e culturas. Uma equipa que não compreende a existência de diferenças culturais, nem sabe lidar com elas de forma adequada, pode inadvertidamente inibir o acesso dos seus pacientes a cuidados de saúde, pelo que também, neste caso, é aconselhável a abordagem multidisciplinar.

Em resumo, o acesso equânime e universal a cuidados de saúde oral deve ter em conta o combate às desigualdades sociais e a eliminação de toda e qualquer barreira económica, sistémica, social, cultural e comportamental, garantindo a prestação daqueles cuidados quando e onde forem necessários, por uma equipa multidisciplinar e adequada às necessidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS T, FREEMAN R, GELBIER S, GIBSON B. "Accessing primary dental care in three London borough"s. *Comm Dent Heal*. 1997; 108-12.
- BAHADORI M, RAVANGARD R, ASGHARI, B. PERCEIVED BARRIERS "Affecting Access to Preventive Dental Services: Application of DEMATEL Method". *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15(8): 655-62.
- BARATA RB. "Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos". *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):205-8.
- BLACK, D. 1980. "Inequalities in Health. Report of a research working group". UK. Department of Health and Social Security.
- CABAN-MARTINEZ J, LEE J, FLEMING E, ARHEART L, LEBLANC G, CHUNG-BRIDGES K, CHRIST S, PITMAN T. "Dental care access and unmet dental care needs among U.S. workers: the National Health Interview Survey", 1997 to 2003. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(2): 227-30.
- CRUZ GD. "Oral health disparities: Opportunities and challenges for policy communication". *J Commun Healthc*. 2014;7(2):74-6.
- CURTIS B, EVANS RW, SBARAINI A, SCHWARZ E. "Geographic location and indirect costs as a barrier to dental treatment: a patient perspective". *Aust Dent J*. 2007; 52(4):271-75.
- DONALDSON, A.N. et al .2008. "The effects of social class and dental attendance on oral health". *Journal of Dental Research*. No. 87 (2008), p.60-64.
- EIKEMO, T. et al .2008. "Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries". *Sociology of Health and Illness*. ISSN 0141-9889. Vol. 30. No. 4 (2008), p.565 - 582.
- FREEMAN, R. "Barriers to accessing dental care: patient factors". *Br Dent J*. 1999 Aug 14;187(3): 141-4.
- FURTADO C, PEREIRA J. "Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde", 2010.
- GUAY, H. "Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs." *J Am Dent Assoc*. 2004; 135(6):779-85.
- GUAY, H. "Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs". *J Am Dent Assoc*. 2004; 135(6):779-85.
- GULLIFORD M, MORGAN M, HUGHES D, BEECH R, MUNOZ M, HUDSON M, ARUMUGAM P, CONNELL A, MOHIDDIN A. "Access to Health Care". Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. R & D. 2001.
- GULLIFORD M, MORGAN M, HUGHES D, GIBSON B, BEECH R, HUDSON M. "What does't access to health care ' mean ?." *J Health Serv Res Policy*. 2002; 7(3):186-8.
- GULLIFORD M, MORGAN. M. "Access to health care". Psychology Press. Health. 2003.
- HOLT KAS. "Oral health tip sheet for Head Start staff: Working with parents to improve access to oral health care". National Maternal and Child Oral Health Resource Center Washington. 2003.
- LESTER V, ASHLEY FP, GIBBONS DE. "Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults". *Br Dent J*. 1998; 184(6) 285-289.
- LIDDELL A, DI FAZIO L, BLACKWOOD J, ACKERMAN C. "Long-term follow-up of treated dental phobics". *Behav Res Ther*. Julho de 1994;32(6):605-10.

- MACINKO JA, STARFIELD B. "Annotated Bibliography on Equity in Health", 1980-2001. *Int J Equity Health*. 2002;1(1):1.
- MIOTTO, M.H., LIMA, W., BARCELLOS, L. 2014. "Associação entre dor de dente e absenteísmo em funcionários públicos do sudeste do Brasil". *Rev Dor*. São Paulo, 2014 jul-set;15(3):173-7.
- MOTA, J., WANDERLEY, F., SILVA, R., ALMEIDA, T. 2015. "Absenteeism due to dental causes: a literature review regarding absence from work and workers' oral health". *RFO UPF vol.20 no.2 Passo Fundo Mai./Ago*. 2015.
- NAZROO, J. 1998. "Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health". *Sociology of Health and Illness*. ISSN 0141-9889. Vol. 20. No. 5 (1998), p.710 - 730.
- NETTLETON, S. .2006. *The Sociology of Health and Illness*. UK: Polity Press. ISBN 0-7456-2828-1
- PENCHANSKY R, THOMAS JW. "The Concept of Access". *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
- PEREIRA, J. "What does Equity in Health Mean?" *Journal of Social Policy*, 1993; 22(1): 19-48.
- PETERSEN PE, BOURGEOIS D, OGAWA H, ESTUPINAN-DAY S, NDIAYE C. "The global burden of oral diseases and risks to oral health". *Bull World Health Organ*. 2005; 83(9):661-9.
- PETERSEN PE. "The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*". 2003;31(s1):3-24.
- POWELL M. "On the outside looking in: medical geography, medical geographers and access to health care". *Health Place*. 1995; 1(1):41-50.
- SHENGLIA B, MURRAY C, ADAMS O. "Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism*". Edited by Murray CJL, Evans DB. Geneva World Health Organization, 2003:221-234.
- Starfield B. *Improving Equity in Health: A Research Agenda*. *Int J Heal Serv*. 2001;31 (3):545-66.
- TELLEEN S, RHEE KIM YO, CHAVEZ N, BARRETT RE, HALL W, GAJENDRA S. "Access to oral health services for urban low-income Latino children: social ecological influences". *J Public Health Dent*. 2012; 72(1):8-18.
- TELLEEN S, RHEE KIM YO, CHAVEZ N, BARRETT RE, HALL W, GAJENDRA S. "Access to oral health services for urban low-income Latino children: social ecological influences". *J Public Health Dent*. 2012; 72(1):8-18.
- TUBEUF, S. et al. 2008. "Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health". *IRDES - Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé*. ISSN 2102 - 6386. Working paper no. 12 (Jun. 2008), p. 1-24.
- VASSEND O. "Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment". *Behav Res Ther*. 1993;31(7):659-66.
- WAKEFIELD, S.; POLAND, B. .2005. "Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development". *Social Science and Medicine*. No. 60 (2005), p. 2819 - 2832.
- WALL T, NASSEH K AND VUJICIC M. "Most Important Barriers to Dental Care Are Financial, Not Supply Related". *American Dental Association's Health Policy Institute*. 2014.
- Wellstood K, Wilson K, Eyles J. "Reasonable access to primary care: assessing the role of individual and system characteristics". *Health Place*, 2006;12(2):121-30.

- WILKINSON, R. .1997. "Health inequalities: relative or absolute material standards?" British Medical Journal. No. 314 (1997), p.591 – 595.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. .2003. Social Determinants of Health - The Solid Facts. 2nd Edition. Copenhagen: World Health Organization. ISBN 92-890-1371-0.
- WILLIAMS SA, GELBIER S. "Dentists and ethnic minority communities". Br Dent J. 1989; 166(6):194-5.
- EAPN Portugal. 2022. "A luta contra a pobreza em Portugal: desafios e oportunidades". Diálogos sobre a Pobreza. Documento temático #1. Consultado em <https://congresso2022.eapn.pt/pobreza/>
- Comissão das Comunidades Europeias. 2003. Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Relatório Conjunto sobre a Inclusão Social que sintetiza os resultados da análise dos Planos de Acção Nacionais para a Inclusão Social (2003-2005). COM(2003) 773 final. Consultado em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003DC0773>
- Eurostat. 2020. "Persons at risk of poverty or social exclusion by age and sex[ilc_peps01n]". Consultado em https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_peps01n&lang=en
- Eurostat. 2020. "At-risk-of-poverty rate by poverty threshold and most frequent activity in the previous year - EU-SILC and ECHP surveys[ilc_li04]". Consultado em https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li04&lang=en
- Eurostat. 2020. "Persistent at-risk-of-poverty rate by sex and age - EU-SILC and ECHP surveys[ilc_li21]". Consultado em https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_li21&lang=en
- INE. 2021. "O risco de pobreza aumentou para 18,4% em 2020". Rendimento e Condições de vida 2021. Destaque à Comunicação Social de 17 de dezembro de 2021. Consultado em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473574196&DESTAQUESmodo=2
- Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza. 2021. Pobreza e Exclusão Social em Portugal: Relatório 2021. Consultado em <https://on.eapn.pt/produtos/relatorios/>
- Rede de Emergência Alimentar. 2021. Balanço de Atividade a 31 de Dezembro 2021. Consultado em <https://rededeemergencia.pt/campanhas/balanco-de-atividade-31-de-dezembro>
- UN. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. 2001. Poverty and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: statement / adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 4 May 2001. E/C.12/2001/10, 4 May 2001. Consultado em <https://digitallibrary.un.org/record/452397>
- <https://www.appsho.pt/index.php>
- <http://www.fpccsida.org.pt/>
- <https://abraco.pt/o-que-fazemos/acompanhamento-clinico/>
- <https://www.appsho.pt/index.php>
- <https://www.mundoasorrir.org/pt/>

11 | TESTEMUNHOS



António Correia de Campos

UM TRAJETO DE INTERESSE PÚBLICO

A Medicina Dentária nasceu em Portugal só depois do 25 de abril. Jamais o regime autoritário autorizou a criação de escolas de Medicina Dentária, condenando os portugueses a um dualismo intolerável. Ou se dispunha de meios para frequentar médicos com a especialidade de estomatologia, os únicos autorizados a praticar saúde oral, ou se recorria a odontologistas com escassa formação e em escasso número, ou ainda para a grande maioria da população deixava-se que os dentes caíssem natural ou forçadamente. A classe média, se tinha dinheiro para dentaduras, procurava protésicos dentários para o efeito. Ao olharmos as fotografias de portugueses e portuguesas desse tempo é comum encontrar sorrisos de pessoas desprovidas de dentes. Portugal era então, certamente, o país da Europa com pior saúde oral.

Timidamente, a saúde pública associada à saúde escolar criou programas de formação para docentes do ensino primário e secundário sobre higiene dentária e, mais tarde, um programa de rastreio de cáries e selagem. Tudo muito insuficiente e desigual. O 25 de abril trouxe as escolas de Medicina Dentária, algumas com apoio de países do Norte da Europa, o que lhes garantiu um selo de qualidade. Além dos programas já referidos, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) jamais se atreveu a organizar um serviço de saúde oral à escala nacional. De início por falta de médicos dentistas, depois e sempre por falta de recursos e por se considerarem de mais importância outras prioridades.

A multiplicação do ensino da Medicina Dentária, primeiro em três escolas agregadas a universidades públicas e, pouco a pouco, alargada a universidades privadas, gerou um volume crescente de profissionais bem treinados, sem outra expectativa que não fosse a prática em regime liberal. A pressão da crescente oferta de profissionais preparados e disponíveis por todo o país fez o resto: na segunda metade da primeira década deste século, dentro do SNS foi criado o “cheque-dentista”, a que tinham acesso as crianças até 12 anos, as grávidas e os idosos pobres que usufruíssem de Complemento Solidário para Idosos, o que evitava testes de condição de recursos para saber quem se podia habilitar. O sistema foi deliberadamente simplificado e só entrou em funcionamento depois de testada a sua viabilidade digital. Os cheques seriam atribuídos pelos médicos de família, ou seja, por quem melhor conhecesse, ainda que superficialmente, as carências de saúde oral dos utentes. Mais tarde, em algumas zonas mais vulneráveis foi introduzida nos centros de saúde a valência da saúde oral, com médico atribuído e prestação de uma gama mais alargada de cuidados. Entretanto, as populações instruídas e com alguns recursos aumentaram grandemente a sua literacia em saúde oral e passaram a frequentar o médico dentista não apenas episodicamente, mas de forma regular e preventiva. Esta evolução revela-se ainda fragmentária e, por tal, muito insuficiente. Há uma enorme agenda de trabalhos à frente de todos nós. A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) nasceu no virar do século e viveu todas

estas vicissitudes. Revelou-se desde cedo mais motor de solução que causador de problemas. Levava a OMD sete anos de vida quando nos encontrámos, sendo eu então o responsável pela pasta da Saúde. Concordância total no diagnóstico dos problemas, vontade comum de os resolver, abertura de espírito e colocação do interesse público acima do interesse corporativo, sem jamais desrespeitar a qualidade profissional e o rigor da postura deontológica, tornaram altamente produtiva a confluência de interesses. Foi assim que nasceu o “cheque-dentista” e assim que se reforçaram, ao longo dos anos, o espírito de cooperação e de sentido de servir o público nas relações entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos Dentistas.

Havendo muito para fazer no futuro imediato, naturalmente que o sucesso de programas passados deve ser escrutinado e revisto. A situação do país mudou muito em duas décadas, tanto económica como social e culturalmente. Novos desafios se acrescentaram aos desafios passados, muitos deles a meio-caminho. Mas havendo recursos humanos altamente qualificados e experiência que nos pode orientar, não temos o direito de ser pessimistas.

Temos, sim, a obrigação imediata de felicitar a OMD por este brilhante e produtivo percurso de um quarto de século e incitá-la e aos governos e administrações a prosseguirem e aprofundarem uma política de cooperação produtiva.

António Correia de Campos

Ministro da Saúde de abril de 2005 a janeiro de 2008



Carlos César

25 anos de vida de uma instituição como a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) constitui um marco sinalizador de um associativismo profissional que é simultaneamente jovem e reportado a uma profissão antiga. Ou seja, transporta, de forma conjugada, saberes de todos os tempos, incluindo preocupações dos tempos de agora e do futuro. A iniciativa de publicar o Livro Branco da Medicina Dentária é, justamente, o reflexo e a continuidade dessa vivência.

Felizmente, apesar embora todas as entropias e constrangimentos, a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde, que estão hoje ao dispor da sociedade portuguesa, não têm paralelo com a situação de carência que vivíamos há um quarto ou meio de século.

Foi, aliás, no longínquo ano de 1979 que, em resultado do empenho e da determinação de António Arnaut e de Mário Soares, Portugal viu aprovada, na Assembleia da República, a lei que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Se hoje o SNS é uma das matrizes que enforma o Estado Social Português, na ocasião a sua criação foi tudo menos consensual. Graças, porém, à criação e desenvolvimento desse serviço público, foi possível estabelecer nuns casos e ampliar noutros prestações organizadas de cuidados de saúde então inacessíveis. Na verdade, a saúde oral nem sempre teve ou continuou a ter a atenção que seria e é merecida, mas ganhou estatuto nas opções da componente pública da organização do sistema de saúde.

A Lei do SNS, no seu artigo 16.º, pode dizer-se, foi a primeira indicação, no âmbito legislativo, da necessidade de incluir a saúde oral nos domínios essenciais da ação dos cuidados de saúde primários, mencionando explicitamente a estomatologia como uma das especialidades incluídas. Ainda que com um percurso demasiado lento, sucederam-se alguns avanços relevantes na definição e constituição de serviços atinentes, desde a criação, em 1983, da Divisão de Saúde Oral, inserida na Direção-Geral de Saúde, à criação do primeiro Programa de Saúde Oral na Sociedade Escolar (PSOSE), passando pelo Programa de Educação em Saúde Oral e por várias outras iniciativas ao longo dos anos.

Portugal tem, hoje, mais de 12 mil médicos dentistas em atividade, o que se traduz num rácio de um profissional para 846 habitantes, valor muito distinto da média preconizada pela Organização Mundial da Saúde (um médico para 1.500/2.000 habitantes). Se é certo que este rácio poderá, potencialmente, indiciar uma capacidade bem acima da suficiência, é certo que se suscitam outras questões relacionadas com a disparidade da cobertura territorial, de inacessibilidades notórias e, até, ao invés, mas por consequência, de fenómenos de instabilidade profissional. São desafios que devem ocupar os decisores e os destinatários.

Mas, muito mudou para melhor. Recordo-me, por exemplo, que quando assumi a presidência do Governo dos Açores, em 1996, apenas existiam três médicos dentistas para as nove ilhas açorianas. Foi necessário implementar, com a muito preciosa colaboração da Ordem dos Médicos Dentistas, um ambicioso programa de saúde oral, incluindo ações periódicas e extraordinárias de rastreio, particularmente junto de populações mais expostas e frágeis por razões etárias e/ ou

sociais, e de modo a garantir o acesso à Medicina Dentária em todo o arquipélago (na ilha do Corvo, através da deslocação dos médicos especialistas), por via de consultas nos centros de saúde como, supletivamente, por via de reembolso de consultas no setor privado. Para termos uma ideia do que, em termos da apetência e da necessidade do recurso aos cuidados de saúde oral, muito provavelmente acontecerá ou aconteceria em muitas outras zonas do país, basta vermos o que na pequena ilha Graciosa, só no último ano em que exerci funções governativas, em 2012, aconteceu: foram 2.534 consultas de Medicina Dentária para uma população de cerca de quatro mil habitantes.

Aprendemos todos, ao longo do tempo, que as conquistas na saúde, especialmente no plano preventivo, constituem poupanças significativas no esforço que a sociedade, no seu conjunto, tem de despende nas respostas a situações agudas e nas prestações sociais em geral. A prevenção é, pois, a grande prioridade na promoção da saúde que não podemos desvalorizar. E, já que estive a lembrar o processo nos Açores, também recorde que, assumindo-se a prioridade da prevenção da doença, foi apresentado na região autónoma o Boletim Individual de Saúde Oral, numa iniciativa que foi pioneira a nível nacional.

Em síntese, todas essas dimensões, de cuidados preventivos e curativos, apesar do muito em que se progrediu, carecem, em todo o país, de mais atenção e, certamente, de mais investimento assente na deteção das prioridades, no que a OMD poderá e deverá ser chamada a dar as melhores indicações a prosseguir em consonância com as suas funções estatutárias e legais. A Ordem dos Médicos Dentistas tem-se distinguido, aliás, como uma ordem profissional que muito bem tem procurado e encontrado o seu lugar fora de influências e contextos estranhos à profissão e ao setor.

Carlos César

Medalha de Ouro da OMD

Conselheiro de Estado

Antigo Presidente do Governo Regional dos Açores



Fernando Araújo

Deve constituir uma prioridade para Portugal a melhoria do acesso a cuidados de saúde oral. Parece contraditório um país que forma um número adequado de médicos dentistas, com enorme qualidade, tenha um dos piores indicadores a nível internacional em termos de acesso a consultas e tratamentos dentários.

Trata-se de um verdadeiro problema de saúde pública, que não tem sido encarado como prioritário pelo Estado, por razões económicas, culturais ou outras, e que temos a obrigação de alterar. A avaliação da situação da saúde oral em Portugal evidencia que, apesar da melhoria observada, os problemas nesta área persistem. A saúde oral é indispensável para o bem-estar físico, mental e social das populações e tem um forte impacto na saúde em geral e na qualidade de vida.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) da Direção-Geral da Saúde foi pioneiro neste processo, implementado estratégias, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e do tratamento precoce das doenças orais. Nas medidas de promoção da saúde oral ao longo da vida destacam-se as ações de formação e informação para as grávidas e futuros pais, educadores e professores, crianças e jovens, técnicos, utentes institucionalizados, entre outros. A formação das crianças e jovens tem sido, porventura, a maior prioridade. De salientar o enorme contributo das higienistas orais neste processo.

Em 2008, foi lançado o programa do “cheque-dentista”, que abrangeu milhões de portugueses e que permitiu que determinados grupos populacionais, considerados prioritários, tivessem acesso a consultas de Medicina Dentária, garantindo a liberdade de escolha dos utentes e respondendo à necessidade de aumento do acesso da população à saúde oral.

Em 2016, surgiu uma resposta inovadora no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que buscava, de forma progressiva, a universalidade do acesso a consultas de Medicina Dentária. Neste sentido, através do Despacho n.º 8591-B/2016, de 1 de julho, o Ministério da Saúde deu início à implementação de consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através do desenvolvimento de experiências-piloto, envolvendo inicialmente um total de 13 centros de saúde, e posteriormente alargado a todo o país, abrangendo cerca de seis dezenas de unidades de cuidados de saúde primários. Com os resultados alcançados no desenvolvimento desta abordagem, num clima de diálogo sustentável com os vários parceiros institucionais e profissionais desta área, foi considerado que era tempo de avançar para a definição de objetivos a médio prazo para a promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, no quadro da revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde. Para esse fim, através do Despacho n.º 8861-A/2018, de 14 de setembro, determinou-se que a estratégia para a saúde oral no SNS dever-se-ia orientar para o aumento e melhoria da sua cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários, de forma universal e com equidade, para o reforço da literacia, considerando que o conhecimento das populações, especialmente dos mais jovens, e a adequação de comportamentos, nomeadamente preventivos, são componentes decisivas na melhoria sustentada da saúde oral, e para o desenvolvimento de ações intersetoriais que envolviam as autarquias,

alinhadas com os Planos Locais de Saúde. Estas ações intersetoriais permitem a obtenção de ganhos em saúde e qualidade, com maior proximidade à população, constituindo-se como um dos objetivos centrais a orientar a ação do SNS na área da saúde oral. De destacar que o enfoque na articulação entre os vários profissionais envolvidos na saúde oral, como os médicos dentistas, os médicos de saúde pública, os médicos de medicina geral e familiar, os enfermeiros, os higienistas orais, os nutricionistas, os psicólogos, entre outros profissionais de saúde, é fundamental para o sucesso de uma política adequada e integrada de saúde oral. Nesse âmbito, foi em 2018 efetuado um trabalho conjunto com as autarquias no sentido de dinamizar a implementação de consultórios de Medicina Dentária nos cuidados de saúde primários, de forma a promover o acesso a cuidados de saúde oral, com equidade, em todo o país.

Em 2023, a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS) volta a considerar fundamental recuperar a centralidade nos cuidados de proximidade, diferenciando a sua capacidade resolutive e aumentando a confiança dos cidadãos neste nível de cuidados, nomeadamente em áreas onde tem existido menor investimento e acessibilidade. Em articulação com a Ordem dos Médicos Dentistas e dando seguimento a uma manifesta vontade de ambas as partes em cooperar, no sentido de dar uma ambição renovada à prática da Medicina Dentária nos cuidados de saúde primários do SNS, a DE-SNS lançou o Programa Saúde Oral no SNS - 2.0, dando-lhe um novo impulso. Pretende-se, assim, garantir ganhos efetivos em saúde e um claro objetivo de cativar e fixar médicos dentistas no SNS, através da criação de condições laborais que dignifiquem a profissão.

Estes próximos três anos podem ser decisivos, com um plano sustentado da DE-SNS, o investimento do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) em infraestruturas e equipamentos, uma nova estratégia, e com o esforço dos médicos dentistas poderemos conseguir chegar a todos os concelhos de Portugal e finalmente, passados mais de 40 anos desde a criação do SNS, democratizar o acesso à saúde oral.

Uma última palavra em relação à Ordem dos Médicos Dentistas, que esteve sempre presente em todas as ações, apoiando, facilitando e incorporando a ciência e a visão nos projetos, numa parceria única, na defesa da saúde oral dos portugueses.

Fernando Araújo

Diretor Executivo do SNS

Ex-Secretário de Estado Adjunto e da Saúde



Francisco George

SÁUDE ORAL. UMA PRIORIDADE ABSOLUTA.

No quadro da construção do Serviço Nacional de Saúde, cedo se percebeu que os serviços de estomatologia instalados na rede hospitalar não davam resposta nem às necessidades de tratamento de doenças orais, nem muito menos de prevenção de problemas evitáveis. A alta prevalência da cárie dentária, nomeadamente, espelha a situação do país.

A pobreza, a fragilidade da higiene individual, a frequência elevada de doenças das gengivas e a cárie dos dentes (incluindo a perda deles) são responsáveis por um ciclo interativo que está na origem de sérios problemas de saúde oral.

Apesar da rápida perceção do agravamento desses problemas, associada à ineficácia de soluções de controlo, foi demorada a mobilização de recursos de prevenção e terapêutica.

Neste âmbito, foi indispensável desenhar, organizar e desenvolver novas alternativas. Reconheceu-se a necessidade em andar depressa e recuperar tempo perdido. Foi, em 2008, por iniciativa do então ministro da Saúde, criado o programa “cheque-dentista”, que foi concebido pela Universidade de Aveiro e implementado pelos serviços da Direção-Geral da Saúde. Foi assim que os médicos dentistas, apoiados por higienistas orais, modificaram o panorama em Portugal.

Hoje, não é difícil encontrar jovens a usarem aparelhos de correção dos dentes, a comprovar a maior atenção por parte das famílias à higiene dentária.

Reparar na evolução representada pelas emissões televisivas a mostrarem retratos de portugueses até há poucos anos, comparadas com as de hoje, constitui motivo de orgulho. Não é, porém, ainda suficiente. É preciso investir mais. É preciso ter mais ambição. É preciso implementar o programa de acesso universal à Medicina Dentária em todas as unidades de cuidados primários.

Francisco George

Ex-Diretor-Geral da Saúde



José Manuel Bolieiro

A saúde oral é um bem pessoal e para a comunidade.

Na verdade, as doenças orais têm um impacto significativo na vida das populações, com custos sociais e económicos que não podem ser negligenciados.

A Organização Mundial da Saúde alerta para o facto de as doenças orais partilharem fatores de risco com doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cancro e diabetes.

Ora, a prevenção e controlo das doenças orais é, portanto, um dos mecanismos de combate a estas doenças que podem surgir associadas.

O acesso a cuidados de saúde oral, seja numa perspetiva de prevenção, seja numa perspetiva de tratamento e/ou reabilitação, deve ser tendencialmente uma componente integral dos serviços de saúde públicos, evitando que o acesso à Medicina Dentária possa ser apenas uma atividade privada e dependente da capacidade financeira das famílias.

Esta prioridade assume particular relevância quando falamos de jovens e da sua necessidade de acompanhamento por médicos dentistas, desde tenra idade, ou de grávidas, que devem ter a capacidade de monitorização da sua saúde oral, evitando complicações.

Todas estas intervenções devem continuar a ter como objetivo a redução da incidência e prevalência de doenças orais, garantindo a educação para a saúde sobre hábitos e estilos de vida saudáveis e o equitativo acesso aos cuidados de saúde nesta área.

A literacia para a saúde oral é muito importante.

Os Açores, fruto da autonomia de organização do Serviço Regional de Saúde (SRS), foram pioneiros a nível nacional na contratação de médicos dentistas para as Unidades de Saúde de Ilha, ainda durante a década de 80, bem como na elaboração de diversos planos de intervenção na área da Medicina Dentária e, ainda, na implementação do Boletim Individual de Saúde Oral.

A percentagem de habitantes da Região Autónoma dos Açores, com idade igual ou superior a dois anos, que já consultou um técnico de saúde oral (estomatologista, médico dentista, higienista ou outro técnico de saúde dentária) é significativa e fruto de um trabalho em que muito tem sido feito, com a dedicação e entrega dos médicos dentistas açorianos, facto que é reconhecido pelo Governo Regional. Quando não era possível termos médicos dentistas em todas as ilhas, contávamos com a disponibilidade dos profissionais açorianos para deslocações interilhas, garantindo o direito básico das populações a cuidados de saúde oral.

O futuro Plano Regional de Saúde Açoriano, que se encontra na fase final de elaboração, prevê a saúde oral como um dos eixos de intervenção prioritários, contendo uma série de ações e objetivos para atingir o desiderato final de continuar a melhorar os indicadores de saúde oral na população açoriana.

É objetivo do Governo dos Açores, na área de planeamento dos recursos humanos do SRS, garantir um progressivo reforço dos profissionais de Medicina Dentária e dos recursos materiais que estes devem ter ao seu dispor, para uma melhoria da resposta às necessidades das populações, desenvolvendo interven-

ção não apenas ao nível de tratamento, mas igualmente na prevenção, em particular na área de saúde escolar. Realçamos, aliás, as quase 6.000 crianças que tiveram acesso a rastreios de saúde oral realizados no ano letivo de 2021/2022 nas escolas açorianas.

Saúdo e felicito a Ordem dos Médicos Dentistas pelo seu 25º aniversário e pela publicação do Livro Branco da Medicina Dentária, deixando à instituição a nossa garantia de que nos Açores continuaremos a contar com os médicos dentistas, para termos um Serviço Regional de Saúde robusto e capaz de responder aos utentes açorianos. A aposta na Medicina Dentária é um investimento no Serviço Regional de Saúde.

José Manuel Bolieiro

Presidente do Governo dos Açores



Manuel Fontes de Carvalho

25 ANOS DE MEDICINA DENTÁRIA

Carrego na minha memória, não apenas os 25 anos da Medicina Dentária, mas 47, se for considerado o período em que a ela estou ligado e que é anterior a 1976, pois participei na criação do primeiro curso (que acabei por frequentar), quando era membro do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina do Porto, entidade responsável pela iniciativa.

Consequentemente, fui testemunha de todos, ou quase todos, os episódios que foram acontecendo até ter deixado o cargo de Bastonário, em 2000. Embora ainda tenha estado ligado aos órgãos sociais da Ordem até 2008.

Resumidamente, recordo o fim do primeiro curso, em 23 de junho de 1979, a inscrição na Ordem dos Médicos (secção de Medicina Dentária), a adesão aos organismos europeus, nomeadamente ao Dental Liaison Committee in the EU e a adesão aos organismos mundiais como a FDI World Dental Federation. A fundação da APMD (Associação Profissional dos Médicos Dentistas), a adesão à, então SPE, hoje SPEMD (Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária) e, por fim, a fundação da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), de que tenho a honra de ter sido o seu primeiro Bastonário.

Pelo caminho ficou o trabalho permanente de regulamentação da profissão e a luta (iniciada logo em 1979) pela entrada dos médicos dentistas nos Serviços Públicos de Saúde (mesmo antes do SNS), para além do esforço, conseguido, pela erradicação do exercício ilegal da profissão (de dimensões assustadoras na época); pela resolução do problema do exercício da profissão por diplomados provenientes do Brasil, sem equivalência reconhecida na União Europeia; pela permanente preocupação na elevação da qualidade de ensino que passava, também, pela não autorização de abertura descontrolada de novas faculdades e, sobretudo, por um esforço permanente junto dos diversos governos para que não fossem tomadas medidas que ferissem a saúde dos portugueses e a dignidade dos médicos dentistas.

*Este tempo passado, encontro o exercício da profissão em muito pior estado e a saúde oral dos portugueses aquém do que seria de esperar, muito embora nada tenha a ver com o panorama que conheci até à década de 90 do passado século! Apesar do esforço insano dos colegas que detêm a responsabilidade de gerir a profissão, cada vez mais limitados pela legislação que regulamenta as ordens profissionais, percebemos o descalabro que paira sobre o ensino com a progressiva degradação da sua qualidade, fundamentalmente centrada na violação descarada do *numerus clausus* e na desproporção entre o número de diplomados e as necessidades do país. Isto, a par da sempre adiada, integração dos médicos dentistas no SNS, acarreta uma estagnação da prestação dos cuidados de saúde aos portugueses pela simples circunstância de uma larga, e crescente, percentagem da população não ter meios económicos para aceder a esses cuidados.*

Sem querer ser “profeta da desgraça”, antevejo cada vez mais dificuldades à

OMD para conseguir ultrapassar todos estes problemas, pois luta contra lóbis poderosos cujo objetivo financeiro inconfessável (ignorado pelos governos) e que não estão nada preocupados com a emigração dos jovens diplomados, com a diminuição da sua preparação, com a saúde oral dos cidadãos e com o futuro do país!

A lei da vida não me permitirá, certamente, estar vivo a tempo de testemunhar o epílogo desta situação, mas mantenho a fé e, sobretudo, a confiança nos colegas que continuam a lutar, que continuam a acreditar e que desinteressadamente, nos órgãos sociais da Ordem, que fundei, dão tudo o que podem para contrariar todos estes problemas.

Manuel Fontes de Carvalho

Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas



Manuel Pizarro

CUIDAR DO SORRISO DOS PORTUGUESES

Hoje, ninguém questiona a importância da saúde oral e da medicina dentária para a saúde dos portugueses. Nem sempre foi assim. Durante anos, tempo de mais, esta área foi relegada para um segundo plano, tantas vezes considerada uma despesa supérflua e, noutros tantos casos, entendida como um privilégio meramente estético.

Felizmente, afastámos estas ideias do passado. Sabemos que a saúde e a higiene oral são absolutamente determinantes para conferir às pessoas uma vida saudável e uma existência plena, realizada e feliz.

Estamos conscientes de que há ainda muito trabalho a fazer em matéria de literacia para a saúde. A principal causa de má saúde oral, a cárie, é plenamente prevenível e evitável.

Ao mesmo tempo, vemos que parte significativa da população continua excluída do acesso à medicina dentária por falta de reconhecimento das necessidades de cuidados ou por limitações económicas.

O Governo está a conduzir uma intensa e profunda reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se estende, naturalmente, à saúde oral, estando firmemente comprometido com o alargamento das respostas nesta área. Não podia ser de outra maneira.

Esta prioridade do Ministério da Saúde terá um reflexo prático no quotidiano dos cidadãos. O investimento nesta área ganha forma através do reforço de medidas de prevenção junto das crianças e dos jovens e da disseminação de gabinetes de saúde oral no SNS.

Em 2023, trabalhamos em três medidas para dar um novo impulso e agilizar o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: atualização do programa cheque-dentista, alargamento da instalação de gabinetes de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários e aposta na melhoria e estabilização das condições de exercício profissional dos médicos dentistas no SNS.

O programa cheque-dentista garante acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária, gratuitos, em áreas como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, e abrange grávidas seguidas no SNS, beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, crianças e jovens até aos 18 anos, utentes portadores de infeção por VIH/SIDA e utentes com lesão suspeita de cancro oral.

É uma medida com mérito demonstrado. No entanto, dos mais de 630 mil cheques-dentista emitidos em 2022, foram utilizados cerca de 415 mil, o que representa uma taxa de utilização de 65,9%. É um resultado que não nos deixa inteiramente satisfeitos. Temos que ser capazes de mostrar a importância deste verdadeiro passaporte de acesso a cuidados de saúde oral, cimentando-o em ações de promoção da saúde, nomeadamente junto das crianças e das respetivas famílias.

Paralelamente, está em aceleração a utilização de recursos públicos, nomeadamente do Plano de Recuperação e Resiliência. São mais de 7,2 milhões de euros

que estão a permitir instalar e equipar, de norte a sul, novos consultórios de medicina dentária nos centros de saúde. O objetivo é criar, até 2026, 150 novos gabinetes de saúde oral nos cuidados de saúde primários.

A criação de novas infraestruturas e equipamentos, e a dignificação de alguns dos que já existem, ajuda a promover a atração e a integração de recursos humanos qualificados no SNS, com relevo para os médicos dentistas, abrindo caminho a que a carreira regresse à agenda do serviço público de saúde.

No seu conjunto, as medidas em curso permitem recuperar a centralidade da saúde oral nos cuidados de saúde primários e aumentar a confiança e a consciência dos utentes para a importância e disponibilidade destas consultas em todos os municípios do país.

Reafirmo o que disse por ocasião do 31.º Congresso da Ordem dos Médicos Dentistas, em novembro de 2022. A ausência de cuidados de saúde oral exclui cidadãos de uma vida social normal, da vida da sua comunidade e da possibilidade de uma vida profissional, uma vez que é uma causa muito relevante de absentismo no mercado de trabalho.

É precisamente neste contexto que o Ministério da Saúde, em articulação com a Direção Executiva do SNS, relança o Programa Saúde Oral no SNS – 2.0, concretizando a criação de um grupo de trabalho com a Ordem dos Médicos Dentistas, com o objetivo de apresentar um plano para o período 2023-25, para um programa integrado para a saúde oral.

Este é um passo determinante, através da articulação e do diálogo, para promover hábitos de vida saudáveis e a prevenção da doença oral ao nível da saúde escolar, bem como acesso a cuidados de saúde oral, com equidade, a toda a população.

Tem que haver lugar para uma medicina dentária de qualidade no Serviço Nacional de Saúde e para uma resposta de saúde oral, acessível a todos. Esta visão requer que se mantenham as parcerias com o setor privado e social, mas também que se invista mais nas respostas dentro da rede do SNS, uma rede com uma capilaridade superior a qualquer outra oferta de saúde no país.

O Livro Branco da Medicina Dentária da Ordem dos Médicos Dentistas tem a ambição e aponta uma estratégia para o futuro. É bom e desejável que assim seja, sobretudo num momento em que Portugal faz uma aposta e um investimento claro nesta área.

Em nome do Ministério da Saúde, agradeço o trabalho diário dos profissionais de saúde da rede do Programa Nacional de Promoção à Saúde Oral. Agradeço em especial aos cerca de seis mil médicos dentistas que colaboram com o SNS em mais de 11 mil consultórios de medicina dentária na rede convencionada e aos profissionais que trabalham nos quase 150 gabinetes de medicina dentária já abertos, espalhados em 137 centros de saúde. Fazem a diferença na vida e na saúde das pessoas e das comunidades onde trabalham. Muito obrigado pela vossa dedicação.

Manuel Pizarro

Ministro da Saúde



Manuel Sobrinho Simões

Apesar de ser um outsider da Medicina Dentária (MD) confesso que me sinto um membro desta comunidade e daí procurar contribuir com um par de opiniões para o debate que o Livro Branco da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) decidiu em boa hora publicar.

Desde logo porque fui docente de numerosas gerações de alunos de MD na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), primeiro, e na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), depois, a partir do fim da década de 60 do século passado. Tive muito gosto em ser professor destas gerações e fartei-me de aprender com elas. As turmas de MD eram diferentes das outras porque os alunos tinham mais vocação para “saber fazer” do que “saber-pelo-saber” e valorizavam mais as perguntas “Como?” e “Para quê?” do que os “Porquês?” (Infelizmente, hoje em dia, os médicos esquecem-se que é tão importante “Atuar”, como “Não Atuar”, mas este parêntesis é uma conta de outro rosário).

A nossa ligação à MD ficou também marcada pela estreita ligação do Ipatimup ao Prof. António Felino, em termos de diagnóstico anátomo-patológico e de comportamento académico, assim como, mais tarde, ao desenvolvimento de um interessante projecto de diagnóstico precoce de lesões orais no Ipatimup, graças ao envolvimento de várias instituições, com um papel fundamental da OMD.

Estou a salientar os aspectos mais associados à profissão de diagnosticador-tão-precoce-quanto-possível, através do tandem “médico dentista” e “anatomopatologista” por serem aqueles que mais facilmente demonstram a importância da competência e do profissionalismo, tanto individual como socialmente.

Habituei-me, entretanto, a perceber o papel fundamental que os médicos dentistas desempenham em termos de saúde pública, para além da saúde oral. Esta dimensão passa pela inserção de profissionais competentes em organizações que são cruciais para a vida das pessoas, nomeadamente na idade escolar. “É de pequenino que se torce o pepino”, e tal sucederá se compreendermos o valor acrescentado que os primeiros contactos de jovens com médicos dentistas representam para o futuro dessas pessoas. A coisa vai muito para além dos dentes e os médicos dentistas devem ser, antes de mais, médicos. E, felizmente, são-no. Assim a organização institucional da profissão – vulgo “carreira” de médico dentista – o permitisse...

Estas vertentes de natureza mais social são particularmente importantes em Portugal, país cada vez mais desigual, com uma pauperização galopante.

Sinto que acabei por deslizar para os domínios mais “básicos” da MD, ia dizer domínios mais comunitários da MD, mas atenção que esses domínios são mesmo fundamentais, embora longe da fama e do dinheiro. Não resisto acrescentar, à laia de um parêntesis colateral, que deparamos constantemente na MD exemplos extraordinários de desenvolvimentos tecnológicos a múltiplos níveis – novos materiais, nanotecnologias, robótica, inteligência artificial, ... – e progressos impressionantes na compreensão da biopatologia da mucosa oral, em articulação com os microbiotas e a resposta inflamatória/imunológica, no contexto de alterações

localizadas e sistémicas. Tudo “isto” também é MD e espero que os médicos dentistas valorizem devidamente as possibilidades excecionais que o futuro se abre para outros tipos de profissionais competentes, como aqueles que fazem, com brio, o dia a dia das atividades assistenciais.

É sempre difícil acabar este tipo de textos. Daí recorrer a uma espécie de voto: Vamos ver se conseguimos recuperar o orgulho de ser Médico, capaz de prevenir, curar e cuidar tanto de Nós como, sobretudo, dos Outros.

Manuel Sobrinho Simões

Presidente do Ipatimup



Maria de Belém Roseira

A minha circunstância permitiu-me viver episódios fascinantes na construção dos níveis de desenvolvimento para o nosso país, aos quais, enquanto povo, tínhamos a legitimidade de aspirar e a geração que integrei almejava e queria poder ser deles agente e co-obreira.

Na verdade, se quiséssemos estar atentos, tínhamos tomado contacto, na nossa infância ou juventude, com a alarmante mortalidade infantil e materna que, com trágica frequência, devastava os agregados familiares mais pobres; assistíamos às dificuldades com que se debatia grande parte das famílias portuguesas sem pão suficiente para pôr na mesa; à impossibilidade de proporcionar aos filhos a progressão no ensino para além do primário que frequentavam, as mais das vezes, descalços; a ter que contar com o seu trabalho, ainda em idade infantil, para garantir algum sustento; sem ambiente social ou de acesso à saúde que garantisse a maternidade e a paternidade responsáveis ou a assistência médica em caso de necessidade; enfim, em termos comparativos com a Europa que vivia em democracia, indicadores de pobreza, de baixa qualificação, de escassez de rendimento, de desenvolvimento social e económico que nos colocavam muito aquém daqueles que os outros países, que não viviam a asfixia da ausência de democracia e que cultivavam os direitos humanos, tinham conseguido alcançar, apesar da devastação que a II Guerra Mundial neles tinha provocado.

Enquanto estudantes do ensino superior, sabíamos que pertencíamos a uma minoria que chegava lá - muitos também com enorme sacrifício para as suas famílias - mas que muitos outros e outras, porventura com iguais ou superiores capacidades, ficavam tolhidos pelo caminho, o que significava, para além de uma grave injustiça, um enorme empobrecimento para o país.

Queríamos fazer parte da mudança e as lutas estudantis dos anos 60 foram a prova disso. Despoletadas pela perseguição política mas também, a partir de 1961, pela mobilização sacrificial da nossa juventude numa Guerra Colonial a destempero do direito dos povos à autodeterminação, já consagrado pelas Nações Unidas no âmbito do Direito Internacional Público. Uma guerra ilegítima entre povos que deveriam conviver como amigos, com séculos de miscigenação de gentes e cultura. Por isso, o 25 de abril foi "a madrugada inteira e limpa" que nos permitiu restituir o que pelo direito não era nosso e, ao mesmo tempo, criar as condições de base para alcançarmos o almejado melhor e mais justo viver para todos, em função das suas escolhas legítimas.

A radical transformação política que aconteceu, primeiro em Portugal e depois em Espanha, foi muito desejada pela Europa desenvolvida e civilizada de que queríamos fazer parte. Por isso mesmo, muitos dos países que a integravam olharam para nós com olhos de solidariedade, desenhando programas de ajuda que nos permitissem percorrer o caminho mais depressa.

A revolução democrática cedo aprovou um programa de desenvolvimento assente nos três "D's": Democracia, Desenvolvimento e Descolonização, que estabeleceu as bases para um plano em várias dimensões no âmbito do qual os "Assuntos Sociais" e a consagração do conceito de universalidade no acesso à proteção da

saúde e da segurança social passava a ser para todos e não ligado apenas ao “trabalho” ou à “condição de pobre”. Neste último caso, sempre em situação de inferioridade inaceitável à luz dos padrões da dignidade humana.

E eu tive a oportunidade fabulosa de estar ativamente no início e na construção deste processo ao longo dos últimos 50 anos e, por isso, posso lembrar e registar os primórdios do que aconteceu, não porque alguém nos tivesse contado, mas porque vivi, pessoalmente, o que aconteceu.

No contexto em que surge este testemunho, ocupo-me, naturalmente, da saúde oral ou, mais propriamente, na falta dela.

De entre os países que mais nos ajudaram nessa época, os nórdicos marcaram presença imediata e ficaram muito impressionados com o estado da “boca” da maioria dos portugueses, tão determinante para o seu envelhecimento precoce. Analisando os indicadores de saúde do nosso país nesse domínio, consideraram ser uma prioridade a formação de médicos dentistas com um programa específico, essencialmente constituído pelos três primeiros anos da formação médica comum a que acresciam três de formação específica.

Para além de ser insuficiente o número de médicos estomatologistas em Portugal, faltavam técnicos de saúde nessa área que, sob supervisão médica, pudessem realizar atividades de acompanhamento da saúde oral devidamente identificadas que também contribuiriam para uma melhor cobertura do país com competências na mesma área. Ao fim e ao cabo, a exportação do modelo que vigorava nesses países com muito sucesso.

O Professor Simões dos Santos, da Faculdade de Medicina de Lisboa, estomatologista, foi um imediato defensor desta metodologia que, como não podia deixar de ser, suscitou polémica de imediato. Como sempre acontece entre nós!

Continua a constituir para mim um mistério o facto de pessoas de elevado nível de formação terem tão pouca disponibilidade para dizer sim a uma mudança já comprovada em países mais avançados. Designadamente em domínios do respeito pelos direitos humanos, base de qualquer sociedade desenvolvida de acordo com os parâmetros atuais. Quando sentem que aquilo que está em causa pode não ser o ótimo, não hesitam em optar pelo zero. É o “ou tudo ou nada”, apesar de o “zero” ser inaceitável e o “possível” constituir uma exigência ética, numa área onde os recursos serão sempre escassos e insuficientes para a satisfação da procura, sobretudo num país onde os determinantes de saúde são pesadamente negativos.

Assisti a esta discussão acalorada e à resistência de que foi alvo, mas também à adoção dos ventos de mudança no Gabinete de Maldonado Gonelha, que chefiei e, onde, não havendo nenhum Secretário de Estado, a maioria dos dossiers tinha que ser diretamente acompanhado por mim.

Foi uma época fascinante de aprendizagem, de empenhamento e de realizações, apesar de ter sido mais um tempo em que um programa duro do FMI impedia avanços substanciais.

O certo é que, graças ao Professor Simões dos Santos, em Lisboa, e ao Professor Fontes de Carvalho, no Porto, a ideia singrou e concretizou-se com a criação das escolas de Medicina Dentária, que permitiram a dotação do país, com os recursos

humanos suficientes para uma adequada cobertura do país em termos de saúde oral.

Tal não aconteceu, contudo, a ritmo equivalente no âmbito do SNS. A escassez de dotações financeiras para o seu desenvolvimento foi uma marca que tem pesado desde o seu início e essa escassez, por sua vez, implica ineficiência e insuficiências difíceis de colmatar.

Quando tive a responsabilidade da pasta da Saúde, de 1995 a 1999, contudo, entendi que deveríamos iniciar um caminho e negociou-se com as estruturas representativas a cobertura sistemática em saúde oral pelas crianças de seis anos de idade, entrando no ano seguinte as que perfaziam essa idade, acrescentando às que tinham entrado nos anos anteriores e assim sucessivamente. Penso que o programa terá sido interrompido, como frequentemente acontece entre nós, sem qualquer pedido de responsabilidades...e só bastantes anos mais tarde terá sido retomado.

Entretanto, não havendo integração dos médicos dentistas saídos das novas faculdades no SNS, a solução foi optarem pelo exercício liberal da profissão.

Impunha-se, pois, a criação de uma nova ordem profissional, a Ordem dos Médicos Dentistas, o que aconteceu também durante o meu mandato.

Tive o gosto e a honra de ter inaugurado a sua sede, na cidade do Porto. Perfaçam-se, agora, 25 anos!

A sua História não é tão longa como a de outros organismos congéneres mas, cumprindo a sua missão, designadamente no domínio do exercício e da deontologia profissional, deve e pode afirmar-se. Sou testemunha viva de que procurou sempre ter um papel construtivo na resolução dos problemas do acesso à cobertura da população portuguesa em cuidados de saúde oral e só posso desejar que no futuro, tão próximo quanto possível, essa passe a ser a realidade para os portugueses.

Estes, na verdade, apesar de serem consagrada na Constituição da República Portuguesa a cobertura universal para o exercício do direito à proteção da saúde, são dos cidadãos europeus que mais pagam do seu próprio bolso, situação que tudo aconselha a que possa ser revertida. Mas só o será com a tomada de medidas reformistas adequadas e com o contributo de todos, sobretudo aqueles que devem dizer sim quando são chamados a colaborar em realizações e mudanças construtivas, devendo fazê-lo em meu entender com competência e empenho crítico positivo.

Parabéns e longa vida, sempre pelo caminho certo e justo, são os meus votos!

Maria de Belém Roseira

Ex-Ministra da Saúde



Mariano Sanz

PERIODONTAL HEALTH – IMPLICATIONS FOR GENERAL HEALTH AND WELLBEING

Periodontal diseases were recently reclassified at a world workshop in 2017, comprising gingivitis and periodontitis as independent conditions, but together representing probably the most common disease of mankind. In Europe, periodontitis affects about 45%-50% of adults in its mildest forms, rising to over 60% in people aged >65 years. Periodontitis has been currently defined as a chronic multifactorial inflammatory disease associated with dysbiotic plaque biofilms resulting in chronic non-resolving and destructive inflammation that progress via periodontal attachment and bone loss. Severe periodontitis is defined by extensive loss of the tooth attachment apparatus, which, if untreated, results in tooth loss, frequently leading to nutritional compromise, altered speech, low self-esteem, and a poorer overall quality of life.

Severe periodontitis, therefore, represents a significant healthcare, social, and economic burden, and it is both a source of and a consequence of social inequality throughout the world. In fact, the recent Global Burden of Disease Study (GBD, 1990–2010) indicates that: (i) severe periodontitis is the 6th most prevalent disease worldwide, with an overall prevalence of 11.2% and around 743 million people affected, and (ii) the global burden of periodontal disease increased by 57.3% from 1990 to 2010. As mentioned earlier, albeit its impact within the oral cavity and quality of life is considerable, multiple epidemiologic, experimental, and interventional studies have evidenced how periodontitis also impacts systemic health. Since the 1990s, periodontitis has been independently associated with most chronic noncommunicable diseases of aging and premature mortality.

In periodontitis the body is affected by the hematogenous dissemination of both bacteria and bacterial products originating in the oral biofilms and inflammatory mediators originating in the inflamed periodontium. Through these mechanisms, periodontitis interacts with various systemic diseases and although diabetes, systemic inflammation, pregnancy complications, and cardiovascular diseases are still the focus of research when studying these associations, more recently other systemic diseases, such as metabolic disease and obesity, rheumatoid arthritis, certain cancers, respiratory diseases, and cognitive disorders including Alzheimer's disease, have been independently associated with periodontitis. In fact, a recent systematic review has reported that periodontitis has been linked to 57 systemic diseases and conditions, and that over one third of the clinical trials registered in the field of periodontology were related to the study of these associations.

However, despite this serious public health situation due to the prevalence of these oral diseases, periodontitis can be prevented, easily diagnosed, and successfully treated and controlled following appropriate professional care and long-term secondary prevention. There is a need to draw the attention of oral healthcare

professionals, medical practitioners, educators, health officials, payers, and the public to opportunities to improve periodontal health and general health. This multilevel approach should translate in significant reductions in the prevalence of severe periodontitis, a fact that has not happened in the last 25 years. Future efforts should focus on educating oral health professionals how to diagnose early and how to manage gingivitis and the mildest forms of periodontitis. Furthermore, through the appropriate political actions, access to these preventive measures and to periodontal care should be facilitated to all the population.

Mariano Sanz

MD, DDS, DrMed

Professor of Periodontology

University Complutense of Madrid (Spain)



Miguel Albuquerque

MEDICINA DENTÁRIA NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

A atividade da Medicina Dentária na Região Autónoma da Madeira remonta ao ano de 1994, com a criação do Serviço de Saúde Oral, com consultas para crianças entre os três e os 13 anos, sob a coordenação do médico dentista Gil Alves. Concomitantemente foi iniciado um programa escolar levado a cabo por grupos de monitores de saúde oral que, entre a década de 90 e 2010, iam percorrendo as escolas do 1.º Ciclo, desenvolvendo ações pedagógicas em prol da prevenção e da consciencialização para hábitos de saúde oral e em que eram realizados bochechos de flúor.

A atividade da Medicina Dentária chega aos centros de saúde da periferia e, em 2004, é disponibilizado à população um gabinete no Centro de Saúde do Porto Moniz.

Rapidamente assistimos a um período de expansão destes cuidados de saúde por vários centros de saúde e, atualmente, este serviço é disponibilizado em nove centros de saúde concelhios com cobertura total na região, com a possibilidade de crescer, brevemente para outros dois centros de saúde.

Nestes centros é assegurada resposta a todas as idades, com especial destaque as crianças e jovens dos zero aos 18 anos e os adultos com mais de 65 anos.

Outro marco importante foi a introdução da Medicina Dentária no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça para dar uma resposta célere aos traumatismos.

A medicina dentária esteve sempre no centro das políticas de saúde na região e, com o principal objetivo de fortalecer a resposta que estava a ser dada à população, em 2021, foi implementada a carreira do médico dentista na Região Autónoma da Madeira. Um reconhecimento ímpar da importância destes profissionais nas políticas de saúde na Região.

Com a criação da carreira, pretendemos possibilitar uma maior diferenciação e capacitação dos profissionais para benefício dos utentes.

A pandemia covid-19 obrigou o serviço de saúde oral, tal como todo o setor da saúde, e a sociedade em geral, a enfrentar desafios para os quais não estávamos preparados.

Obrigou-nos a desacelerar nesta área da prevenção e com isso refletir. Por isso, no pós-pandemia renasceram projetos de saúde oral mais robustos, seguros e com mais qualidade para os utentes.

Atualmente disponibilizamos serviços completos à população nas diferentes fases da sua vida, às crianças e jovens, às grávidas e seus bebés, aos adultos, aos mais de 65 anos, e ainda asseguramos um atendimento de excelência aos utentes portadores de deficiência.

Na Região Autónoma da Madeira o investimento realizado na área da Medicina Dentária foca-se na prevenção e no tratamento de excelência.

Na área da prevenção, a Região implementou em 2017 o Programa Intervenção

Precoce do Cancro Oral, com o objetivo de rastrear lesões orais e detetar o cancro oral mais precocemente.

Com o desenvolvimento científico, conhecimento social e diferenciação profissional, foi possível estabelecer políticas específicas para a área da saúde oral. Para todas elas houve um grande investimento do Governo Regional no desenvolvimento da Medicina Dentária no setor público e no Sistema Regional de Saúde.

Para o futuro ambicionamos continuar a investir na melhoria contínua do índice de saúde oral na Região Autónoma da Madeira, com enfoque na área da prevenção e investigação.

A digitalização, o uso da inteligência artificial e as novas tecnologias de informação e a sua utilização na Medicina Dentária serão com certeza um desafio que se irá colocar no futuro próximo aos profissionais, utentes e decisores, e para o qual a Região já está a se preparar.

Miguel Albuquerque

Presidente do Governo Regional da Madeira



Orlando Monteiro da Silva

Saúdo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) pelo 25º aniversário e a decisão de publicar o Livro Branco da Medicina Dentária.

Agradeço o convite do nosso Bastonário, Dr. Miguel Pavão, para elaborar este testemunho.

Acompanhei e participei ativamente na Ordem dos Médicos Dentistas desde o seu início, em 1998, ano de aprovação da nossa Ordem por lei da Assembleia da República, então como membro do Conselho Diretivo e a partir de 2001, até ao término do meu último mandato em julho de 2020, como Bastonário. Foi para mim uma enorme honra ter dedicado essa parte substancial da minha vida a realizar o dever de defender a nossa classe, quer dentro do país quer nos diversos fóruns e confederações internacionais em que tive funções dirigentes.

A nível nacional, enquanto Bastonário da nossa Ordem, foi possível ocupar lugares de destaque e de prestígio para todos nós:

- *Na presidência do Conselho Nacional das Ordens Profissionais (CNOP);*
- *No Comité Económico e Social (CES);*
- *No Conselho Nacional de Saúde;*
- *Em inúmeros grupos de trabalho e fóruns de diálogo com agentes políticos e da sociedade civil de uma forma geral.*

A nível internacional, através da participação ativa nos organismos mais representativos da profissão, designadamente:

- *Na presidência da Federação Dentária Internacional (FDI World Dental Federation), assim como a participação e presidência de comités e grupos de trabalho desta organização;*
- *Na presidência do Conselho Europeu de Médicos Dentistas (CED), assim como na participação e presidência de comités e grupos de trabalho desta organização;*
- *Na presidência da Federação Europeia de Autoridades Competentes e Reguladores da Medicina Dentária (FEDCAR);*
- *Em diversas parcerias estabelecidas com os países de língua e expressão portuguesa, em especial o Brasil e na dinamização da Associação Dentária Lusófona (ADL).*

Os médicos dentistas e a Medicina Dentária portuguesa são hoje reconhecidos automaticamente na União Europeia e considerados como profissionais de grande valia a nível global.

Afirmo, com orgulho na profissão, que a Medicina Dentária praticada no nosso país ultrapassa em muito os limites das nossas fronteiras. Somos uma área de vanguarda, reconhecida como produtora de conhecimento e de mais-valia para Portugal.

Uma Ordem deve seguir o conceito de “Organizações Que Aprendem”, valorizando o seu passado, aprendendo com os sucessos e resultados obtidos e também com os erros cometidos, gerando, armazenando e disseminando o conhecimento acumulado, as práticas organizacionais internas e externas, o capital humano e intelectual envolvido, as relações pessoais e institucionais estabelecidas e os estudos, reflexões, registos e documentação criados ao longo dos tempos.

Este Livro Branco, cuja divulgação pública aguardo, irá com certeza nesse sentido. Como o foram o Observatório de Saúde Oral e um conjunto de estudos, inquéritos, sondagens e campanhas efetuadas pela Ordem dos Médicos Dentistas nos 20 anos em que tive o privilégio de liderar um conjunto de equipas responsáveis por estes e muitos outros projetos, cujos membros, aproveito para saudar calorosamente; são alguns exemplos os Números da Ordem, o Barómetro de Saúde Oral, o Diagnóstico aos Profissionais, o Diagnóstico à Empregabilidade.

Ao nível da história da nossa Ordem, o álbum do 10º e do 20º aniversário, e o livro descritivo dos 15 anos de Congressos são importantes publicações e registos históricos e factuais da Ordem e da profissão. Estão disponíveis no sítio eletrónico da OMD.

Nesta altura, é um privilégio dirigir-me aos colegas médicos dentistas e a quem lê este documento e o meu testemunho, saudando os responsáveis diretos pelo projeto, os integrantes dos órgãos sociais e os colaboradores, sempre inexcelíveis da nossa Ordem.

Desejo continuação de muitas realizações à profissão e a todos os médicos dentistas.

Orlando Monteiro da Silva

Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

ANEXOS

ANEXO 1 | A realidade portuguesa - As estruturas científicas nas instituições de ensino superior de Medicina Dentária

Este anexo descreve as estruturas organizadas dedicadas à investigação científica existentes, e atualmente ativas, nas instituições de ensino superior públicas e privadas de Medicina Dentária. Sempre que possível são abordados alguns aspetos da sua evolução e dos seus resultados ao longo dos anos, permitindo uma melhor compreensão do seu atual posicionamento. Desde já se enaltece o trabalho dos pioneiros de cada instituição, que criaram estas estruturas impulsionadoras de um avanço significativo da investigação feita em Portugal. De facto, é notável a repercussão que uma maior organização teve nos aspetos da qualificação dos profissionais, na publicação internacional do conhecimento criado e nas possibilidades de acesso a financiamentos nacionais e internacionais, bem como no reconhecimento exterior da profissão.

Para que não ocorram omissões ou injustos esquecimentos, evitou-se a menção dos nomes dos decisores ou investigadores que fundaram ou coordenaram estas estruturas, bem como dos atuais investigadores que aí desempenham funções.

Ressalva-se, ainda, um aspeto de particular importância que é a participação de muitos docentes em unidades de investigação de reconhecido mérito que estão sediadas noutras instituições e que aqui não estão mencionadas.

A ordem por que se apresentam as instituições corresponde ao início da sua atividade.

Assim:

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO (FMDUP)

- BoneLab - <https://www.bonelab.net/research>

A investigação científica desenvolvida na FMDUP foi, num primeiro momento, desenvolvida pelos seus docentes em áreas clínicas e de biomateriais dentários, utilizando os recursos alocados às diferentes áreas de ensino. Por volta do ano 2000, foram dados os primeiros passos para a criação de uma estrutura organizada multidisciplinar, com foco na investigação básica, sobretudo dedicada ao estudo do metabolismo ósseo e dos processos regenerativos, numa perspetiva translacional. A partir do estabelecimento de parcerias institucionais nacionais e internacionais, surgiu o *Laboratory of Bone Metabolism and Regeneration (Bone Lab)*.

Na atualidade, após a consolidação das suas linhas de investigação através da implementação das metodologias mais apropriadas, este laboratório tem como principais pontos de interesse:

- O metabolismo ósseo e a regeneração (interações celulares em estratégias regenerativas; abordagens farmacológicas inovadoras para um incremento da qualidade na regeneração óssea; respostas biológicas aos biomateriais e outros dispositivos médicos de aplicação no tecido ósseo; modulação do metabolismo ósseo em condições sistémicas comprometidas);
- A regeneração de tecidos orais moles e duros (interações celulares na mucosa, ligamento periodontal e osso alveolar; modelação da regeneração de tecidos da cavidade oral; avaliação biológica de materiais dentários/dispositivos médicos);
- Citotoxicidade e biocompatibilidade (ensaios de toxicidade de potenciais moléculas bioativas; avaliação da biocompatibilidade dos dispositivos médicos e materiais que se destinam a interagir com sistemas biológicos).

Neste laboratório são utilizados modelos experimentais *in vitro* (monoculturas, co-culturas e sistemas de cultura tridimensionais de diferentes linhas celulares), *ex vivo* (ensaios na membrana corioalantóica e outros) e *in vivo* (roedores e coelhos – implantações subcutâneas e intramusculares, criação de defeitos ósseos na calvaria, tibia ou fémur). Por fim, salienta-se que, nos últimos dez anos, este laboratório colaborou ou supervisionou a preparação de cerca de 45 teses de doutoramento e de 65 teses de mestrado.

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA (FMDUL)

- Unidade de Investigação em Ciências Orais e Biomédicas (UICOB)
- Grupo de Investigação em Biologia e Bioquímica Oral (GIBBO)
- Grupo de Investigação em Materiais Dentários (BIOMAT)

A primeira unidade de investigação destinada à área das ciências orais foi criada na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, em 1991, designando-se Instituto de Tecnologia Biomédica (ITB). Na génese da sua fundação estiveram envolvidas três instituições, a Faculdade de Medicina Dentária, que alojou o laboratório de Biomateriais, o Instituto do Coração e a Estação Zootécnica Nacional, sediada em Santarém. O ITB foi inicialmente financiado pelo Programa Ciência, o que permitiu, na altura, a aquisição dos equipamentos de laboratório e a criação de um bloco operatório para cirurgia experimental em modelo animal. Este programa visou o desenvolvimento da investigação científica e tecnológica realizada em Portugal, sendo financiado, em grande parte, pela então designada Comunidade Económica Europeia.

Em 2002, um painel de peritos da Fundação para a Ciência e Tecnologia considerou que o polo da Medicina Dentária agregava um conjunto de investigadores e uma produção científica que justificava a sua autonomização. Consequentemente foi criada uma nova unidade dentro da faculdade, a Unidade de Investigação em Ciências Orais e Biomédicas (UICOB), classificada como *Good* pela FCT, em 2008. Esta está organizada em vários grupos de investigação: Biomateriais (BIOMAT), Biologia e Bioquímica Oral (GIBBO), Implantologia e Fisiologia do Osso (GIMPLANT), Epidemiologia e Saúde Pública, Grupo de Medicina Dentária Forense (Forensem) e Ortodontia (GIORTO).

Estes grupos de investigação encontram-se distribuídos por cinco laboratórios: Biomateriais Dentários; Biologia e Bioquímica Orais; Microbiologia; Histomorfologia Oral e de Tecnologias Digitais. A UICOB integra grande parte dos docentes da instituição e é responsável pela maioria da investigação aí realizada, nomeadamente no âmbito das teses de mestrado e de doutoramento. Integra 48 investigadores doutorados. Produziu até à data 582 publicações e conta com mais de 1500 citações cumulativas nos últimos cinco anos.

Mais recentemente, em 2013, surgiu uma nova unidade de investigação, o LIBPhys, resultado da integração de vários investigadores da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, das faculdades de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa e da Universidade de Coimbra. O objetivo de reunir investigadores com diferentes competências foi o de otimizar recursos humanos e materiais, criando sinergias no âmbito das atividades de investigação e desenvolvimento na área das Ciências Biomédicas. O LIBPhys é uma unidade que foi acreditada pela FCT, em 2019, com a classificação de *Very Good*, tendo-lhe sido atribuído um financiamento significativo para o período 2020 – 2023.

Importa referir ainda que o LIBPhys, enquanto unidade acreditada pela FCT e com financiamento plurianual, integra o recém-formado laboratório associado FCT REAL *Associated Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health*, um consórcio que reúne na mesma estrutura de investigação a Nova Medical School, a Escola Nacional de Saúde Pública, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a Faculdade de Ciências e Tecnologia, a Universidade de Évora, a Universidade de Coimbra e a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

https://investigacao.fmd.ulisboa.pt/?page_id=43

<https://libphys.pt>

Finalmente, a FMDUL comporta ainda o Centro de Estudos de Medicina Dentária Baseada na Evidência (CEMBDE), uma unidade criada em 2007, com o objetivo de difundir os princípios da Medicina Dentária Baseada na Evidência.

O CEMDBE tem por missão a produção e disseminação de sínteses de conhecimento científico independente, relevante e de alta qualidade, para apoio à decisão nas áreas clínicas, de gestão e administração, para a definição de políticas de saúde baseadas em evidências e para o aumento da literacia em saúde dos cidadãos, bem como a formação de *stakeholders* de relevo na Medicina Dentária. Esta unidade visa a produção de informação de alta qualidade para os clínicos e demais sistemas de saúde.

A atividade do centro foca-se na formação em MBE e na publicação de sínteses de evidência científica, como revisões sistemáticas e normas de orientação clínica.

O CEMDBE encontra-se associado à Cochrane Portugal e tem protocolos com a Associação Portuguesa de Médicos Dentistas do Serviço Nacional de Saúde (APORMED) e a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

<https://cemdbe.fmd.ulisboa.pt>

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (FMUC)

- **Plataforma de Investigação**
 - Laboratório de Tecidos Duros (LTD)
 - Laboratório de Ensaios Mecânicos (LEM)
 - Laboratório de Medicina Dentária Forense
- **Centro de Investigação e Inovação em Ciências Dentárias / Center for Innovation and Research in Oral Sciences (CIROS)**
- **Laboratório de Ciências Baseadas na Evidência e Medicina Dentária de Precisão**

A Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina de Coimbra tem como estrutura de apoio à investigação a denominada Plataforma de Investigação, que é constituída por três laboratórios, abaixo descritos:

- LABORATÓRIO DE TECIDOS DUROS (LTD)

Este laboratório iniciou a sua instalação em 1999, com a aquisição de equipamento de microscopia ótica acoplado a um sistema computacional de análise de imagem. Um pouco mais adiante, em 2002, foi adquirido um sistema de corte de alta precisão e de

polimento de amostras não descalcificadas (Sistema Exakt®), que é particularmente vocacionado para a execução de lâminas histológicas a partir de amostras onde se utilizem biomateriais ou implantes dentários, tanto de titânio como de zircónia. Posteriormente, durante os anos de 2004 e 2005, procedeu-se a uma segunda fase de expansão do equipamento e ao alargamento das técnicas histológicas desenvolvidas neste laboratório, com a aquisição de material que permite a execução de técnicas descalcificadas.

Dos inúmeros trabalhos desenvolvidos neste laboratório resultaram cerca de 30 teses de doutoramento e um mesmo número de dissertações de mestrado, bem como publicações em revistas internacionais *peer-reviewed* e com fator de impacto, inúmeras apresentações em eventos científicos nacionais e internacionais, tendo algumas destas sido prestigiadas com a atribuição de prémios científicos.

Evidenciam-se ainda a realização de trabalhos para instituições estrangeiras e a criação de várias parcerias multi e interdisciplinares com instituições nacionais e internacionais. O LTD implementou e mantém um sistema de gestão da qualidade, sendo certificado na norma ISO 9001:2015, desde 2016.

- LABORATÓRIO DE ENSAIOS MECÂNICOS (LEM)

A atividade deste laboratório iniciou-se em 2004 com o desenvolvimento, em conjunto com o Instituto Pedro Nunes de Coimbra, de uma máquina protótipo de termo e quimio-ciclagem. Posteriormente procedeu-se à aquisição de mais equipamento essencial para a preparação e ensaio biomecânico de amostras de diversos tipos (máquina de testes mecânicos universal, unidade de corte de precisão por disco, estufa, equipamento com fantoma de simulação, microscópio clínico, entre outro equipamento de menor importância).

A atividade de investigação do laboratório relaciona-se essencialmente com os seguintes objetivos:

- a. Preparação de amostras de materiais, tecidos dentários ou mistas, *in vitro* e *ex vivo*, para diversos tipos de ensaios biomecânicos e métodos analíticos (diversos tipos de microscopia, perfilometria, análise química, microdureza, micro-movimentos e “bio-sensores”);
- b. Realização de ensaios biomecânicos (compressão, tensão, flexão, adesão, etc.) em diversos materiais, dentes, estruturas maxilares ou amostras híbridas;
- c. “Envelhecimento” por processos de indução de fadiga térmica, química e mecânica de amostras e materiais;
- d. Comparação de diferentes metodologias de teste usadas nos ensaios biomecânicos.

Da atividade deste laboratório resultaram:

- Mais de 70 trabalhos de investigação realizados, incluindo três trabalhos de doutoramento concluídos e três em fase de apresentação de dissertação, e cerca de 40 teses de mestrado integrado;
- 10 prémios institucionais na categoria de investigação;
- Publicações em revistas internacionais *peer-reviewed* e com fator de impacto;
- Apresentação de conferências, comunicações ou pósteres em congressos nacionais e internacionais de grande prestígio científico.

Destacam-se ainda as competências desenvolvidas na área de preparação de amostras e análise por microscopia eletrónica de varrimento, confocal ou perfilometria de alta resolução. Estas e outras atividades complementares são desenvolvidas em parceria com outros laboratórios de investigação, não só da própria Universidade de Coimbra, como de outras instituições nacionais.

O laboratório é o núcleo da atividade de investigação na área da biomecânica do CIROS.

Recentemente, o laboratório tem recebido também vários estudantes de doutoramento de instituições internacionais, que aqui realizam residências formativas e trabalhos de investigação.

- LABORATÓRIO DE MEDICINA DENTÁRIA FORENSE

Este laboratório oferece serviços de perícia médico-legal no campo da Medicina Dentária e apoia a investigação em medicina dentária forense. Mais especificamente, ele responde a pedidos de pareceres, esclarecimentos e perícias médico-legais no âmbito do direito civil, do trabalho e penal. Além disso, promove a investigação em medicina dentária forense, incluindo a partilha segura de dados médicos, a avaliação da *leges artis*, a análise de marcas dentárias e métodos de reprodução pericial de dados pessoais e identificação. Também promove a divulgação da investigação na comunidade científica, tanto a nível nacional como internacional.

Além do trabalho desenvolvido nestes laboratórios, a organização da investigação científica está estruturada em duas outras entidades, a saber:

- CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO EM CIÊNCIAS DENTÁRIAS / CENTER FOR INNOVATION AND RESEARCH IN ORAL SCIENCES (CIROS)

O CIROS é um centro de investigação da Universidade de Coimbra, criado em 2018, estando sediado na Faculdade de Medicina. Tem como objetivo a realização de atividades de investigação na área da Medicina Dentária, desde os estudos básicos aos translacionais.

Este centro acumula uma vasta experiência na realização de ensaios clínicos que recorrem a dispositivos médicos e biomateriais, tendo em vista a reabilitação oral funcional e estética dos indivíduos.

Na sua atividade são também abrangidos os estudos das diferentes patologias que afetam o sistema estomatognático, numa perspetiva multi e interdisciplinar, promovendo a qualificação dos seus membros e estimulando a ligação à comunidade e às indústrias afins. Desenvolve a sua atividade em cinco linhas de investigação: *Oral physiopathology and pain; Oral rehabilitation; Oral biomaterials; Oral biomechanics; e Emerging topics.*

- LABORATÓRIO DE CIÊNCIAS BASEADAS NA EVIDÊNCIA E MEDICINA DENTÁRIA DE PRECISÃO

O Laboratório de Ciências Baseadas na Evidência e Medicina Dentária de Precisão (LACBE – MDP), criado em 2022, constitui um grupo de investigação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e foi concebido com o objetivo de divulgar os princípios da Medicina Dentária baseada na evidência e da Medicina Dentária de precisão junto da comunidade científica e da sociedade em geral.

A equipa agrega profissionais de formações variadas, incluindo médicos dentistas de diferentes áreas clínicas, especialistas em bioestatística e em ciências da documentação, todos com formação, vasta experiência e um currículo relevante na temática do laboratório. Funciona em estreita colaboração com o Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e o Laboratório de Bioestatística e Informática Médica da FMUC, além de parcerias estabelecidas com outras unidades semelhantes de diversas universidades internacionais de referência, incluindo instituições dos EUA, Brasil e Itália.

No âmbito da sua missão de divulgação, este laboratório desenvolve formação de base para profissionais da saúde e saúde oral, com foco nos médicos dentistas e estudantes

de Medicina Dentária, incluindo cursos, disciplinas de pós-graduação, *workshops* e reuniões de trabalho. Desenvolve e apoia, ainda, projetos de investigação, nomeadamente estudos clínicos, dedicados à Medicina Dentária baseada em evidência e de precisão, incluindo a incorporação de novas tecnologias como a inteligência artificial e os modelos preditivos na prática clínica. Mantém como objetivo criar e disseminar conhecimento científico baseado em evidência, junto de entidades públicas e privadas, nacionais e internacionais, profissionais de saúde oral e público em geral.

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

- EGAS MONIZ CENTER FOR INTERDISCIPLINARY RESEARCH

<https://www.egasmoniz.com.pt/investigar>

O *Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research*, centro de investigação do Instituto Universitário Egas Moniz, aplica à investigação o conceito de *One Health*. A saúde humana, animal e ambiental são tanto objeto de estudo como conferem contexto. É um núcleo de inovação e geração de conhecimento, fomentando um paradigma de investigação e ensino translacional em colaboração com outras estruturas funcionais da Egas Moniz. Também se concentra fortemente nas interações da comunidade em diferentes contextos, incluindo saúde, ciências relacionadas à saúde e serviços sociais. Tem na interação com a formação uma forte componente de formação em serviço, robustecendo a imagem da Egas Moniz como universidade cívica. A Medicina Dentária integra-se sobretudo na Unidade de Investigação Clínica, mas opera também em projetos interdisciplinares com outras áreas do conhecimento científico e da saúde. Estuda prioritariamente as patologias que são tratadas nas clínicas e na residência sénior do Universo Egas Moniz, onde os estudantes de pré e pós-graduação exercem a sua atividade curricular prática nas áreas de Medicina Dentária, Terapia da Fala, Nutrição e Psicologia. Estas clínicas realizam mais de 80.000 consultas/ano, sendo que 8.000/ano são primeiras consultas, proporcionando um contexto adequado para o ensino, investigação e prestação de serviços à comunidade. As unidades de prestação de cuidados dentários e orais em horário alargado contemplam as várias áreas da Medicina Dentária: diagnóstico e urgência, reabilitação oral, implantologia, ortodontia, odontopediatria, cirurgia oral, periodontologia, endodontia, patologia oral e medicina dentária preventiva e comunitária.

A integração da investigação, ensino e interação com a comunidade, tendo como pilar fundamental a internacionalização, têm permitido obter resultados marcantes. Recentemente, este centro publicou na prestigiada *Nature Communications*, com participação de alunos de pré-graduação, um artigo relacionado com interseção da saúde oral

com a saúde sistémica. Estes resultados têm alavancado estratégias de proximidade com a região onde a Egas Moniz se insere, procurando ser “ativamente dedicada à transformação do conhecimento de saúde e ciência em impacto positivo real”. O *Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research* desenvolve ainda um sistema de banco de dados clínicos para adultos, aprovado e supervisionado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados, a partir da transição digital dos processos clínicos. Esta base de dados tem auxiliado a investigação clínica, tornando a instituição mais robusta e afirmando-se como um importante barómetro de saúde oral. Esta unidade estabeleceu também, nos últimos anos, várias parcerias institucionais e com a indústria. Tem ao seu dispor vários laboratórios de suporte à investigação, destacando-se o *Biomaterials Lab*, o *Morphology Lab*, o *Biochemistry and Microbiology Lab*, o *Laboratory of Molecular Interactions*, o *Applied Microbiology Lab* e o *Molecular Biology Lab*.

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO NORTE

- ORAL PATHOLOGY AND REHABILITATION RESEARCH UNIT (UNIPRO)

<https://unipro.iucs.cespu.pt>

O UNIPRO é uma unidade de investigação vocacionada para estudos no campo da patologia oral e da reabilitação oral, criando um elo translacional entre a investigação científica e a educação e formação avançadas, assim como com a comunidade científica e a sociedade em geral.

A sua equipa é multidisciplinar e inclui investigadores das ciências da saúde e da vida que abarcam disciplinas essenciais como a Biologia Molecular, Química, Microbiologia, Biopatologia, Medicina, Medicina Dentária, Psicologia, Ciência Computacional e Estatística, sendo que todos trabalham em conjunto na investigação das áreas de patologia oral e da reabilitação oral. Pretende-se também reforçar a formação avançada, bem como a promoção da disseminação e valorização do conhecimento gerado numa perspetiva de internacionalização.

O principal objetivo desta unidade é o desenvolvimento de estudos que permitam uma melhor compreensão das doenças que afetam a região orofacial, permitindo a implementação de melhores estratégias de prevenção, de diagnóstico e de tratamento.

Como objetivos mais específicos pretende ainda:

- i) compreender o mecanismo de desenvolvimento e progressão dos tumores orais;
- ii) caracterizar a epidemiologia do cancro oral e das alterações orais potencialmente malignas (OPMD), incluindo a incidência, as suas taxas de sobrevivência e os fatores de risco associados a estas doenças;
- iii) descobrir novos alvos e biomarcadores no cancro oral, assim como desenvolver novas abordagens nesta temática;
- iv) promover a atenção e o conhecimento públicos do cancro oral;
- v) compreender e caracterizar a patogénese da doença periodontal;
- vi) caracterizar a relação entre cefaleias e distúrbios temporomandibulares;
- vii) investigar a ausência congénita de dentes;
- viii) promover o estudo dos meios de retenção em próteses implanto-retidas;
- ix) avaliar a resistência, durabilidade, confiabilidade e capacidade de retenção dos implantes dentários e dos diferentes tipos próteses; e
- x) promover a literacia em saúde oral e as boas práticas.

A UNIPRO dispõe de laboratórios e equipamentos de culturas celulares, cromatografia, citometria de fluxo, microbiologia, biologia molecular, microscopia de luz, sistemas de imagem como endoscopia de contacto e NBI, lasers de aplicação clínica, FTIR e máquinas universais de ensaios mecânicos.

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

- INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO, INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (FP-I3ID)

<https://www.fundacaofernandopessoa.pt/fp-i3id>

O Instituto de Investigação, Inovação e Desenvolvimento (FP-I3ID) da Universidade Fernando Pessoa sucedeu ao Gabinete de Apoio ao Desenvolvimento da Investigação (GADI) e foi criado em 2020. Tem como missão executar a política de investigação da Universidade Fernando Pessoa, a qual, associada ao processo de ensino-aprendizagem, dá preferência ao desenvolvimento pela cultura científica, pela literacia política, social e económica, e pelo aprofundamento da cidadania ativa, assumindo como essencial à identidade da universidade o cruzamento de saberes tecnológicos com os das ciências humanas e sociais, e com os das ciências da vida.

O FP-I3ID depende diretamente da Reitoria, sendo transversal nas suas funções a todas as unidades orgânicas de ensino e à investigação da Universidade Fernando Pessoa, da Escola Superior de Saúde e do Hospital-Escola.

A atividade do FP-I3ID alicerça-se numa cultura de boas práticas de investigação científica.

Os seus principais objetivos são:

- a) Desenvolver atividades de I&D.i de natureza multidisciplinar e interdisciplinar e estimular a inovação científica dos grupos e linhas de investigação;
- b) Promover e apoiar a investigação realizada pelos investigadores integrada em grupos e linhas de investigação próprias;
- c) Dinamizar a investigação científica, colaborativa e partilhada com docentes e estudantes com vista a melhoria da qualidade da oferta formativa e da aprendizagem na UFP, ESS-FP e HE-FP;
- d) Divulgar a atividade científica e os seus resultados através de publicação de artigos científicos, edição de publicações científicas, realização de encontros científicos, constituição de bases de dados, bancos de amostras e de sistemas de informação;
- e) Organizar, desenvolver, coordenar, promover e apoiar atividades de formação avançada para a investigação;
- f) Coordenar as atividades científicas dos diversos grupos de pesquisa e linhas de investigação;
- g) Apoiar e promover parcerias dos grupos de pesquisa, das linhas de investigação e dos seus membros com outras unidades de I&D.i nacionais ou estrangeiras; e
- h) Promover a valorização económica do conhecimento pelo registo de patentes e pela criação de *start-ups*.

O FP-I3ID organiza-se em três grupos de investigação que interagem, designados por FP-B2S (*Behaviour and Social Sciences*), FP-IRIS (*Intelligent, Resilient and Inclusive Spaces*) e o FP-BHS (*Biomedical and Health Sciences*), onde se enquadram, entre outras, as linhas de investigação da área científica de Medicina Dentária.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

- CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE (CIIS)

<https://fmd.viseu.ucp.pt/pt-pt/faculty-research/centro-de-investigacao-interdisciplinar-em-saude-ciis/missao-e-objetivos>

O Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde (CIIS) é a Unidade de Investigação em Saúde da UCP. Está presente em três centros regionais (Lisboa, Porto e Viseu) e integra uma equipa de investigadores de múltiplas áreas do conhecimento: Medicina, Medicina Dentária, Biomedicina, Neurociências e Enfermagem.

A investigação realizada pelo CIIS produz dados moleculares (mecanismos de doenças, biomarcadores e alvos terapêuticos), clínicos e de qualidade de vida com potencial de translação, nomeadamente para alimentar ferramentas com base em Inteligência Artificial, que permitem gerar novo conhecimento adequado para o desenvolvimento de soluções à escala do indivíduo, família e comunidade.

A comunicação bidirecional entre a academia e o meio empresarial/ industrial possibilita o desenvolvimento de soluções para aplicação na comunidade local ou global, tendo como objetivo último a melhoria da saúde e, por consequência, da qualidade de vida do indivíduo.

A colaboração do CIIS com empresas de áreas tecnológicas, nomeadamente digitais, permite criar o ecossistema adequado para o desenho de soluções em *eHealth* (de apoio à decisão clínica); diagnóstico participativo (*point-of-care*) e com potencial de ser personalizado; e intervenção em saúde (novas tecnologias na intervenção terapêutica/clínica, políticas de saúde e literacia).

No centro regional de Viseu, o CIIS está localizado na Faculdade de Medicina Dentária e está organizado em duas plataformas, a saber:

1. *SalivaTec*: que tem como lema *Bringing Saliva into Health Research* e, nesse sentido, centra a sua investigação no diagnóstico molecular em saliva, estabelecendo para o efeito a proposta e a validação de biomarcadores.
2. *Precision Dental Medicine*: que foca a sua investigação na produção de dados sobre a saúde oral e a anotação e integração destes com dados de saúde sistémica, dados moleculares e QoL, de modo a desenvolver soluções de suporte ao diagnóstico e intervenção. Estas ferramentas trazem a precisão à prevenção e ao tratamento em saúde oral. O desenvolvimento de soluções para grupos vulneráveis são uma prioridade.

O *SalivaTec* utiliza e desenvolve ferramentas de bioinformática e de biologia computacional para anotar, curar e integrar dados moleculares visando o esclarecimento de mecanismos moleculares de doenças e a proposta de painéis de biomarcadores e de alvos terapêuticos. A investigação produzida tem aplicação para a produção de dispositivos orais, tomando a saliva como um fluido biológico adequado para a monitorização e avaliação da saúde, com especial relevo no desenvolvimento de conhecimento de suporte à medicina dentária de precisão. Esta plataforma tem também como missão o desenvolvimento de estratégias de comunicação para descomplicar a informação em saúde para vários públicos, contribuindo para a literacia em saúde.

A plataforma *Precision Dental Medicine* está envolvida tendo em vista a caracterização e otimização de materiais e sua utilização em Medicina Dentária; a avaliação de dispositi-

vos para cuidados de saúde oral; a avaliação de novas tecnologias de diagnóstico ou de tratamento e monitorização, e ensaios clínicos.

Em Viseu, o CIIS tem também:

- CellTec (Laboratório de Cultura de Células): opera em ambiente de contenção de Nível de Biossegurança 2 e segue os procedimentos operacionais padronizados para garantir que os investigadores da FMD possam desenvolver os seus projetos em segurança. Os utilizadores autorizados são devidamente treinados e submetidos a exames práticos e teóricos sobre boas práticas e procedimentos de biossegurança. O laboratório inclui câmara de fluxo laminar destinada a linhas celulares, incubadora, microscópio ótico e sistemas de frio dedicados. Encontram-se disponíveis e criopreservadas várias linhas celulares e a análise de contaminação de micoplasma é realizada de forma regular para garantir a sua integridade.
- MDP Lab (Laboratório de Medicina Dentária de Precisão): opera em ambiente pré-clínico e clínico. Os utilizadores são devidamente treinados para utilização de tecnologias de precisão nos dois ambientes, sendo que os investigadores têm à sua disposição um ambiente de clínica simulada com o *state-of-the-art* no ensino médico-dentário, um laboratório com impressora 3D para planeamento de intervenções médico-dentárias de precisão, tomografia computadorizada de feixe cónico para diagnóstico de precisão micrométrica/milimétrica e microscópio cirúrgico para execução clínica. A integração destes ambientes tecnológicos, com os *softwares* associados, permite ao investigador recolher dados que vão otimizar o diagnóstico e o tratamento, e, em consequência, contribuir para a evolução da medicina dentária de precisão.

Mais recentemente, em 2022/2023, o CIIS acolhe vários projetos ligados ao mundo digital, destacando-se os projetos *InDig - Innovation and Digital teaching technologies in Dental Medicine*, que visa o desenvolvimento, experimentação e ensaio de abordagens pedagógicas inovadoras de ensino baseado em ferramentas digitais, através de dinâmicas de colaboração interdisciplinar e multidisciplinar, envolvendo a comunidade académica nacional e internacional e empresas do sector ICT; e *Oral e-Health Monitoring Platform*, uma ferramenta de monitorização da saúde oral do paciente baseada num sistema de computação na *cloud*. Sendo estes projetos associados à FMD-UCP, o CIIS contribui assim para a criação nesta instituição do Centro para o Ensino Digital em Medicina Dentária (CEDMD), uma plataforma de disseminação e transferência para empresas interessadas no desenvolvimento de ferramentas digitais de apoio ao diagnóstico e decisão clínica.

ANEXO 2

Tabela 2

Sociedades Científicas Nacionais (dados referentes a fevereiro de 2023)

APHTOF	Associação Portuguesa de Harmonização e Terapêutica Orofacial
APMDH	Associação Portuguesa de Medicina Dentária Hospitalar
APMO	Academia Portuguesa de Medicina Oral
APTPD	Associação Portuguesa de Técnicos de Prótese Dentária
ARTA	Association of Ridge and Tissue Augmentation
SOPIO	Sociedade Portuguesa de Implantologia e Osteointegração
SPAD	Sociedade Portuguesa de Alinhadores Dentários
SPDOF	Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
SPE	Sociedade Portuguesa de Endodontologia
SPEMD	Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária
SPMD2	Sociedade Portuguesa de Medicina Dentária Digital
SPO	Sociedade Portuguesa de Ortodontia
SPODF	Sociedade Portuguesa de Ortopedia Dento-Facial
SPOP	Sociedade Portuguesa de Odontopediatria
SPPED	Sociedade Portuguesa de Prostodontia e Estética Dentária
SPPI	Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes

LISTA DE AUTORES

MÉDICOS DENTISTAS

António Duarte Mata

Presidente da Comissão Científica da OMD.
Professor Catedrático da FMDUL.
Coordenador da Unidade de Investigação LIBPhys-UL.

Fernando Guerra

Presidente da Mesa do Conselho Geral da OMD.
Professor Catedrático da FMUC.
Diretor do Centro de Inovação e Investigação em Ciências Orais (CIROS).

Joana A. Marques

Assistente Convidada da FMUC.
Vogal da Direção da Sociedade Portuguesa de Endodontologia (SPE).
Vice-Presidente do Gen Z Committee da European Academy of Digital Dentistry (EADD).

João Aquino

Presidente do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD entre 2001 e 2012.
Membro do grupo de trabalho do Council of European Dentists, para atualização do Código de Ética para os Dentistas na Europa.
Presidente das Comissão de Ética da FMDUL (entre 2003 e 2005 e desde 2009 – presente).

João Marques Teixeira

Diretor do Serviço de Medicina Dentária do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) desde 2020.
Coordenador da Estratégia Regional do Programa de Saúde Oral.
Coordenador do Programa de Intervenção Precoce do Cancro Oral na Região Autónoma da Madeira (PIPCORAM).

José Frias Bulhosa

Vogal do Conselho Deontológico e de Disciplina da OMD.
Membro da Comissão Científica da OMD.
Docente das unidades curriculares de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária e de Ética e Deontologia.

Luís Pires Lopes

Presidente do Conselho Científico da FMDUL de 2006 a 2012.
Diretor da FMDUL de 2014 a 2020.
Perito da A3ES desde 2013.

Maria João Ponces

Professora Auxiliar da FMDUP.

Vogal do Conselho Diretivo da OMD.

Investigadora Integrada do Laboratório Associado de Energia, Transportes e Aeronáutica (LAETA).

Mariana Mendes de Freitas

Cofundadora da ONG Mundo a Sorrir e Presidente da Direção desde 2018.

Empreendedora social e Gestora de projetos sociais em Portugal e em África desde 2005.

Mestre em Organizações Não Governamentais Internacionais pela Webster University em Londres.

Mário Filipe Bernardo

Vice-Diretor da FMDUL de 2005 a 2009.

Presidente do Conselho Científico da FMDUL de 2006 a 2012.

Professor Catedrático de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da FMDUL.

Miguel Pavão

Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas desde 2020.

Fundador da ONG Mundo a Sorrir.

Membro da Direção da EAPN – European Anti-Poverty Network.

Ricardo Viveiros Cabral

Autor e Coordenador do Programa de Saúde Oral da Região Autónoma dos Açores (PSORAA).

Autor e Diretor Técnico do Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral dos Açores (PICCOA).

Autor do Boletim Individual de Saúde Oral do Serviço Regional de Saúde.

LISTA DE TESTEMUNHOS

António Correia de Campos

Ministro da Saúde no XIV e XVII Governos Constitucionais.

Carlos César

Presidente do Governo Regional dos Açores entre 1996 e 2012.

Fernando Araújo

Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde.

Francisco George

Diretor-Geral da Saúde entre 2005 e 2017.

José Manuel Bolieiro

Presidente do Governo Regional dos Açores desde 2019.

Manuel Fontes de Carvalho

Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas.

Manuel Sobrinho Simões

Diretor do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.

Manuel Pizarro

Ministro da Saúde do XXIII Governo Constitucional.

Maria de Belém Roseira

Ministra da Saúde nos XIII e XIV Governos Constitucionais.

Mariano Sanz

Professor Catedrático da Universidade Complutense de Madrid.

Miguel Albuquerque

Presidente do Governo Regional da Madeira desde 2015.

Orlando Monteiro da Silva

Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas.





ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS

Avenida Dr. Antunes Guimarães, 463

4100-080 Porto | Portugal

Tel: + 351 226 197 690 | Fax: + 351 226 197 699

E-mail: geral@omd.pt | www.omd.pt