

Artigos originais

PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL E O SISTEMA DE ENSINO SUPERIOR PORTUGUÊS: NEXOS E DESCONEXÕES

ORAL HEALTH PRACTICES AND THE PORTUGUESE HIGHER EDUCATION SYSTEM: NEXUSES AND DISCONNECTIONS

PRÁCTICAS DE SALUD BUCAL Y EL SISTEMA DE EDUCACIÓN SUPERIOR PORTUGUÉS: CONEXIONES Y DESCONEXIONES

Graciela Soares Fonsêca¹

Carlos Botazzo²

Simone Rennó Junqueira³

Felismina Parreira Mendes⁴

Submetido em 03/07/2020

Aprovado em 29/09/2020

Resumo

Existe, dentro do Sistema Nacional de Saúde (SNS) português, um programa direcionado à promoção, prevenção e controle das doenças bucais operacionalizado por Higienistas Orais e Médicos Dentistas. O objetivo do trabalho é refletir sobre a organização das práticas em saúde bucal, inseridas no SNS, estabelecendo conexões com o sistema de ensino superior de Portugal. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, cuja busca foi norteada pela combinação de diferentes descritores, principalmente, nas bases de dados MEDLINE e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), realizada no segundo semestre de 2015, incluídos no estudo quando traziam algum elemento que pudesse contribuir na reflexão da relação investigada. Para maior compreensão do objeto de estudo, a análise foi complementada por documentos do SNS, disponíveis nos *sites* dos Ministérios da Saúde e da Educação de Portugal. Os resultados revelaram que as necessidades de saúde bucal da população convivem com estratégias que, além de não conseguirem responder ao conjunto das demandas, reforçam a mercantilização da saúde bucal. Ao compreender o modelo formador de profissionais que atuam no âmbito da saúde bucal e perceber que o contato com a comunidade é fortemente concretizado por meio dos Higienistas Orais, justifica-se a grande quantidade de práticas preventivistas desenvolvidas no país. Mesmo com a participação dos médicos dentistas no Programa de Saúde Oral, identificam-se lacunas que dificultam o estabelecimento de ações efetivas para gerar melhorias nos níveis de saúde bucal. É necessário aprofundar o debate sobre as questões aqui apresentadas, integrando as ações do sistema de ensino superior às práticas de saúde bucal, de modo a revelar elementos propulsores de mudança e melhoria na saúde bucal dos portugueses.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Portugal. Sistemas de Saúde. Ensino Superior.

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó. Chapecó, Santa Catarina. E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br

² Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo. E-mail: botazzo@usp.br

³ Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. E-mail: srj@usp.br

⁴ Escola de Enfermagem da Universidade de Évora, Portugal. E-mail: fm@uevora.pt

Abstract

Within the Portuguese National Health System (SNS) there is a program directed to the promotion, prevention and control of oral diseases, operated by Oral Hygienists and Dentists. This work aims the reflection on the organization of oral health practices inserted in SNS, establishing connections with the higher education system. This is a narrative review of the literature, the search was guided by the combination of different descriptors, mainly in the MEDLINE and SciELO (Scientific Electronic Library Online) databases, included in the study when they brought some element that could contribute to reflection of the researched relationship. For a better understanding of the object of study, the analysis was complemented by SNS documents, available on official websites of Portugal. It was observed that the oral health needs of the population interact with a model that not only does not respond to the set of demands, it actually reinforces the oral health commodification. When one understands the graduating model and realizes the contact with the community is highly implemented through oral hygienists, one can justify the high number of preventive practices developed. Even with the contribution of the higher education system through dental surgeons, there are still gaps that interfere with the establishment of effective strategies to generate of improvement in the oral health levels. It is necessary to deepen the debate on the issues presented here, articulating the organization of the higher education system to the oral health practices, in order to reveal elements that drive change and improve the oral health of the Portuguese.

Keywords: Oral Health. Portugal. Health Systems. Education higher.

Resumen

Existe, dentro del Sistema Nacional de Salud de Portugal (SNS), un programa destinado a la promoción, prevención y control de enfermedades orales operadas por higienistas y dentistas orales. Reflexionar sobre la organización de las prácticas de salud oral, insertadas en el NHS, estableciendo conexiones con el sistema de educación superior. Esta es una revisión narrativa de la literatura, cuya búsqueda fue guiada por la combinación de diferentes descriptores, principalmente en las bases de datos MEDLINE y SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), incluidas en el estudio cuando aportaron algún elemento que podría contribuir a la reflexión de la relación. investigado Para una mejor comprensión del objeto de estudio, el análisis se complementó con documentos SNS, disponibles en sitios web oficiales en Portugal. Resultados: se advierte que las necesidades de salud bucal de la población coexisten con un modelo que, además de no poder responder al conjunto de demandas, refuerza la comercialización de la salud bucal. Al comprender el modelo formativo y darse cuenta de que el contacto con la comunidad se realiza fuertemente a través de los higienistas orales, se justifica el alto grado de prácticas preventivas desarrolladas en el país. Incluso con la contribución de la educación superior universitaria, a través de los dentistas, se identifican brechas que impiden el establecimiento de estrategias efectivas para generar mejoras en los niveles de salud bucal. Es necesario profundizar el debate sobre los temas presentados aquí, articulando la organización del sistema de educación superior con las prácticas de salud oral, a fin de revelar elementos que impulsen el cambio y la mejora en la salud oral de los portugueses.

Palabras clave: Salud Bucal. Portugal. Sistemas de Salud. Educación Superior.

Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, criado em 1979, conforme definido pela Lei de Bases da Saúde, foi elaborado para efetivar o direito da proteção à saúde da população. A saúde é responsabilidade do Estado, de cada indivíduo e das iniciativas sociais e privadas. Coexistem, no país, três sistemas articulados entre si: o SNS – que engloba as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde – o subsistema de saúde público de apoio – composto por entidades públicas responsáveis por desenvolver atividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento de

doenças – e os órgãos privados e profissionais autônomos que trabalham para o SNS por meio de acordos de prestação de cuidados (SOUZA, 2009).

Há, ainda, os subsistemas de saúde para determinadas profissões, por exemplo, para advogados, bancários, militares, funcionários públicos, que cobrem cerca de 25% da população. Cada fundo dispõe de estrutura administrativa própria e cada um paga um nível diferente de benefício como uma contribuição para o custo dos cuidados. Além disso, em torno de 20% da população encontra-se coberta por regimes de seguro privados ou fundos mútuos (ROCHA; SÁ, 2011).

No plano normativo, o SNS é definido como universal – todos devem ter acesso – geral – envolve ações e serviços diversos – e tendencialmente gratuito – existem medidas de responsabilidade individual no financiamento direto da saúde, as chamadas taxas moderadoras de utilização dos serviços (PORTUGAL, 2005a; SOUSA, 2009). O SNS tem voltado suas ações para as famílias e os ciclos de vida no sentido de abordar os problemas de saúde por meio de uma aproximação com a gestão da doença (SOUZA, 2009; NUNES, 2017), na busca constante por qualificação (CRISÓSTOMO, 2017).

Motivada pelo quadro de más condições bucais verificadas na população portuguesa, sobretudo nas crianças (BARATA *et al.*, 2013), e reconhecendo a eficácia de medidas de promoção primária e secundária no controle das doenças bucais, a Direção Geral da Saúde (DGS) – órgão do Ministério da Saúde português – implementou, em 2005, o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO)^a. Ele foi iniciado com medidas preventivas desenvolvidas em meio escolar, abrangendo crianças e adolescentes, sendo alargado posteriormente para grupos considerados prioritários como gestantes, idosos beneficiários do complemento solidário e portadores do vírus HIV (CASTRO, 2012).

Em síntese, o Programa garante a execução de uma série de atividades de promoção, prevenção e tratamento das doenças orais – com grande ênfase na cárie dentária – por meio de atividades desenvolvidas em nível escolar, primordialmente, e através da contratualização com os serviços privados de Medicina Dentária, intermediados pelos cheques-dentista, disponibilizados para os grupos prioritários. Com os cheques-dentista, o usuário pode escolher, livremente, o prestador dos serviços, em outras palavras, o PNPSO viabiliza a utilização da capacidade privada instalada, acreditando que isso melhoraria este setor específico da saúde pública (PORTUGAL, 2005b; CASTRO, 2012; NUNES; NUNES, 2018).

Abre-se um parêntese para registrar que, contemporaneamente, em Portugal, coexistem quatro grupos de profissionais inseridos no âmbito da saúde bucal: os Estomatologistas, os Odontologistas, os Médicos Dentistas e os Higienistas Orais, sendo que

os dois primeiros estão em vias de substituição, importando para esse trabalho apenas os Médicos Dentistas e os Higienistas Orais.

Os Médicos Dentistas são concebidos mediante a conclusão do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, incluído no subsistema de ensino superior universitário, enquanto os Higienistas Orais são habilitados por meio do curso de Higiene Oral, enquadrado no subsistema de ensino superior politécnico.

O objetivo do artigo é refletir sobre a organização do PNPSO, estabelecendo (des)conexões entre sua organização e a formação de profissionais de nível superior na área – Higienistas Orais e Médicos Dentistas. A motivação para o desenvolvimento do trabalho surgiu em decorrência da vivência de uma das autoras em Portugal, durante o estágio de doutorado sanduíche, entre os meses de fevereiro e julho de 2015, na cidade de Évora. O estágio foi financiado pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação no Brasil.

Metodologia

Por conta do olhar direcionado para as práticas de cuidado em saúde bucal e para a formação em Odontologia, uma vez que parte dos autores compunham um grupo de pesquisa que, na época, executava um projeto com vistas à propor inovação no trabalho e no ensino em odontologia no Brasil – desenvolvido com auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Projeto 403153/2012-3) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (2013/11668-2) – o modelo português despertou interesse. Ao constatar a pouca compreensão relacionada à questão e a pequena quantidade de publicações sobre o tema, os pesquisadores decidiram ‘garimpar’, na literatura e em documentos oficiais, elementos para auxiliar nessa reflexão e fomentar o debate.

O estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, tipo de estudo que visa explorar determinado tema, sem a obrigatoriedade de responder a uma questão norteadora ou utilizar uma metodologia definida (ROETHER, 2007). A busca ocorreu no segundo semestre de 2015, sendo realizada por uma das pesquisadoras e foi norteadora pela combinação de diferentes descritores, principalmente, nas bases de dados MEDLINE e SciELO (Scientific Electronic Library Online), incluídos no estudo quando publicados nos idiomas inglês, espanhol e português e quando traziam algum elemento que pudesse contribuir para o entendimento da relação investigada. Além disso, foram analisadas as referências contidas nas listas dos trabalhos encontrados. Para maior compreensão do objeto de estudo, o *corpus* de

análise foi complementado por documentos do SNS, disponíveis nos *sites* dos Ministérios da Saúde e da Educação de Portugal.

Resultados e discussão

Organização das práticas de saúde bucal em Portugal: iniciando uma reflexão

Conforme citado, o PNPSO existe desde 2005 e objetiva oferecer prevenção primária e secundária em saúde bucal à grupos específicos. O Programa conta com Higienistas Oraís, profissionais com formação de nível superior aos quais compete realizar atividades de ‘promoção de saúde oral’ em indivíduos e comunidades, com base em métodos epidemiológicos e em ações de educação para a saúde (PORTUGAL, 1999). No âmbito do SNS, os Higienistas Oraís realizam atividades de diagnóstico e aplicação de medidas preventivas relacionadas à cárie dentária, como a aplicação tópica de flúor e de selantes de fossas e fissuras, sem a habilitação para desenvolver ações curativas (CASTRO, 2012; NUNES; NUNES, 2018). Estão integrados ao SNS como técnicos de diagnóstico e terapêutica e presentes em muitas Unidades de Cuidados na Comunidade.

As medidas preventivas foram introduzidas por meio da incorporação dos Higienistas Oraís no PNPSO. No entanto, como havia necessidade de outras intervenções além daquelas possíveis de serem realizadas por estes profissionais, iniciou-se, em 2008, a contratualização com os Médicos Dentistas do setor privado. Pela primeira vez na história das políticas públicas de saúde bucal em Portugal, os Médicos Dentistas foram efetivamente incluídos no sistema público. A esses profissionais cabe realizar procedimentos curativos aos grupos beneficiados pelos cheques-dentistas, sendo reembolsados, posteriormente pelo SNS (KRAVITZ; BULLOCK; COWPE, 2014; NUNES; NUNES, 2018).

A partir daí, iniciou-se uma nova estratégia para controle e tratamento de doenças bucais em que grupos específicos passam a ter acesso à prevenção e controle de doenças prevalentes em um programa público (KRAVITZ; BULLOCK; COWPE, 2014).

Nas duas regiões autônomas do país – Região Autónoma da Madeira e Região Autónoma dos Açores – os sistemas de saúde são também autônomos. Na Madeira, há um plano de seguro público que fornece o reembolso do tratamento dentário que se enquadre em alguns critérios. Já nos Açores, a maioria das nove ilhas do arquipélago oferece atendimento odontológico em Centros de Saúde, ou seja, eles contam com a presença de Médicos Dentistas (KRAVITZ; BULLOCK; COWPE, 2014).

Em termos numéricos, dados mostram que em 2012 havia 9.007 Médicos Dentistas exercendo atividades no setor privado, 43 no setor público e 90 em hospitais, o que evidencia o caráter eminentemente mercantilizado da profissão no país. Além disso, apenas 50% da população, aproximadamente, dispunham de acesso público aos cuidados em saúde bucal por restrições financeiras, primordialmente. Números do mesmo ano mostram a existência de 520 Higienistas Orais em atividade (KRAVITZ; BULLOCK; COWPE, 2014).

Um levantamento epidemiológico, desenvolvido no ano letivo de 2005/2006, revelou a prevalência de cárie dentária, doença periodontal e fluorose, em uma amostra aleatória de 2612 crianças de 6, 12 e 15 anos de idade, representativa de todas as regiões de saúde do continente e das regiões autônomas que frequentavam as escolas públicas do ensino básico. Os resultados mostraram que, aos 6, 12 e 15 anos, respectivamente, o CPO-D (índice que expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 0,07, 1,48 e 3,04, ou seja, Portugal encontrava-se entre os países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, segundo os valores de referência da Organização Mundial da Saúde (1,2 a 2,6). Observa-se, em relação ao estudo desenvolvido em 2000, um aumento de 30% de jovens com dentes tratados, ganho atribuído, em grande parte, ao processo de contratualização com o setor privado na prestação de serviços às crianças e jovens (PORTUGAL, 2008; KRAVITZ; BULLOCK; COWPE, 2014).

Em 2008, o relatório da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico, no entanto, foi claro ao identificar Portugal como um dos países europeus em que houve, proporcionalmente, uma pequena melhoria no estado de saúde bucal da população (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010).

Quando comparado aos Estados membros mais desenvolvidos da comunidade Europeia, Portugal apresenta elevados índices de cárie dentária e periodontopatias. Em consonância, apesar da ausência de dados confiáveis quanto à prevalência, acredita-se que o câncer de boca venha acometendo muitos indivíduos (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010).

Além disso,

[...] não será difícil entender que a Saúde Oral dos adultos portugueses estará bastante deficiente e com necessidades de intervenção urgentes. Basta repararmos na quantidade de pessoas com que nos cruzamos na rua, ou que aparecem diariamente no ecrã de televisão com ausência de dentes no sector anterior da boca (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010, p. 16).

A explicação para esse fato reside, inquestionavelmente, nas disparidades sociais, na falta de equidade e nas dificuldades para o acesso aos cuidados de saúde bucal, principalmente nos grupos vulneráveis e desfavorecidos socialmente (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010). Ao definir os grupos que foram incluídos no PNPSO, automaticamente, negou-se acesso e atenção em saúde bucal a uma parcela significativa da população que, tal como os grupos priorizados, apresentam demandas e necessidades não menos importantes. Ainda se forem considerados os grupos priorizados – crianças, gestantes, idosos e pessoas vivendo com HIV – há restrições dentro dos grupos que não permitem abranger a totalidade dos indivíduos.

O SNS não está conformado de modo a oferecer respostas às necessidades de saúde bucal da população, negligenciadas e acumuladas ao longo dos anos, sobretudo, para os que não dispõem de aporte financeiro para custear os cuidados e que vivem em situação de vulnerabilidade. Existe um eminente esforço por parte do SNS no sentido de preencher as lacunas relacionadas à saúde bucal da população portuguesa. As iniciativas tomadas até o momento ainda não conseguiram responder os anseios postos na Constituição, onde encontra-se registrado que se deve garantir a igualdade e equidade no acesso aos serviços de saúde e ao pressuposto do SNS de que a saúde deve ser universal e tendencialmente gratuita (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010).

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 intitulado ‘Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar’, elaborado pela Ordem dos Médicos Dentistas (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010, p. 19), é enfático ao afirmar que:

- a. Existe um problema grave de Saúde Oral na população portuguesa com repercussão directa na sua Saúde Geral;
- b. É urgente a definição de uma estratégia global para a Saúde Oral da população.
- c. Não existem meios nos Centros de Saúde e nos Hospitais para dar resposta às necessidades da população;
- d. Existem Médicos Dentistas em quantidade suficiente para dar resposta às necessidades da população;
- e. O PNPSO na sua vertente preventiva encontra-se estagnado, ou até retrocedeu;
- f. A introdução do “cheque dentista” no PNPSO tem demonstrado ter sido uma estratégia eficaz para a prevenção primária e secundária das doenças orais e com custos controlados.
- g. Existem consultórios/clínicas privadas de Medicina Dentária suficientes para dar resposta às necessidades da população.
- h. Existem Médicos Dentistas com formação adequada, disponíveis para integrarem as equipas hospitalares, dos ACES ou para trabalharem nos seus próprios consultórios e clínicas privados em regime de contratualização.

O mesmo documento afirma que, por ser parte integrante da saúde geral, as ações de saúde bucal devem estar inseridas em uma estratégia global de cuidados em saúde, nos diferentes ciclos de vida, apoiada em ações transversais. Além disso, aparece a importância de garantir a inclusão da saúde bucal, efetivamente, nos cuidados de saúde primários, bem como em outros níveis de atenção, com vistas a responder as necessidades da população (ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2010).

Uma análise crítica das práticas de saúde bucal em Portugal permite inferir que é necessário pensar não somente em prevenção primária, secundária e terciária das doenças bucais, como aparece nos documentos que propõem mudanças mas, organizar as ações de saúde bucal com base na promoção da saúde, à nível das coletividades, em conjunto com outros setores na busca por melhorias de vida e, conseqüentemente, de saúde em uma visão ampliada que se encontra além das doenças bucais e das suas repercussões sistêmicas (WATT, 2005).

O cheque-dentista tem sua eficácia reconhecida porque permitiu que uma fração da população, a quem antes o acesso era negado, alcançasse o tratamento odontológico, no entanto, há que se levar em consideração seu caráter restritivo e excludente – já que prioriza alguns grupos; curativo – visto que, predominantemente, atua na doença instalada; não integral – uma vez que se foca na cárie dentária e nas doenças gengivais, negligenciando outras doenças bucais eventualmente graves, e o fato de estudos desenvolvidos em diversas partes do mundo evidenciarem que as melhorias nas condições de saúde bucal estão, majoritariamente, associadas à melhoria das condições de existência, o que quer dizer que a assistência odontológica é apenas uma vertente nesse processo e não a responsável por boas condições de saúde bucal (BOTAZZO, 2013).

Estudos evidenciam a ligação das doenças bucais com aspectos socioeconômicos (BALDANI *et al.*, 2004; GUSHI *et al.*, 2005; MASHOTO *et al.*, 2010; PASSOS *et al.*, 2011; BORTOLI *et al.*, 2017). Outros demonstram que para reduzir iniquidades em saúde, é necessário que os sistemas voltem suas ações para os determinantes sociais (WATT; SHEIHAM, 1999; MARMOT, 2005; WATT, 2005; PETERSEN; KWAN, 2011) e implementem políticas de promoção de saúde apropriadas e efetivas. A Organização Mundial de Saúde também tem estimulado abordagens que atuem segundo as condições de vida (WHO, 2008).

Reduzir desigualdades em saúde bucal sem que as condições de vida sejam melhoradas não é garantia de que os níveis favoráveis se mantenham, uma vez que existem

instabilidades das políticas públicas e dinamicidade no processo social que podem proporcionar a reversão do quadro (PASSOS *et al.*, 2011).

Em Portugal, as necessidades da população convivem com um modelo de produção científica e de ações de saúde bucal que, além de não conseguir responder ao conjunto das demandas, reforça a mercantilização da saúde bucal e coloca a responsabilização individual do sujeito como principal foco de atuação, bem como o ‘reparo dentário’ como condição para ser saudável, negando assim a subjetividade do processo terapêutico e a dimensão social do adoecimento bucal.

Remete-se, aqui, ao conceito de bucalidade^b, trazendo para a cena a não restrição da saúde (bucal) à forma biológica ou clínica e a insuficiência da teoria odontológica para recuperar o homem por inteiro, frisando a influência dos determinantes sociais no adoecimento bucal (BOTAZZO, 2000, 2013).

Ensino Superior Universitário e Ensino Superior Politécnico: práticas de saúde bucal e o sistema de ensino superior português

Em Portugal, o ensino superior apresenta dois subsistemas: universitário e politécnico. Essa divisão já existia antes da implementação do processo de Bolonha (BOLONHA, 1999), quando foi iniciada a uniformização do ensino superior na Europa. Cada um dos dois subsistemas apresenta características próprias, cabendo, a ambos, funções distintas (Quadro 1).

O ensino universitário se enquadra em uma vertente mais acadêmica, enquanto o politécnico segue uma vertente mais profissionalizante. Há grande foco, no âmbito do politécnico, na abordagem de ensino teórico tradicional e no desenvolvimento de estágios para a apreensão dos aspectos práticos da profissão, enquanto o universitário incentiva o desenvolvimento de investigações científicas com maior ênfase. O ensino universitário confere os graus de licenciado, mestre e doutor e o politécnico apenas os graus de licenciado e mestre (também com uma vertente mais profissionalizante) (PORTUGAL, 2009, 2013). Há, no entanto, cursos de doutorado nas áreas dos cursos politécnicos sediados em universidades, geralmente coordenados por docentes vinculados às universidades e não às Instituições Politécnicas.

Socialmente, nota-se maior valorização do ensino universitário em relação ao ensino politécnico. Uma hipótese explicativa seria a presença obrigatória de docentes doutores no ensino universitário. Outra diferença relevante é a presença dos centros de investigação que, em sua maioria, estão alojados em Universidades, uma vez que as Instituições Politécnicas

não dispõem de recursos e massa crítica para comportar esses centros. Corroborando com essa assertiva, a busca de estudos científicos sobre o ensino politécnico em bases de dados portuguesas não encontrou muitos trabalhos, comprovando que a produção científica oriunda do ensino politécnico é pequena.

Quadro 1 – Principais distinções entre Ensino Superior Universitário e Ensino Superior Politécnico.

	Ensino Universitário	Ensino Politécnico
Graus académicos conferidos	Licenciatura Mestrado Doutoramento	Licenciatura Mestrado
Vertente	Mais académica	Mais profissionalizante
Produto final do curso de mestrado	Dissertação de natureza científica	Relatório final de estágio de natureza profissional
Incentivo para o desenvolvimento de pesquisa	Grande	Pequeno
Local de existência	Universidades	Institutos Politécnicos Escolas Politécnicas integradas à Universidades
Quantidade de doutores	Grande	Pequena

Fonte: Os autores, 2015.

No âmbito da formação em saúde bucal, os cursos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária são classificados como universitários, enquanto os cursos de Higiene Oral se enquadram na esfera dos cursos politécnicos.

A relação dos cursos de Medicina Dentária e Higiene Oral encontra-se no Quadro 2. É perceptível a existência de um equilíbrio entre ensino público e privado, nos dois casos, e uma oferta maior de cursos de Medicina Dentária em relação aos de Higiene Oral.

Os cursos de Medicina Dentária são conformados por um primeiro ciclo (licenciatura) com duração de seis semestres, em que a conclusão implica a obtenção do grau de licenciado em ‘Ciências Básicas da Saúde Oral’. O segundo ciclo é obrigatório para o exercício da profissão, já que se trata de um Mestrado Integrado, e exige o desenvolvimento de uma dissertação de natureza científica.

Fica evidente que existe um grande esforço para garantir a uniformização da formação em Medicina Dentária na Europa, ou seja, os cursos são organizados com base nos documentos e definições para o contexto europeu, seguindo as recomendações do Tratado de Bolonha (CARVALHO, 2004).

As unidades curriculares incluem disciplinas de Saúde Pública e de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária. Ressalva-se, no entanto, que essas disciplinas apresentam

uma base preventivista e uma discussão acentuada de aspectos econômicos da saúde, no sentido de favorecer a compreensão da contratualização do setor público com o setor privado viabilizada por meio dos cheque-dentistas. Além disso, em Portugal, as estruturas curriculares das distintas IES são muito próximas umas das outras e não há diferenças significativas entre as Instituições públicas e as Instituições privadas, ao menos no plano normativo.

Quadro 2 – Cursos de Mestrado Integrado em Medicina Dentária e de Licenciatura em Higiene Oral de Portugal.

Curso	Instituição	Tipo de Ensino	Forma de ingresso
Mestrado Integrado em Medicina Dentária	Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina	Superior Público Universitário	Concurso Nacional
	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina Dentária		
	Universidade do Porto – Faculdade de Medicina Dentária		
	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz		
Licenciatura em Higiene Oral	Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte	Superior Privado Universitário	Concurso Institucional
	Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras		
	Universidade Fernando Pessoa		
	Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte		
Licenciatura em Higiene Oral	Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina Dentária	Superior Público Universitário	Concurso Nacional
	Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde		
	Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde Do Vale do Souza		
Licenciatura em Higiene Oral	Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	Superior Privado Politécnico	Concurso Institucional
	Instituto Superior de Saúde do Alto Ave		

Fonte: Direção Geral do Ensino Superior – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de Portugal, 2015.

No que se refere aos estágios curriculares das disciplinas de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária, em sua maioria, eles se desenvolvem nas próprias clínicas das Instituições de Ensino Superior, onde os estudantes aplicam o conteúdo preventivista nos pacientes, e em espaços sociais como escolas e creches, com o desenvolvimento de ações de cunho educativo.

Já a formação em Higiene Oral tem o objetivo de conceber profissionais capazes de administrar cuidados de prevenção em higiene oral, colaborando com os membros das equipes de saúde no âmbito do planejamento, bem como execução e avaliação de programas de saúde voltados para a comunidade.

Os cursos têm duração de seis semestres sendo que, em um primeiro momento, são oferecidas disciplinas básicas, como nos Mestrados Integrados em Medicina Dentária,

acrescidas, posteriormente, por disciplinas específicas para a atuação do Higienista Oral como Higiene Oral e Higiene Oral Escolar e Comunitária.

Os alunos realizam estágios curriculares em Centros de Saúde, com a supervisão de Higienistas Oraís vinculados a esses centros, e em equipamentos sociais como escolas, abrigos de idosos, instituições beneficentes etc.

O PNPSO, apesar de ter sua importância reconhecida, sobretudo no que diz respeito ao controle da cárie dentária, é questionável e pode ser criticado em diversos aspectos – configura-se como excludente, restritivo, curativo e não integral – conforme discorrido no item anterior.

Ao compreender o modelo formador e perceber que o contato com a comunidade é fortemente concretizado por meio dos Higienistas Oraís e tendo em mente que eles são formados com base na ótica do ensino politécnico, ou seja, trata-se de uma profissão eminentemente prática, com pouco estímulo para o desenvolvimento de investigações e, conseqüentemente, pouco espaço para críticas e questionamentos, justifica-se o alto grau de práticas preventivistas desenvolvidas pelo PNPSO, reproduzidas de modo acrítico pelos Higienistas Oraís, como produção em série – igual para todos – com a crença, por parte dos profissionais, na alta efetividade das medidas desenvolvidas.

Investir na mudança de hábitos individuais e na apreensão dos conhecimentos relacionados à ‘escovagem dentária’ como forma de combater as doenças bucais, mesmo em um contexto mundial de discussão da determinação social do adoecimento bucal, prova que o distanciamento de determinadas profissões das investigações científicas – como acontece com a maior parte dos cursos politécnicos – que busquem respostas e gerem contributos para tornar o trabalho mais efetivo, acompanhando a dinamicidade da vida, das pessoas e do mundo deve ser repensado.

O trabalho mecânico e acrítico, ofertado de modo igual para todos os indivíduos também precisa ser questionado. Com base nesses argumentos, defende-se a universitarização dos cursos politécnicos, em especial dos cursos de Higiene Oral, com a crença de que isso poderia gerar uma abordagem mais efetiva à nível das coletividades, no que diz respeito à saúde bucal. Além disso, a passagem dos cursos politécnicos a universitários tem também associados um maior reconhecimento e valorização social da profissão e conseqüentemente, uma maior capacidade reivindicativa de afirmação de competências.

Por outro lado, ao levar em consideração a formação dos Médicos Dentistas, seguindo as diretrizes europeias, Portugal busca formar um profissional generalista, com capacidade para o exercício da profissão no seu extenso domínio técnico e científico, com

habilidade para trabalhar em parceria com os demais profissionais da saúde bucal ou da equipe de saúde. Aparece, ainda, a importância de garantir o desenvolvimento das habilidades de comunicação, de estimular o processo de formação de modo contínuo e viabilizar uma prática pautada pela evidência científica (PLASSCHAERT *et al.*, 2004; COWPE *et al.*, 2010), similar ao que é preconizado no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2013; SILVEIRA; GARCIA, 2015).

Mesmo com o aporte do ensino superior universitário e a grande ênfase dada ao desenvolvimento científico, identificam-se lacunas que dificultam o estabelecimento de estratégias efetivas para gerar novos elementos propulsores de mudanças no PNPSO e, conseqüentemente, de melhorias nos níveis de saúde bucal da população.

Durante o processo formador, os alunos não vivenciam o SNS – o que é justificável, já que a inserção de profissionais no serviço público é mínima – são submetidos ao ensino de práticas preventivistas distantes do contexto social desenvolvidas, predominantemente, dentro das clínicas das Instituições de Ensino e são, como em várias outras partes do mundo, moldadas de acordo com as necessidades de ‘aprendizagem odontológica’ e não de vivência do social.

Outra questão que merece destaque é o caráter desvinculado das duas profissões. Apesar de terem um objeto de atuação comum – a saúde bucal – elas se organizam como se trabalhassem com objetos diferentes: ao Higienista Oral cabe rastrear e prevenir a cárie, enquanto o médico dentista se ocupa de ‘curar’ a doença já instalada. Como em outros países, e a exemplo do que ocorre no Brasil, também em Portugal a prática dentária é, no cotidiano, uniosológica.

Considerações finais

Ao compreender o modelo de ensino superior português, sobretudo no que diz respeito às profissões que atuam no âmbito da saúde bucal, foi possível estabelecer nexos entre as práticas de saúde bucal e o modo como esses profissionais são formados. Desse paralelo, também clarificaram as desconexões entre as necessidades de saúde bucal da população portuguesa e os fazeres em saúde bucal no país.

É necessário aprofundar o debate sobre as questões aqui apresentadas, articulando a organização do sistema de ensino superior às práticas de saúde bucal, de modo a revelar elementos propulsores de mudança e melhoria na saúde bucal dos portugueses.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento, por meio da disponibilização de bolsa do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) para uma das autoras, o que viabilizou o desenvolvimento do trabalho.

Referências

- BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Association of the DMFT index with socioeconomic and dental services indicators in the state of Paraná, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 143-52, 2004. DOI: 10.1590/s0102-311x2004000100030
- BARATA, C. *et al.* Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. 27-32, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.12.001>
- BOLONHA. **Declaração do Processo de Bolonha**. Bolonha, 1999.
- BORTOLI, F. R.; MOREIRA, M. A.; KOVALESKI, D. F. Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 96-102, maio/ago. 2017.
- BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2000.
- BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.
- CARVALHO, M. F. Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional. Grupos por Área de Conhecimento – Medicina Dentária. **Relatório**. Universidade do Porto, 2004.
- CASTRO, E. M. M. **Programa de Saúde Oral**: evolução, instrumentos e resultados. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade do Minho, Portugal, 2012.
- COWPE, J. *et al.* Profile and competences for the graduating European dentist – update 2009. **European Journal of Dental Education**, Copenhagen, v. 14, p. 193-202, 2010. DOI: 10.1111/j.1600-0579.2009.00609.x
- CRISÓSTOMO, S. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, número especial 1, p. 33-48, dez. 2016.
- GUSHI, L. L. *et al.* Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. **Journal of applied oral science**, Bauru, v. 13, n. 3, p. 305-311, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-77572005000300019>
- KRAVITZ, A. S.; BULLOCK, A.; COWPE, J. **Manual of dental practice 2014 (Edition 5)**. Council of European Dentists, 2014.
- LIMA, R. C. G. S. Reconhecendo o desafio latente na história: periodização contextualizada dos modelos de saúde bucal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 15-25, maio/ago. 2017.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)

MASHOTO, K. O. *et al.* Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. **BMC Oral Health**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. 2-10, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-10-7>

NUNES, A. M. Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. **Direitos Fundamentais & Justiça**, Belo Horizonte, ano 11, n. 37, p. 17-34, jul./dez. 2017.

NUNES, A. M.; NUNES, M. L. Avanços na Política de Saúde Bucal em Portugal. **Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 25-39, dez. 2018.

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**: estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual). Porto, 2010.

PASSOS, J. S. *et al.* Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, p. 138-150, jan./jun. 2011. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a152>

PETERSEN, P. E.; KWAN, S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 39, n. 6, p. 481-487, 2011. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x

PLASSCHAERT, A. J. M. *et al.* **Profile and Competences for the European Dentist Document**. Association for Dental Education in Europe, 2004.

PORTUGAL. Decreto-Lei no 564 de 21 de dezembro de 1999. **Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica**. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/661768/details/maximized>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PORTUGAL. **Constituição da República Portuguesa**. VII Revisão Constitucional. 2005a. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>. Acesso em: 13 abr. 2020.

PORTUGAL. **Despacho nº 153/2005**, de 5 de janeiro. Diário da República, 2.ª série, 153, 2005b.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais**. Lisboa: DGS, 2008.

PORTUGAL. Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei nº 207, de 31 de agosto de 2009. **Diário da República**, 1.ª série, nº 168, 31 de agosto de 2009

PORTUGAL. Ministério da Educação e Ciência. Decreto-Lei nº 115, de 07 de agosto de 2013. **Diário da República**, 1.ª série, nº 151, 7 de agosto de 2013.

RIBEIRO, C. D. M. *et al.* O trabalho de campo como dispositivo de ensino, pesquisa e extensão na graduação de Medicina e Odontologia. **Interface: comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 947-957, 2013. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000026

ROCHA, P. M.; SÁ, A. B. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2853-2863, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600023>

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-2, 2007.

SILVEIRA, J. L. G. C.; GARCIA, V. L. Mudança curricular em Odontologia: significados a partir dos sujeitos da aprendizagem. **Interface: comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 145-158, 2015. DOI: 10.1590/1807-57622014.0530

SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, p. 884-894, 2009.

WATT, R.; SHEIHAM, A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. **British Dental Journal**, London, v. 187, p. 6-12, 1999. DOI: 10.1038/sj.bdj.4800191

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 83, n. 9, p. 711-718, Sept. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva: World Health Organization, 2008.

Notas:

^a Optou-se por utilizar a expressão ‘bucal’ quando o texto se refere a situações próprias desta região do corpo ou quando indique políticas, tal como consagrado na literatura da saúde coletiva no Brasil, mantendo-se a expressão ‘oral’ sempre que se referir a estruturas de significação próprias da vertente lusa da língua portuguesa, sobretudo na referência a instâncias administrativas ou a políticas.

^b As unidades dentárias compõem, em solidariedade à outras estruturas como mucosas, glândulas, músculos, nervos, etc., um ‘território’. Esse território realiza um conjunto de trabalhos que podem ser distribuídos em três vertentes: manducação, erótica e linguagem. O potencial para realizar essas três funções ou trabalhos, ou seja, ‘ter a capacidade para ser boca’ é, ao mesmo tempo, realização biológica, social e psíquica. Esses dizeres conceituam que os trabalhos bucais expressam três dimensões da vida do homem em sociedade e, por isso, podem ser entendidos como a ‘produção social da boca humana’ (BOTAZZO, 2013).