

CONTRIBUIÇÕES PARA A ANÁLISE DE ALGUNS ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO DA MEDICINA ORAL EM PORTUGAL*

César Mexia de Almeida, Professor Associado
de Endodontia da ESMDL

1. INTRODUÇÃO

Em virtude das carências que se verificam na cobertura das necessidades de tratamento das doenças da boca na população portuguesa; em virtude também das alterações resultantes da introdução de um novo grupo profissional naquela área de actividade médica — os médicos dentistas — a situação da medicina oral portuguesa tem sido centro de debates, desde há alguns anos.

A instalação de duas Escolas de Medicina Dentária (Porto e Lisboa) e a recente abertura de uma licenciatura em medicina dentária pela Faculdade de Medicina de Coimbra

*Documento apresentado ao Ministro da Educação, em 2 de abril de 1988 como documento pessoal.

não atenuaram uma das razões daquele debate porque, entretanto, não se estabeleceu o equilíbrio entre a oferta e a procura de licenciados. O que é natural, dado que partimos com 50 a 100 anos de atraso em relação aos países economicamente mais desenvolvidos.

Reavivado nos últimos tempos, em virtude da intenção governamental de autorizar a abertura de escolas privadas de medicina dentária, o debate abrange não só as carências em número de médicos como os custos da sua formação, a idoneidade dos protagonistas e muitas outras questões relacionadas com as políticas de ensino e de prestação de cuidados preventivos e curativos.

Vamos procurar analisar algum destes aspectos e com eles relacionar o estado actual das

Escolas de Medicina Dentária situando todo o problema no contexto de uma previsão dos recursos humanos necessários ao país, a médio prazo. Abrimos esta análise com uma forçosamente resumida revisão da evolução da medicina oral portuguesa na última dezena de anos.

2. EVOLUÇÃO DA MEDICINA ORAL PORTUGUESA NOS ÚLTIMOS 12 ANOS

A criação das duas Escolas Superiores de Medicina Dentária, em 1975, tem vindo a ser sucedida por um conjunto de acções que, a doze curtos anos de distância, se pode considerar uma verdadeira revolução neste campo da nossa medicina.

Procurarei ilustrar esta afirmação com alguns exemplos:

1. Execução por membros da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (ESMDL), em cooperação com a Organização Mundial de Saúde (OMS), de um inquérito nacional sobre a prevalência das doenças orais e das necessidades de tratamento permitindo que disponhamos hoje de dados para fundamentar uma previsão dos recursos humanos necessários nos próximos anos.

2. Abertura, pela ESMDL, dos quatro cursos de formação de técnicos complementares indispensáveis á completa constituição da equipa de saúde oral, á qual devem estar cometidas a prevenção o diagnóstico e o tratamento das doenças da boca. Não é possível fazer a prevenção e tratar das doenças da boca sem o concurso do médico, do técnico de prótese, do higienista, do assistente de gabinete e do técnico de manutenção de equipamento dentário.

3. Criação de um terceiro curso integrado

na Faculdade de Medicina de Coimbra, dotando assim cada um dos três principais centros universitários das três grandes regiões de uma licenciatura em Medicina Dentária, o que constitui um contributo muito importante para a cobertura, a nível nacional, das necessidades de tratamento.

4. Criação da Divisão de Saúde Oral, na Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), a qual é responsável pela orientação das grandes opções relativas á política preventiva e curativa na saúde oral, em particular nos estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde.

5. Lançamento, pela Divisão de Saúde Oral, nos últimos três anos sucessivamente, de um programa de prevenção da cárie para as crianças das escolas, centrado na utilização de bochechos com soluções fluoretadas, de um programa de educação em saúde oral irradiando dos centros de saúde, e outro muito recente de promoção, através dos meios de comunicação social, das medidas preventivas individuais e colectivas.

6. Há cerca de 2 meses, realização, na cidade do Porto, por iniciativa da Escola de Medicina Dentária do Porto (ESMDP), do I Congresso Nacional de Medicina Dentária Preventiva. Com o patrocínio da Divisão de Saúde Oral da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde primários (DGCSP), decorreu este congresso com a participação interessada de cerca de 400 médicos e estudantes.

7. Multiplicam-se as actividades de formação continuada em iniciativas que partem de múltiplos centros hospitalares ou das associações profissionais de carácter científico, nomeadamente, a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, os Serviços de Estomatologia e as Escolas de Medicina Dentária.

8. Na epidemiologia e noutros campos têm sido realizados trabalhos de investigação só possíveis, nas actuais condições, mercê de um grande esforço e dedicação de muitos médicos estomatologistas e médicos dentistas geralmente ligados às Escolas Superiores de Medicina Dentária (ESMD), ou aos Serviços de Estomatologia. Os dois doutoramentos efectuados nas Faculdades de Medicina e as três post-graduações levadas a cabo em centro escandinavo credenciado são outros exemplos do movimento em curso.

9. Criação das secções de Medicina Dentária na Ordem dos médicos, permitindo a integração dos médicos dentistas naquela estrutura profissional. Considero que este facto tem grande importância para uma orientação biológica e humanamente integral, contrariando a tendência mecanicista, sempre presente, na medicina oral.

10. A promoção da saúde está a passar gradualmente para o centro da actividade dos profissionais da saúde oral, como o demonstram a instalação de um curso de higiene oral e a grande participação no I congresso de Medicina Dentária Preventiva. Os seus efeitos só se poderão tornar evidentes a médio prazo, mas o movimento de que a medicina oral se encontra animado e a gradual introdução de um novo perfil educativo permitem ter esperança que os seus efeitos se traduzirão em melhorias importantes na Saúde oral dos portugueses.

São estes alguns exemplos que evidenciam a silenciosa revolução em curso na medicina oral portuguesa e que, deve dizer-se, resultam de uma decisão correcta, ainda que tardia. Refiro-me concretamente á instalação das licenciaturas em medicina dentária. Mas deve ser recordado neste momento que, desde 1910, os médicos estomatologistas portugueses clamavam pela institucionalização do ensino da medi-

cina oral propondo a instalação de uma Escola de Estomatologia.

Pois só em 1975 essa aspiração veio tomar corpo com a instalação das ESMD, as quais constituem a materialização daquela mesma aspiração, sob uma forma um pouco diferente, e na minha opinião, mais conforme com as necessidades reais e condições actuais de formação. Por estas razões considero a Medicina Dentária filha da Estomatologia.

Aliás, uso preferencialmente a designação medicina oral para nomear as acções terapêuticas na boca em vez do termo medicina dentária porque a boca é um todo, que constitui parte de outro todo mais alargado, e o objectivo real do que se tem convencionalmente designar por medicina dentária é a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças da boca e não somente das doenças dos doentes. De resto, as doenças dos dentes não podem ser compreendidas senão quando integradas na fisiopatologia global da cavidade oral. Esta por sua vez tem naturalmente os mesmos fundamentos biológicos de todas as doenças do corpo humano.

Por estas razões e de acordo com a evolução que se tem verificado nos conceitos subjacentes á filosofia do ensino, da prevenção, diagnóstico e terapêutica das doenças da boca, penso que seria mais correcto adoptar a designação de licenciaturas em Medicina Oral e designar as respectivas escolas por Faculdades de Medicina Oral.

3. AS ESCOLAS DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO E LISBOA E A LICENCIATURA EM MEDICINA DENTÁRIA PELA FACULDADE DE DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.

Apresentámos exemplos do que chamámos a silenciosa revolução em curso na medicina oral portuguesa. Esta revolução tem, em gran-

para si próprios e com incidências tangíveis na organização do ensino na Escola.

Quando esta cooperação terminou, ao fim de 6 anos, por decisão do governo norueguês, que a encarou como uma contribuição limitada, no tempo, para a consolidação da Democracia em Portugal, a Escola de imediato procurou estabelecer novas interligações, vindo a concretizar novo acordo, desta vez com uma fundação americana, a Fundação Projecto Hope, que tem sido também de enorme importância, em particular, para o arranque dos cursos dos técnicos auxiliares ou complementares de medicina oral (higienistas, prótesicos, assistentes de gabinete). Estes exemplos não esgotam este tema mas mostram que a Escola está consciente de que o ensino tem de ser renovado no dia a dia respirando uma atmosfera de criação permanente, em que a experiência de outras escolas é um dado dinamizador e estimulante.

2. A ESMDL deixou de ter como objectivo fundamental da formação dos seus discentes, a execução de técnicas de tratamento meramente reparadoras. Acompanhando a evolução que se está verificando em toda a medicina, reorienta os objectivos intermediários de ensino, tendo presente que a preparação dos médicos dentistas passou a ter, como finalidade essencial e última, a promoção da saúde oral dos seus pacientes considerados individualmente ou integrados em comunidade.

Deste facto resultou, entre outros, um passo importantíssimo para a medicina oral portuguesa que foi a instalação, já referida, do curso de higiene oral visando preparar higienistas clínicos e higienistas comunitários (2,5 anos de formação).

3. A ESMDL tem também claramente presente que está ultrapassado o tempo de intervenção individualizada no campo da saúde oral como no campo da saúde em geral.

Daí que tenha institucionalizado como também já referimos a formação dos outros membros da equipa de saúde oral, os quais, tal como o médico-dentista e o higienista, são indispensáveis para um correcto funcionamento de todas as estruturas básicas de apoio às acções preventivas e terapêuticas no campo da saúde oral: os técnicos laboratoriais de prótese dentária (4 anos de formação), os assistentes de gabinete (1 ano e três meses) e os técnicos de manutenção (3 anos).

Deve ser salientado que o apoio para a concretização desta formação veio do Instituto do Emprego e Formação Profissional.

4. A consciência da importância do trabalho em equipa determinou que se esteja procurando organizar o ensino integrado de todos os técnicos que intervêm na medicina oral. Determinou, conseqüentemente, que um estabelecimento de ensino universitário se assumisse como responsável pela formação na área técnico-profissional, vencendo resistências e preconceitos, tendo em vista o objectivo principal: promoção da saúde oral mediante prevenção e tratamento a diferentes níveis, mas integrados num plano global desenvolvido pela equipa de saúde oral.

5. Podemos assim verificar que, na ESMDL, se está fazendo um esforço permanente visando a integração horizontal, interdisciplinar, e a integração vertical de todos os componentes da equipa de saúde. A sua estrutura orgânica já foi mesmo apontada, pela OMS, como modelo a adoptar na região mediterrânica.

6. Docentes da ESMDL, como alíás da EMSD do Porto, têm colaborado no levantamento epidemiológico do país no que respeita à prevalência das doenças da boca. E iniciaram algum trabalho de investigação, em condições extremamente adversas que não cabe agora inventariar.

Este factos evidenciam que as ESMD que nascidas em dificuldade resultante da não existência de ensino estruturado da medicina oral, têm procurado servir o país e criar condições para que a médio prazo disponhamos de todas as condições para um ensino adequado sustentado por trabalho de investigação indispensável à maturação do seu corpo docente e renovação do seu ensino.

Todo este trabalho tem sido desenvolvido em paralelo com a iniciação dos cursos das diferentes disciplinas com todo o esforço e sobrecarga que tais tarefas têm implicado.

Entretanto, em Coimbra, abriu-se uma licenciatura em medicina dentária dentro da própria Faculdade de Medicina, portanto, uma via um pouco diferente da que foi seguida em Lisboa e Porto. O ministério da Saúde terá prometido, há quatro anos, construir instalações adequadas para o funcionamento daquela licenciatura. Os alunos estão a mais de meio do último ano do ciclo básico e as instalações para o ciclo clínico pura e simplesmente não existem ainda.

A Escola do Porto está instalada em construções pré-fabricadas de curta duração. Não são, evidentemente, instalações apropriadas para uma Escola de Medicina Dentária.

Não faço outras referências ao curso de Coimbra e à Escola do Porto porque estas são suficientemente gritantes e evidenciam suficientemente a ligeireza com que muitas vezes tomamos iniciativas de responsabilidade. Esperamos e ambos os casos tenham solução condigna e **adequada aos objectivos do ensino da medicina oral.**

Seja-nos permitido falar novamente da Escola de Lisboa. Como prova de que esta Escola vive num mundo irreal de ambições excessivas tem sido referido que o projecto apresentado pela Escola para a segunda fase seria demasiado ambicioso e inoportuno para as verbas de que dispõe o Ministério da Educação. É possível efectivamente que o

projecto fosse muito ambicioso mas a Comissão Instaladora da ESMDL e nomeadamente o seu presidente sempre se têm revelado ambiciosos nos seus objectivos. Também é verdade que, durante bastante tempo esse projecto não teve qualquer limitação ou restrição por parte do MEC o qual aprovou e inscreveu, com primeira prioridade, no PIDAC de 1987. No entanto, julgo poder dizer que a ESMDL está disposta a rever o programa daquele projecto, procurando ir ao encontro das possibilidades orçamentais sem prescindir dos espaços indispensáveis à adequada formação dos seus alunos.

É absolutamente indispensável para o País que todas as ESMD disponham de instalações adequadas. E instalações adequadas não quer dizer meia dúzia de salas e uma clínica com alguns equipamentos para tratamento. Também não quer dizer instalar uma consulta externa de tratamentos dentários que serviria para a iniciação clínica dos alunos.

Instalações "adequadas" quer dizer entre outras coisas: uma biblioteca e uma videoteca, laboratórios pré-clínicos, clínicas devidamente equipadas, instalações técnicas que não são simples centrais de compressores, de aspiração, de purificação de água, de lavagem e esterilização dos instrumentos) reprografia, armazéns para materiais e instrumentos, arquivos clínicos e administrativos, laboratório de investigação com pelo menos quatro sectores essenciais, (histomorfologia, materiais dentários, microbiologia e bioquímica), salas de operações e recobro, gabinetes para docentes, vestiários para os seus alunos, etc. etc..

Do que referimos relativamente às três escolas, poderemos concluir que neste momento é necessário construir **dois edifícios de raiz, completos, e ampliar o terceiro.**

Daí que se possa dizer que este é mais um dos momentos decisivos para o desenvolvimento da medicina oral portuguesa. O que se irá passar nos próximos cem anos será de-

terminado pelo que decidirmos, ou não, fazer hoje.

Instalações físicas adequadas e formação post-graduada em centros credenciados do maior número possível de novos docentes são na minha opinião as nossas duas grandes prioridades neste momento.

Dado o facto de ser indispensável construir dois edifícios de raiz e ampliar o terceiro, penso que se justificaria neste momento uma visita de técnicos da Direcção Geral do Ensino Superior, eventualmente acompanhados por docentes das ESMD a escolas da Comunidade Europeia para uma observação das suas instalações físicas e troca de impressões com as respectivas direcções. É que há sectores do Ministério da Educação em que não se faz a menor ideia do que é uma escola de Medicina Dentária se tivermos em conta as críticas que são formuladas à ESMDL. Esse facto, foi assumido em 1975 quando foram enviados técnicos de construções escolares a visitar escolas de outros países, mas nunca foram enviados especialistas da área pedagógica e financeira a fazer o mesmo.

Importa salientar que a construção de uma Escola de Medicina Dentária representa um investimento de grande volume e que não se voltará a repetir por larguíssimas dezenas de anos talvez mesmo por mais tempo. Daí o cuidado na sua planificação, hoje.

Para termos uma ideia do investimento necessário, podemos tomar como exemplo a construção do edifício da formação profissional da ESMDL. Com uma área de cerca de 2.200 metros quadrados, o seu custo cifrou-se em aproximadamente duzentos e vinte mil contos a preços correntes (1982/83). Admitindo que hoje se dispenderia o dobro daquela verba teríamos um custo de cerca de 200 contos por metro quadrado, com equipamento. Se admitirmos também que cada Escola necessitará de uma área de 5 a 7.000 metros quadrados, teremos um investimento mínimo

da ordem dos 3 milhões de contos ($3 \times 5.000 \times 200.000 \00).

Portanto, para as três escolas, o Estado português necessita de investir cerca de 3 milhões de contos, no mínimo e urgentemente, se desejar dispor das condições físicas adequadas para a formação dos seus médicos--dentistas.

Mas não bastam as instalações físicas.

Mais importante ainda é o segundo investimento prioritário já referido: formação post-graduada dos novos docentes em centros credenciados, por períodos que, geralmente, terão a duração mínima de dois anos.

A ESMDL já tem assistentes com post-graduações completas de dois anos efectuadas em centros credenciados. Para outros jovens docentes a Comissão Instaladora tem procurado abrir idênticas possibilidades. Mas o desenvolvimento de um programa deste tipo oferece muitas dificuldades e justifica-se plenamente um programa específico para as três escolas de forma a assegurar, no futuro, um nível de ensino constantemente renovado. Talvez que os programas da Comunidade Económica Europeia possam facilitar a sua concretização.

Como ponto de partida poder-se-ia admitir que cada Escola necessita de, pelo menos, 10 recém-licenciados com post-graduações de 2 anos a um custo aproximado de 1.500 contos/ano. Um plano deste tipo poderia ser escalonado ao longo de um período de 10 anos ($10 \times 3 \times 2 \times 1.500.000 \$00 = 90.000.000 \$00$).

Esta formação post-graduada deveria ser desenvolvida de imediato antes da consolidação da 2ª geração de docentes nos seus lugares de carreira. As disponibilidades pessoais para os sacrifícios exigidos pelas estadias prolongadas fora do país só podem, geralmente, ser assumidas por recém licenciados. Perdida a oportunidade poderá acontecer que ela só se volte a repetir dezenas de anos depois.

terminado pelo que decidirmos, ou não, fazer hoje.

Instalações físicas adequadas e formação post-graduada em centros credenciados do maior número possível de novos docentes são na minha opinião as nossas duas grandes prioridades neste momento.

Dado o facto de ser indispensável construir dois edifícios de raiz e ampliar o terceiro, penso que se justificaria neste momento uma visita de técnicos da Direcção Geral do Ensino Superior, eventualmente acompanhados por docentes das ESMD a escolas da Comunidade Europeia para uma observação das suas instalações físicas e troca de impressões com as respectivas direcções. É que há sectores do Ministério da Educação em que não se faz a menor ideia do que é uma escola de Medicina Dentária se tivermos em conta as críticas que são formuladas à ESMDL. esse facto, foi assumido em 1975 quando foram enviados técnicos de construções escolares a visitar escolas de outros países, mas nunca foram enviados especialistas da área pedagógica e financeira a fazer o mesmo.

Importa salientar que a construção de uma Escola de Medicina Dentária representa um investimento de grande volume e que não se voltará a repetir por larguíssimas dezenas de anos talvez mesmo por mais tempo. Daí o cuidado na sua planificação, hoje.

Para termos uma ideia do investimento necessário, podemos tomar como exemplo a construção do edifício da formação profissional da ESMDL. Com uma área de cerca de 2.200 metros quadrados, o seu custo cifrou-se em aproximadamente duzentos e vinte mil contos a preços correntes (1982/83). Admitindo que hoje se dispenderia o dobro daquela verba teríamos um custo de cerca de 200 contos por metro quadrado, com equipamento. Se admitirmos também que cada Escola necessitará de uma área de 5 a 7.000 metros quadrados, teremos um investimento mínimo

da ordem dos 3 milhões de contos (3x5.000x x200.000\$00).

Portanto, para as três escolas, o Estado português necessita de investir cerca de 3 milhões de contos, no mínimo e urgentemente, se desejar dispor das condições físicas adequadas para a formação dos seus médicos--dentistas.

Mas não bastam as instalações físicas.

Mais importante ainda é o segundo investimento prioritário já referido: formação post-graduada dos novos docentes em centros credenciados, por períodos que, geralmente, terão a duração mínima de dois anos.

A ESMDL já tem assistentes com post-graduações completas de dois anos efectuadas em centros credenciados. Para outros jovens docentes a Comissão Instaladora tem procurado abrir idênticas possibilidades. Mas o desenvolvimento de um programa deste tipo oferece muitas dificuldades e justifica-se plenamente um programa específico para as três escolas de forma a assegurar, no futuro, um nível de ensino constantemente renovado. Talvez que os programas da Comunidade Económica Europeia possam facilitar a sua concretização.

Como ponto de partida poder-se-ia admitir que cada Escola necessita de, pelo menos, 10 recém-licenciados com post-graduações de 2 anos a um custo aproximado de 1.500 contos/ano. Um plano deste tipo poderia ser escalonado ao longo de um período de 10 anos (10x3x2x1 500 000\$00 = 90 000 000\$00).

Esta formação post-graduada deveria ser desenvolvida de imediato antes da consolidação da 2ª geração de docentes nos seus lugares de carreira. As disponibilidades pessoais para os sacrifícios exigidos pelas estadias prolongadas fora do país só podem, geralmente, ser assumidas por recém licenciados. Perdida a oportunidade poderá acontecer que ela só se volte a repetir dezenas de anos depois.

4. CUSTOS DA FORMAÇÃO DENTÁRIA

Esta é uma questão em torno da qual muitas discussões se têm levantado. É natural que assim seja por três razões fundamentais e interligadas; os elevados custos na formação dos dentistas, o facto das disponibilidades serem limitadas e a fonte de financiamento ser uma só. Donde resulta que qualquer tostão mais para uma escola representa um tostão menos para a outra.

Começaremos por afirmar que toda a educação em saúde oral, seja dos médicos-dentistas ou seja dos restantes membros da equipa de saúde oral (higienistas, protésicos, assistentes de gabinete, técnicos de manutenção), é forçosamente muito cara, visto que exige:

1. Equipamento base muito dispendioso (cadeira, candeeiro e consola com instrumentos, 2.000 a 5.000 contos por unidade) e os materiais usados também o são. Ouro, prata e diamante, são materiais correntemente utilizados na medicina oral.

2. O treino previo das técnicas de tratamento é necessariamente feito em modelos simulados, nos chamados laboratórios pré-clínicos, os quais são também equipados com os mesmos instrumentos de que dispomos na clínica. Portanto, e novamente, laboratórios com lugares individuais equipados com instrumentos dispendiosos e sem os quais não se pode realizar a indispensável e gradual aprendizagem das técnicas de tratamento que se virão a realizar na boca dos pacientes. Se todos aceitamos que para se aprender a tocar piano se tem de dispor de um piano para cada candidato porque que será tão difícil convencer as nossas autoridades administrativas de que para o treino de candidatos à responsabilidade pelos tratamentos na boca de pessoas há que respeitar exigências semelhantes?

3. O ensino clínico tem de ser feito numa base estritamente individual, pelo que exige uma relação docente discente, extremamente elevada. A iniciação do aluno na actividade clínica exige um apoio constante e estreito e não nos parece necessário realçar que o respeito pelo paciente impõe aos gestores da educação, e aos docentes, que todas as condições devem estar reunidas para que cada tratamento seja efectuado nas melhores condições técnicas e no total respeito pelo paciente. Salia-se que dos três anos em que os alunos frequentam a Escola durante dois terços deste tempo desempenham actividade clínica supervisionada por períodos diários médios de 5 a 7 horas.

4. Pelo que foi referido, os espaços necessários para a instalação de laboratórios de treino pré-clínico e as clínicas nunca poderão ser exíguos. Há ainda os laboratórios de preparação e de produção das próteses, as salas de espera das clínicas, as instalações de radiologia, os laboratórios de histomorfologia, microbiologia, materiais dentários e bioquímica, as salas de operações e de recobro, e todas as outras instalações rapidamente enumeradas no capítulo anterior e das quais referimos, uma vez mais, pela sua enorme importância, a central de esterilização. Acrescentando que o problema não é ter ou não ter central de esterilização adequada. O problema é haver capacidade para organizar e manter um sistema eficaz e permanentemente controlável de prevenção da infecção cruzada.

Nas conversas com os nossos responsáveis pela gestão da educação superior sempre fica a impressão, como já referimos, de que a complexidade do ensino na medicina oral é um facto totalmente ignorado. Por isso, procuraremos evidenciar alguns dados relativos a outras escolas da área europeia, a fim de podermos oferecer informações homólogas, concretas e experimentadas, que fundamen-

tem a razão dos custos elevados do ensino em medicina dentária.

Na Alemanha, para a formação clínica em dentisteria operatória (área dos tratamentos das cáries nos dentes) ou nas disciplinas responsáveis pelo ensino da prótese dentária, as proporções docentes/discentes recomendadas pela associação de Professores de Medicina Dentária (VHMZ) é de 1:6, enquanto na cirurgia oral é de 1:3. No reino Unido, a proporção recomendada oficialmente para o ensino clínico em geral é de 1:5. Aliás, esta mesma proporção é efectivamente respeitada,

visto que para os 3. 599 estudantes ingleses as suas escolas dispõem de 712 docentes, portanto, 1:5.05 (QUADRO I).

A escola de Lisboa, no ano lectivo de 1987/88, dispõe de 28 docentes a tempo inteiro e de 31 docentes em tempo parcial, dos quais 25 são monitores, perfazendo estes, na sua totalidade, o equivalente de docente em tempo inteiro de 7.3, considerando que os monitores prestam 6 horas semanais de serviço docente. Poderemos assim dizer que a ESMDL dispõe na realidade, do equivalente a 35.3 docentes a tempo inteiro, e esta docên-

QUADRO I

QUADRO RESUMO COM DADOS RELATIVOS AO ENSINO DA MEDICINA ORAL
N ALGUNS PAÍSES DA COMUNIDADE EUROPEIA

PAÍS	POPULAÇÃO	Nº ESCOLAS	Nº MÉDIO DE ALUNOS POR ANO CLÍNICO	Nº MÉDIO DE EQUIP. CLÍNICOS POR ESCOLA	Nº MÉDIO DE ALUNOS POR EQUIP. CLÍNICO	Nº MÉDIO DE DOCENTES POR ESCOLA ***	Nº MÉDIO DE ALUNOS POR DOCENTE ****
BÉLGICA	9.856.000	6	74	67,8	2,17	37,8	11,46
DINAMARCA	5.114.000	2	118	224,5*	1,57	135	4,28
GRÉCIA	9.840.000	2	196	157	2,49	113,5	9,64
FRANÇA	54.652.000	16	112	74,9	2,99	60,5	6,97
REINO UNIDO	56.377.000	16	172	109	1,78	48	5,05
IRLANDA	3.508.000	2	25	73*	1,02	27	6,93
HOLANDA	14.367.000	5	103**	225,6**	2,27	111,4	4,61
MÉDIA NA CEE					2,5		

FONTE Commission des Communautés Europeenes. Rapport sur l'analyse de la formation dentaire de base dans les etats membres de la Communauté Européenne, Bruxelles III/D/5, 11 Juin 1986

- * 3 anos clínicos
- ** 5 anos clínicos
- *** alguns docentes em tempo parcial
- **** número total de estudantes incluindo os anos de formação básica

cia a tempo inteiro não tem, todos o sabemos, o mesmo significado real que a docência a tempo inteiro noutras escolas estrangeiras.

Quanto ao número de equipamentos disponíveis para tratamento de pacientes pelos alunos, podemos verificar que, na Comunidade Económica Europeia, ainda que cada Escola se organize de uma forma específica para a administração de um ensino no essencial idêntico, o número de equipamentos por aluno não varia muito, situando-se entre os 1.02 alunos por equipamento na Irlanda e os 3.57 alunos por equipamento na Itália com uma média geral de 1:2.5*.

Deve referir-se que o ensino da medicina oral em Itália se encontra em fase de reestruturação e o número de equipamentos disponíveis para as escolas era, em 1983-84, manifestamente inferior ao dos outros países, chegando ao ponto de apresentar uma Escola com 2 equipamentos (L'Aquila). Mas se tomarmos o exemplo de outro Estado do Sul da Europa, a Grécia, constatamos que as suas duas escolas (Atenas, Tessalónica) dispõem de 150 a 164 equipamentos respectivamente. Entretanto a ESMDL dispõem de 36. E julgo que se projecta equipar a licenciatura de Coimbra com 40.

O pessoal não decente constitui também um peso extremamente importante no orçamento de uma Escola. Vejamos dois exemplos: a Escola de Medicina Dentária da Universidade de Bergen, cuja capacidade formativa é de 48 alunos por ano** e neste momento está recebendo cerca de 35 alunos por ano, incluindo alunos estrangeiros, dispõe de 97.33 pessoas com funções administrativas. Este número não inclui pessoal de lim-

peza porque é efectuada por uma empresa contratada. Podemos também referir que dispõe 69.25 docentes. Por sua vez, a Escola Finlandesa de Turku dispõe de 88 não docentes (e 74 docentes) para cerca de 70 alunos por ano. (No entanto, desde 1983, tem recebido 32 a 41 alunos por ano).

Finalmente desejaríamos abordar extensamente o problema dos custos da educação, porém, infelizmente, não dispomos de dados publicados relativamente aos mesmos custos nas Escolas da Comunidade Económica Europeia. No entanto, sempre nos tem sido referido por pessoas ligadas ao ensino da medicina oral noutros países que se trata do ensino superior que mais recursos exige. A título de exemplo, podemos reproduzir algumas informações pessoais de que dispomos neste momento. Na Dinamarca o único ensino mais caro que a medicina dentária é a dos pilotos de aviões a jacto. Na Escola de Turku, na Finlândia, a formação completa de um dentista custa aproximadamente 1 milhão de markkas (34.000.000\$00, 5 anos de curso mais meses de estágio ou prática clínica em centros de saúde).

Aliás, estes números não são muito diferentes dos custos em Inglaterra. Assim, no ano de 1986/87 naquele país, os valores mais baixos e mais elevados nos custos totais da formação de um médico dentista foram respectivamente de 16.469.960\$00, e 31.259.085\$00 podendo ser acrescentado que os custos mais baixos se verificam nas escolas com 70 ou mais alunos por ano, e os mais altos em escolas com 45 alunos por ano ou menos. Na Escola de Aarhus (Dinamarca) aqueles mesmos custos foram bastante menores, mas temos de ter em conta que se referem ao ano lectivo 1984-85. Nesse ano o custo foi de 2 100 contos por aluno, o que perfaz, num curso de cinco anos, 10 500 contos para a formação de um dentista, tomando como base os custos do ano de 1984/85. Na ESMDL os custos da formação no

* Fonte: Commission des communautés Europeenes. Rapport sur l'analyse de la formation dentaire de base dans les etats membres de la communauté Européene. Bruxelles III/D/5, 11 de junho 1986.

** SELVIG KA, HEGDAHL T e KRISTOFFERSEN T. The University of Bergen School of Dentistry 1962-1987 Acta Odont Scand 1987; 45: 127-34.

ano de 1987 de 1 439 608\$00 por aluno, donde se pode concluir que os custos da formação de um dentista na ESMDL são de 4 318 824\$00. Na já referida Escola de Aarhus e tomando ainda os dados relativos a 84/85, os custos da formação de higienistas e assistentes de gabinete foram respectivamente de 2 310 000\$00 e 630 000\$00.

Quando os nossos responsáveis pela organização do ensino superior sistematicamente referem de forma muito crítica que a ESMDL tem o ensino mais caro da Universidade Portuguesa revelam parecer, ou querer, ignorar que este ensino é sempre muito caro ou o mais caro noutros países do mundo. Revelam também incapacidade para dar consistência áquelas suas críticas objectivando-as a partir de uma análise crítica da realidade concreta, como já referimos no capítulo anterior.

Tem de ser também referido que, se bem que os custos da formação na ESMDL não pareçam desproporcionados quando comparados com outras escolas, estes custos poderiam ser diminuídos **se a Escola adquirisse a dimensão para que foi programada**, isto é para 48 alunos. Deste programa só foi executado um terço.

Ora uma Escola de tão pequena dimensão tem de ter custos per capita muito elevados, evidentemente. Se se efectuar a expansão das suas instalações para 48 alunos-ano, como a Comissão Instaladora vem, desde há longos anos insistentemente solicitando, haverá evidentemente que reforçar o seu corpo docente e não docentes em algumas áreas, mas disso nunca advirá uma triplicação, nem mesmo uma duplicação, de custos.

Para concluir este capítulo, tendo em conta os conhecimentos que temos relativamente a outras escolas para além da nossa própria experiência na ESMDL, poderemos dizer:

1. Partindo embora dum objectivo final comum e passando por um curriculum seme-

lhante definido pelas directivas comunitárias, a forma como cada Escola se estrutura a partir do primeiro momento em que é organizado o seu funcionamento, é muito variável, porque muitos são os factores que determinam ou influenciam essa organização.

2. Não se podem fazer avaliações sobre a qualidade objectiva do ensino ministrado tomando, exclusivamente, como base de comparação o número de equipamentos, área física, número de docentes, custos por aluno. No entanto, aceitamos que estes números sejam analisados e comparados tendo em vista a obtenção da máxima rentabilidade económica.

3. O objectivo final não é só fazer uma educação económica, mas sim, o de concretizar integralmente os objectivos de ensino, os quais, por sua vez, são determinados pelas acções preventivas e curativas que deverão ser realizadas na comunidade, pelos seus licenciados, tendo em vista a promoção da saúde oral de toda a população. A avaliação essencial duma Escola tem de estar centrada na apreciação da forma como concretiza estes objectivos. E os custos desta concretização segundo moldes correctos não têm comparação com os custos, para a comunidade, de uma preparação incorrecta, ou em moldes ultrapassados, dos seus dentistas.

4. A ESMDL tem estado na mira de muitas e fortes críticas e tem provavelmente todos os defeitos e qualidades de muitas das instituições públicas e privadas portuguesas. Mas, tem feito um grande esforço para instalar um curso actualizado e conforme com as necessidades do nosso País, saltando por cima de um fosso de 50 a 100 anos de atraso á custa de uma grande dedicação pessoal de muitos dos seus docentes e não docentes.

5. A construção de um modelo pedagógico

baseado em conceitos adequados exige um esforço contínuo e conjugado de que devem ser intervenientes principais os Ministérios da Educação e Saúde e a ESMDL. A ESMDL tem procurado constituir ponto de convergência tendo contribuído mesmo para o envolvimento também do Ministério do Trabalho nas suas acções formativas. Penso que o esforço efectuado merece continuar a ser apoiado para que se possa desenvolver.

6. Mas a realidade é bem difícil. Só três exemplos: a ESMDL, e provavelmente também a EMSDP, não recebe um tostão para renovar o seu equipamento ou adquirir novo equipamento, a biblioteca não dispõe de verba específica, por razões de economia de verba nenhuma das disciplinas ou sequer grupos de disciplinas dispõe de um serviço de secretariado próprio.

5. PREVISÃO DOS RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

Segundo a análise efectuada pela Unidade de Saúde Oral da OMS, com base nos resultados do inquérito nacional de prevalência das doenças orais e correspondentes necessidades de tratamento*, efectuado por docentes da ESMDL em estreita colaboração com a OMS (ANEXO 1), Portugal necessita neste momento de um dentista para 2.550 habitantes. Donde a necessidade de 3.974,1 dentistas para os nossos 10.185.000 habitantes para se atingir de imediato uma cobertura total das solicitações actuais e reais de tratamento. Para satisfação destas destas necessidades verifica-se um deficit, que não está perfeitamente determinado visto que neste momento em Portugal além dos cerca de 600 médicos esto-

*ALMEIDA CM, EMILIO MC, MOLLER I, MARTHALER T. Inquérito Nacional Premiliar de Saúde Oral — Lisboa: ESMDL; 1987. Em publicação.

matologistas, 350 médicos dentistas, cerca de 450 "odontologistas"**, existe um número indeterminado de dentistas licenciados, oriundos de outros países, nomeadamente Brasil, Comunidade Europeia e Suécia. Devemos ainda entrar em linha de conta com os médicos generalistas que, principalmente no interior do país, prestam cuidados primários de saúde oral.

Quanto à projecção das necessidades futuras prevê-se que no ano 2000, se forem iniciadas medidas de prevenção generalizadas, e se forem utilizados higienistas, as necessidades traduzir-se-ão em **1 dentista para 4.107 habitantes (e um higienista para 14. 660 pessoas)**. Ora as medidas colectivas de prevenção já tiveram o seu arranque e se bem que com toda a probabilidade não tenham atingido ainda os 100% da população jovem prevê-se o seu alargamento progressivo. Os higienistas já aí estão também a trabalhar. É verdade que a ser utilizados numa grande escala muito mais limitada do que a sua preparação permitiria visto que, e estranhamente, têm encontrado uma resistência grande à sua integração nos centros de saúde, o lugar privilegiado, na nossa opinião, para a sua actuação. No entanto lenta mas progressivamente novos serviços onde são prioritárias acções preventivas individuais ou colectivas têm vindo a solicitar a sua colaboração.

**Na nomenclatura internacional aceite, a designação odontologista está equiparada à designação médico-dentista sendo esta utilizada nalguns países europeus (Suíça, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Finlândia, Holanda, Portugal), enquanto a designação odontologista é utilizada predominantemente nos países de língua-espanhola da América Central e Sul e também do Brasil. Os chamados odontologistas portugueses, não têm na sua quase totalidade, formação académica (uma percentagem elevada só possuía 4ª classe) pelo que não são equiparáveis aos médicos portugueses, como se poderia inferir da atribuição daquela designação profissional. Para o odontologista português a designação mais correcta teria sido possivelmente a de "prático-dentário". Deve salientar-se, uma vez mais, que já não há nenhum país desenvolvido que aceite que os tratamentos na boca sejam feitos por pessoas sem preparação académica formal.

Tendo assim em consideração a referida projecção das necessidades para o ano 2000, por um lado, e a formação de novos licenciados pelas Escolas de Medicina Dentária por outro, e, que a estes devemos adicionar o número de estomatologistas e de odontologistas, atinge-se em redor daquele ano uma "produção" de 2.903 dentistas para uma procura de 2.713. Portanto uma situação de ligeiro excesso. Deve acrescentar-se que os cálculos foram efectuados com base numa solicitação de serviços de tratamento de 70% das necessidades absolutas o que constitui um ponto de partida que deverá conduzir a uma avaliação por excesso das necessidades reais em dentistas necessários.

Evidentemente que as premissas em que se baseia o cálculo das necessidades em recursos humanos para o ano 2000 podem ser contestadas e discutidas. Mas estas premissas fundamentam um cálculo matemático efectuado por um departamento da OMS, a Unidade de Saúde Oral, sediada em Genebra e aquele modelo matemático tem vindo a ser desenvolvido gradualmente ao longo dos últimos anos. Constitui, segundo julgamos, a base mais válida de que actualmente dispomos para efectuar previsões em recursos humanos no campo da medicina oral.

Ora se sobre situação de equilíbrio que poderá ser atingido antes mesmo do ano 2000, instalarmos mais duas escolas a situação alterar-se-á radicalmente e poderemos prever que disporíamos a mais curto prazo do número de dentistas que cobrirá as necessidades do país. Serão estas incidências que procuraremos analisar com maior promenor no capítulo seguinte.

A terminar este capítulo não podemos deixar de nos referir, ainda que sem lhe dar um excessivo relevo, porque as condições não são comparáveis, à evolução dos padrões de doença que se tem verificado nos países mais desenvolvidos traduzida, de forma notória,

no abaixamento da prevalência da cárie. Porque a prevalência em Portugal é mais baixa do que o foi naqueles países nas décadas 50 a 70, também porque souberam organizar meios de prevenção e tratamento muito para além da nossa realidade actual. No entanto o facto de nesses países se ter verificado uma forte redução na admissão ás escolas dentárias (30 a 50%) e de se estar planeando o encerramento de algumas delas deve, penso eu, levar-nos a estudar o que lá se passou. Ir "atrás" pode ter uma grande vantagem se soubermos analisar e compreender os desenvolvimentos que se vão verificando nas acções dos que caminham na fronteira do conhecimento, da organização e da sua aplicação prática para a defesa da nossa saúde.

6. EFEITOS DA ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS

Instalação de duas novas escolas terá, à partida, uma grande vantagem aparente para a população, a qual é a de se atingir a cobertura das necessidades reais com maior celeridade. No entanto, não seria assim "tão mais depressa" porque as novas escolas só começarão a lançar novos licenciados dentro de cinco a seis anos, portanto, em 1994. Segundo as suas próprias propostas, cada uma delas projecta licenciar 90 dentistas por ano. Assim, em sómente três anos, de 1994 a 1997, estaria atingida certamente ultrapassada a situação de equilíbrio entre a oferta e a procura. Isto porque, entretanto, as actuais escolas prosseguirão no seu actual ritmo de saída de 100 alunos, por ano até 1991, e de 140 a 150 alunos por ano a partir daquela data, visto ser naquele ano que se licenciarão em Coimbra os seus primeiros alunos.

Temos assim que se poderá prever que quase duplicação do número de escolas permitiria atingir a cobertura total sómente cinco

anos mais cedo do que a previsão efectuada com base no modelo de cálculo da Unidade de Saúde Oral da OMS.

Uma segunda vantagem poderia advir do facto de se estabelecer uma elevada concorrência entre as escolas, incentivando o seu esforço de actualização e aperfeiçoamento. No entanto, não penso que seja certo que tal efeito se viesse a verificar. Porquê? porque a emulação entre escolas só produzirá efeitos concretos e importantes, para além das escaramuças pessoais, se as escolas possuírem condições económicas suficientes e dispuzerem de instalações que atraiam os seus docentes para uma dedicação em tempo inteiro, preferencialmente em dedicação exclusiva, a um trabalho de aprofundamento pedagógico e de investigação clínica e/ou em ciências básicas. Ora estas condições não existem em nenhuma das escolas actualmente em funcionamento. Em Lisboa há seis gabinetes com 4x5m para todos os seus docentes. E nenhum dos docentes, nem sequer grupo de disciplinas, dispõe de um serviço próprio de secretariado. A biblioteca é simultaneamente sala de leitura armazém e gabinete da bibliotecária e da sua auxiliar. E tudo está instalado num gabinete de 6x6m. Não há um laboratório para investigação, para além do laboratório de histomorfologia que constitui uma enorme riqueza mas é a excepção. Nestas condições duvido de que a concorrência produza aperfeiçoamento. Acresce que, enquanto não se atingir uma situação de equilíbrio, na cobertura das necessidades do país em saúde oral, a procura das licenciaturas em medicina dentária será sempre superior á oferta, portanto, mesmo cursos eventualmente com fraca qualidade terão sempre assegurados candidatos em elevado número.

Desta forma, a minha conclusão é a seguinte: a população mais carenciada teria à sua disposição, cerca de 5 anos mais cedo, os dentistas de que necessita. Mas existe o risco

de que uma grande parte esteja mal preparado se os apreciarmos segundo conceitos conformes com a evolução actual de medicina oral. Receio mesmo que essas deficiências na preparação poderão ser muito difíceis de reverter mesmo que se deseje fazê-lo. Escolas privadas de medicina oral dificilmente poderão acompanhar aquela evolução porque estarão demasiado pressionadas no seu dia a dia pela necessidade instantânea de criar fundos para o seu auto-financiamento.

Paralelamente as escolas públicas poderão também não receber os financiamentos de que necessitam porque o ME poderá sentir-se "desobrigado" de efectuar os **vultuosos investimentos absolutamente indispensáveis para um adequado funcionamento de qualquer Escola de Medicina Dentária.**

Também manifesto a minha dúvida quanto à conveniência de realizar o ensino das ciências médicas básicas tal como anatomia macroscópica e microscópica, fisiologia, patologia geral, microbiologia e a farmacologia fora do único local que penso que possui condições para fazer de forma adequada tendo em vista o objectivo central da formação dos médicos dentistas i.e. a prevenção diagnóstico e tratamento de doenças do corpo humano. Esse local, em Portugal neste momento, só pode ser uma Faculdade de Medicina.

Mas a maior interrogação no campo económico continuará a ser: é possível que se possa instalar um ensino tão dispendioso, como o da medicina dentária, com base no pressuposto de que a Escola será rentável economicamente e que se poderá mesmo auto-financiar?

Estas são algumas considerações a propósito dos projectos dos institutos de medicina dentária. É certamente que muitas outras se podem formular. Têm, aliás, muitas delas sido levantadas pelas comissões de especialistas nomeadas para apreciar os referidos projectos e por esse motivo têm considerado que

não estão reunidas as condições técnicas que assegurariam o seu funcionamento em condições de segurança mínima do ponto de vista da saúde pública.

Sobretudo penso que o nosso país o que necessita é de investir adequadamente nas Escolas já existentes para que atinjam a dimensão e eficácia que todos desejamos. E que não devemos deixar de estar atentos à evolução dos padrões de doença os quais poderão a vir a determinar, também em Portugal, uma baixa da prevalência da cárie dentária.

7. CONCLUSÕES

Do exposto penso que se poderão tirar as seguintes conclusões:

1. A decisão de instalar as Escolas de Medicina Dentária determinou uma profunda renovação na medicina oral portuguesa.

2. Esta renovação inclui a progressiva integração de conceitos que representam uma viragem de uma atitude puramente terapêutica para uma intervenção orientada para a promoção da saúde.

3. Inclui também a consciência de que esta acção só pode ser realizada em equipa e a formação de todos os membros da equipa de saúde oral já está em marcha, em bases sólidas cujos frutos só a médio prazo se poderão medir.

4. A formação não só dos médicos dentistas mas de todos os membros da equipa é dispendiosa, se correctamente efectuada.

5. Esta formação exige instalações físicas complexas e muito dispendiosas mas indispensáveis. o seu dimensionamento tendo em vista a obtenção da máxima rentabilidade

deve apontar para escolas programadas para um mínimo de cerca de 50 alunos por ano, dispondo pelo menos um laboratório pré-clínico com 50 lugares e clínica ou clínicas com cerca de 100 equipamentos.

6. As necessidades do país a médio prazo não exigem a instalação de mais do que as três escolas actualmente existentes. As carências resultantes de um arranque atrasado de 50 a 100 anos (a primeira Escola europeia teve o seu centenário há cerca de 10 anos) não podem ser colmatadas senão gradualmente no próprio interesse da saúde pública.

7. Estas necessidades não são de qualquer forma medidas só pelo número de dentistas licenciados, mas essencialmente pela capacidade da equipa de medicina oral para promover a conservação ou recuperação da saúde oral.

8. A instalação de mais escolas constituirá a curto ou médio prazo uma ameaça para a sobrevivência de todas e poderá conduzir à degradação da formação em todas igualmente. Além de que não conduzirá a uma grande antecipação da cobertura das necessidades em prestação de cuidados médicos no campo de saúde oral.

9. A política mais correcta parece ser a de apoiar fortemente as escolas existentes tanto no que respeita às suas instalações físicas como na formação post-graduada dos seus novos docentes tendo como objectivo a criação de condições a médio prazo para que cada Escola possua um corpo docente qualificado e criador.

10. Estão reunidas as condições indispensáveis para um planeamento a curto, médio e longo prazo, do ensino da medicina oral em Portugal. Podem e devem ser tomadas deci-

sões importantes. Quaisquer que elas sejam irão influenciar de forma determinante as condições de saúde dos portugueses nas próximas décadas.

Esta linhas pretendem constituir um contributo para que o caminho que vier a ser escolhido se afirme, no futuro, como o mais conforme com os interesses gerais de toda a comunidade nacional.

Agradecimento: Aos professores Dioracy Fonterrada Vieira, Manuel de Sousa Ventura, Armando Simões dos Santos, Jorge Leitão e Manuel Clarimundo Emílio agradeço a paciência da leitura destas linhas e as sugestões que ajudaram a compô-las.

Lisboa, 21 de Abril de 1988.