

Políticas de Saúde Oral em Portugal

Sumário Executivo

A formulação de políticas públicas de saúde oral em Portugal atravessa um momento de reestruturação assente no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2030 (PNPSO 2030).

Historicamente, as políticas de saúde oral em Portugal têm registado um padrão de sucessão de intenções programáticas que não encontram tradução material no terreno, fortemente determinadas por transições de ciclos políticos. É imperativo que a saúde oral seja assumida como uma política de Estado, imune a calendários eleitorais e assente em métricas de saúde pública de longo prazo.

Para que este ciclo do PNPSO produza os ganhos em saúde e o retorno económico amplamente sustentados pela evidência científica, quebrando sucessivos ciclos de intenções com execução insuficiente, a ação deve pautar-se por quatro eixos estratégicos fundamentais:

1. **Reforçar a complementaridade público-privada e desburocratizar:** o setor privado detém uma capacidade instalada indispensável. O modelo do cheque de saúde oral e o futuro cheque-prótese exigem uma desburocratização dos processos de emissão e pagamento. Otimizar este sistema é o caminho mais rápido para expandir a cobertura populacional e proporcionar acesso equitativo a cuidados de saúde oral.
2. **Reter talento no SNS:** Portugal forma um número elevado de médicos dentistas, mas exporta ativamente estes profissionais por falta de condições de fixação. A concretização da Carreira Especial de Médico Dentista no Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um imperativo para dotar os gabinetes financiados pelo PRR de equipas clínicas estáveis.
3. **Financiamento na prevenção de elevado retorno:** a evidência científica demonstra que a prevenção em escolas e comunidades, e que o tratamento periodontal em doentes crónicos, como diabéticos, geram poupanças líquidas para o Estado. Os fundos consignados provenientes do imposto sobre o tabaco devem financiar intervenções com métricas de impacto comprovadas.
4. **Efetivar a transição digital e a rastreabilidade epidemiológica:** a entrada em vigor plena do PNPSO 2030 em 2027 depende do SISO 2.0 e do Boletim de Saúde Oral (BISO). A conclusão atempada destas plataformas é crítica não apenas para a gestão de pagamentos, mas para colmatar a atual lacuna de dados epidemiológicos.

1. Indicadores de impacto e cenário atual

A análise da saúde oral em Portugal exige um olhar rigoroso sobre os indicadores de acesso que colocam o país numa posição de desvantagem acentuada face aos seus parceiros da União Europeia (UE). De acordo com os dados mais recentes do Eurostat e do Perfil de Saúde 2025 (INE), a prevalência de necessidades de cuidados dentários não satisfeitas em Portugal é uma das mais elevadas da UE, refletindo barreiras que ultrapassam a mera escolha individual e se instalam no domínio da incapacidade financeira e da falha de cobertura pública.

Em 2025, cerca de 16% dos adultos em Portugal reportaram necessidades de cuidados dentários não satisfeitas por motivos de custo, distância ou tempo de espera. Este valor assume uma gravidade particular quando comparado com a média da UE, que se fixa em 6,3% para o mesmo indicador. A disparidade revela que **as necessidades não satisfeitas na saúde oral são quase quatro vezes superiores às necessidades de cuidados médicos gerais no país (4%)**, evidenciando uma clivagem na acessibilidade.

A principal barreira identificada pela população portuguesa para a não realização de tratamentos dentários é a falta de recursos financeiros. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2025, **76,0% das pessoas com necessidades dentárias não satisfeitas apontaram a insuficiência económica como o motivo central**. Esta realidade é corroborada pela elevada quota de pagamentos diretos que os cidadãos portugueses suportam, representando cerca de 29% do gasto total em saúde, um dos valores mais altos da UE.

Indicadores nacionais de acesso e comparação europeia:

Indicador de Acesso (2024-2025)	Portugal	Média UE	Implicações e Contexto
Necessidades não satisfeitas - saúde oral	16%	6,3%	Portugal mantém-se entre os 5 países com pior desempenho.
Necessidades médicas não satisfeitas	4%	3,6%	Alinhamento com a média europeia, evidenciando a exclusão da saúde oral.
Necessidades não satisfeitas - saúde oral		-	A saúde oral é vista como um encargo significativo por 47,2% das famílias.
<i>por incapacidade financeira</i>	76,0%		Probabilidade duas vezes superior à da população geral.
<i>em risco de pobreza</i>	33,0%		
População que teve consulta de medicina dentária nos últimos 12 meses	59,6%	-	Aumento ligeiro face a 2022.
<i>Com formação superior</i>	65,3%		
<i>Em risco de pobreza</i>	42,3%		

A análise dos dados do INE revela que o acesso é fortemente condicionado pelo rendimento e pela escolaridade. Enquanto **65,3% da população com ensino superior consultou um médico dentista nos últimos 12 meses**, este valor desce significativamente na população com

menores níveis de instrução e naqueles em risco de pobreza (42,3%). Esta segmentação social do acesso cria um ciclo de desigualdade onde a saúde oral se torna um privilégio de classe e não um direito universal, resultando em piores indicadores de saúde geral, absentismo laboral e perda de produtividade.

O 10º Barómetro da Saúde Oral de 2025 está em linha com os resultados dos inquéritos europeus, registando sinais alarmantes no que respeita à situação clínica da população portuguesa. Cerca de **64,6% dos portugueses têm pelo menos falta de um dente, e a percentagem de indivíduos com perda de seis ou mais dentes estima-se em 26,9% da população.** O edentulismo severo afeta desproporcionalmente as mulheres e os idosos, sendo de realçar que **16,2% dos portugueses com 6 ou mais dentes em falta não têm qualquer substituição.**

Ainda que se tenham registado alguns avanços no acesso a cuidados de saúde oral, designadamente no âmbito do SNS, cerca de **70,3% da população desconhece que o SNS disponibiliza consultas de medicina dentária através de programas de referênciação.** O desconhecimento dos mecanismos de apoio público, aliado à percepção de que a saúde oral é financeiramente inacessível, leva a que muitos cidadãos só recorram ao médico dentista em situações de urgência e dor, o que encarece os tratamentos e reduz a eficácia da prevenção.

Resultados do 10º Barómetro de Saúde Oral:

Dimensão de Análise	Indicador de impacto	Implicação nas políticas públicas
Exclusão Social	85,6% da população de estratos socioeconómicos mais baixos não possui a dentição completa.	Necessidade de direcionar apoios e reabilitação oral para as classes mais desfavorecidas.
Literacia e Acesso	70,3% da população portuguesa desconhece a existência de cuidados de medicina dentária no SNS.	Otimização das campanhas de informação pública e integração de dados via SNS 24.
Financiamento Direto	O cheque de saúde oral representa 0,8% dos pagamentos de atos médicos, face a 71,8% de pagamentos diretos (<i>out-of-pocket</i>).	Urgência em desburocratizar o cheque de saúde oral para facilitar o uso pelos utentes e a adesão profissional.
Edentulismo	16,2% dos portugueses com falta de 6 ou mais dentes não possuem prótese de substituição.	Justifica a urgência da regulamentação atempada do recém-criado cheque-prótese.
Recursos Humanos	Rácio nacional de 1 médico dentista por cada 766 habitantes; contudo, regista-se forte emigração.	Necessidade de políticas laborais de fixação de talento para potenciar a capacidade de resposta mista.

A saúde oral tem sido, historicamente, uma política adiada, caracterizada por planos que são apresentados com impacto potencial e intenções de futuro, mas que falham na execução técnica e na dotação orçamental sustentada.

Desde o lançamento do PNPSO em 2005 e a criação do cheque-dentista em 2008, Portugal tem vivido num estado de reforma permanente que raramente atinge as metas propostas. O exemplo mais recente desta dinâmica é o PNPSO 2030, estabelecido pela Portaria n.º 123/2026/1, de 20 de março. Embora o documento anuncie um reforço do acesso, a sua implementação efetiva foi adiada para 1 de janeiro de 2027: este intervalo deve ser notado com preocupação, ao potenciar um risco real de as medidas nunca saírem do papel, repetindo o destino de diplomas anteriores que caducaram sem execução.

Um dos problemas centrais identificados é a dependência das políticas de saúde oral dos ciclos políticos de quatro anos. **A ausência de uma estratégia estrutural impede que investimentos de longo prazo, como a criação de gabinetes nos centros de saúde ou a formação de equipas estáveis, sejam levados a cabo com eficácia.** Em julho de 2024, o governo comprometeu-se a apresentar um novo plano até ao final do ano, promessa que não foi cumprida no prazo estabelecido. Com efeito, as políticas de saúde oral devem ser ancoradas em metas técnicas e epidemiológicas, e não em conveniências eleitorais. A reformulação constante de programas, como a alteração da designação de "cheque-dentista" para "cheque de saúde oral", sem uma melhoria correspondente na execução ou no valor dos reembolsos, não resolve o problema estrutural do edentulismo e da dor orofacial na população.

Uma falha recorrente na governação é a **exclusão dos principais atores do setor no desenho das políticas.** A Ordem dos Médicos Dentistas e os sindicatos representativos têm sido sistematicamente afastados da redação final de diplomas fundamentais, como a Portaria n.º 123/2026/1, de 20 de março. Esta desarticulação entre quem planeia no Ministério da Saúde e quem executa no terreno resulta em políticas com maior risco de falhas e sem reformas estruturais de longo prazo, como a manutenção de sistemas de informação obsoletos e a definição de valores de comparticipação que não cobrem os custos reais dos tratamentos.

2. Enquadramento: custo-efetividade e impacto na saúde sistémica

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fórum Económico Mundial (WEF) estimam que o fardo económico global das doenças orais atinja 710 mil milhões de dólares anuais em custos diretos e perdas de produtividade. Em Portugal, a despesa assenta no financiamento direto das famílias, com **71,8%** de pagamentos a serem suportados diretamente.

A literatura científica atual, assim como os modelos económicos de referência, demonstram inequivocamente que a saúde oral é indissociável da saúde sistémica. As políticas públicas não devem encarar a medicina dentária como um centro de custo isolado, mas como uma intervenção geradora de saúde global (Anos de Vida Ajustados pela Qualidade - QALYs) e de poupanças

médicas substanciais (ROI positivo).

2.1. Custo-efetividade das intervenções preventivas comunitárias

A avaliação económica global de intervenções preventivas baseadas na população revela resultados consistentes de ganhos financeiros:

- **Fluoretação comunitária da Água (CWF):** apresenta a evidência económica mais robusta de poupança líquida à escala. Um estudo de custo-efetividade (CWF em crianças na Irlanda) demonstrou que, ao incluir as poupanças em tratamentos a longo prazo, a intervenção gera uma **poupança líquida de €115,67 por dente prevenido**, traduzindo-se num ROI expressivo com poupanças de tratamento estimadas em €2,95 milhões anuais (Cronin et al., 2021). Modelações na Nova Zelândia corroboram este impacto: a fluoretação universal em populações superiores a 500 pessoas projetou **poupanças líquidas de 1,4 mil milhões de dólares neozelandeses** a 20 anos e a geração de 8.800 a 13.700 QALYs (Moore et al., 2017).
- **Programas escolares de selantes:** aplicação de selantes em ambiente escolar, especialmente em crianças de alto risco, é altamente custo-efetiva. Modelos indicam que, por cada 1.000 crianças abrangidas, evitam-se 485 restaurações e 1,59 DALYs (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) (Griffin et al., 2016).
- **Programas escolares abrangentes:** a abrangência do programa dita o seu retorno económico. Modelos baseados em DALY demonstraram que, quando os programas preventivos escolares incluem todos os dentes posteriores (em oposição a focar apenas nos primeiros molares), a intervenção torna-se **líquida e financeiramente geradora de poupança**, resultando num rácio incremental de custo-efetividade (ICER) negativo de -\$943.460 por DALY evitado em comparação com programas isolados (Huang et al., 2019).

2.2. Impacto da saúde oral na saúde sistémica

A evidência mais sólida de repercussão da saúde oral na saúde sistémica reside na ligação entre o tratamento periodontal e o controlo da Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2). O tratamento da periodontite reduz os níveis de HbA1c sistémicos, o que mitiga complicações microvasculares.

- **Ganhos económicos e QALYs:** uma análise de custo-utilidade (CUA) baseada em microssimulação para doentes com DM2 e periodontite projetou que a expansão do tratamento periodontal não cirúrgico previne a perda dentária em 34,1%, reduz a nefropatia em 20,5%, a neuropatia em 17,7% e a retinopatia em cerca de 19%. A médio prazo, esta intervenção traduz-se num **ganho médio de 0,6 QALYs por pessoa e numa poupança médica líquida de 5.904 dólares por utente** (Choi et al., 2020).
- **Dados observacionais:** estudos retrospectivos baseados em base de dados de seguros de saúde (baseados nos pedidos de reembolso) observaram reduções nos custos médicos e internamentos em pacientes com DM2 e doença cardiovascular após terapia periodontal, com uma redução de 40,2% nos custos médicos para a DM2 (Jeffcoat et al., 2014). Embora

a literatura secundária sublinhe a necessidade de interpretar estes dados observacionais com cautela metodológica devido a potenciais vieses (Elani et al., 2018; Michalowicz et al., 2023), o modelo causal suportado por melhorias no HbA1c atesta que a aposta clínica na saúde oral desonera diretamente as contas hospitalares a médio/longo prazo.

- **A abordagem dos fatores de risco comuns:** a transição para um modelo preventivo eficaz exige o **reconhecimento do médico dentista como educador e agente de saúde pública de primeira linha**. Segundo as diretrizes da OMS, as doenças orais partilham determinantes comportamentais fundamentais com as principais Doenças Não Transmissíveis (DNTs). **A intervenção clínica baseada na literacia em saúde permite ao médico dentista atuar proativamente na mitigação integrada destes riscos:** o combate a dietas altamente cariogénicas e ricas em açúcares livres atua simultaneamente na prevenção da cárie, da obesidade e da diabetes; de igual modo, a cessação tabágica em consultório não previne apenas a doença periodontal e o cancro oral, mas reduz o risco cardiovascular e respiratório global. **Esta convergência transforma a consulta de medicina dentária numa plataforma custo-efetiva de prevenção primária sistémica.**

3. Análise do PNPSO e implementação da Portaria n.º 123/2026/1

A evolução legislativa do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) reflete uma progressiva expansão e maturação. A **Portaria n.º 301/2009** instituiu o cheque-dentista, um modelo focado na prevenção em jovens e grupos vulneráveis, recorrendo à capacidade instalada do setor privado.¹⁴ Diplomas subsequentes, como o **Despacho n.º 8591-B/2016** e a **Portaria n.º 430/2023**, alargaram as faixas etárias abrangidas, atualizaram valores e iniciaram a integração de gabinetes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

A interação entre o setor público e o privado deve ser abordada numa perspetiva de complementaridade. A rede privada dispõe da tecnologia, capilaridade geográfica e capacidade instalada necessárias para assegurar a execução em larga escala. O cheque-dentista é, estruturalmente, um modelo de financiamento com elevado valor e potencial; contudo, a sua subutilização (apenas 0,8% dos pagamentos totais no setor) demonstra que a sua eficácia está limitada por constrangimentos processuais. Também se registam taxas de utilização aquém do que seria expectável, com um valor global de cerca de 70%, com elevada variação entre os grupos-alvo: acima dos 80% nos idosos com complemento solidário e portadores de VIH/SIDA, seguidos das grávidas seguidas no SNS, com cerca de 78%. Por sua vez, os utentes do SNS registam 28% de utilização dos cheques emitidos. Dos cerca de 13000 médicos dentistas em exercício em Portugal, o programa conta com 5893 aderentes, existindo margem para expansão da medida. A desburocratização do programa é um passo indispensável para melhorar a adesão dos profissionais e otimizar o acesso da população. No caso do Projeto de Intervenção Precoce

no Cancro Oral (PIPCO), é urgente o estabelecimento de ciclos de habilitação e adesão regulares para expandir a rede atual, que conta com apenas com 179 prestadores na rede.

A aprovação da Portaria n.º 123/2026/1 consagra o PNPSO 2030, que entrará em vigor pleno a 1 de janeiro de 2027.

3.1. Modelo de Complementaridade e Financiamento Direto

A política pública de saúde oral em Portugal apoia-se num modelo que deve ser perspetivado pela **complementaridade** entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a capacidade instalada do setor privado e social. Historicamente criado em 2008, o cheque-dentista mantém-se como um mecanismo relevante de capilaridade assistencial, permitindo que a tecnologia e a dispersão geográfica do setor privado sirvam as necessidades do Estado.

O desafio reside na baixa eficiência operacional atual. Apesar do seu valor estrutural, o cheque-dentista representa uma fatia ínfima dos pagamentos totais, indicando que a burocracia, a rigidez de tipologias e o desfazamento das tabelas de reembolso desencorajam tanto a utilização plena pelos utentes como a adesão massiva de profissionais. A desburocratização dos processos de reembolso associados à nova portaria é, assim, o passo mais pragmático para ampliar a oferta de cuidados à população.

3.2. A Portaria n.º 123/2026/1

A matriz legislativa para 2030 aposta na universalidade progressiva, na digitalização e na inclusão de respostas há muito identificadas como lacunas críticas:

- **Rede Nacional de Saúde Oral:** consagra a integração do SNS com o setor social e prestadores privados aderentes. Este modelo misto reconhece a necessidade de potenciar toda a infraestrutura nacional disponível.
- **Criação do Cheque-Prótese:** trata-se da medida com maior impacto social potencial imediato. Com quase metade (48,9%) dos desdentados sem dentes de substituição, o cheque-prótese ataca diretamente a morbilidade mastigatória e nutricional nos idosos. O facto de **a regulamentação deste cheque ter sido remetida para uma portaria complementar exige ação executiva expedita para garantir que os apoios cheguem atempadamente ao terreno até 2027.**
- **Integração nas Unidades Locais de Saúde (ULS):** a constituição de Equipas de Coordenação Local nas ULS fortalece a ligação entre cuidados primários e hospitalares. O modelo fomenta a complementaridade interdisciplinar; no entanto, **para que os médicos dentistas exerçam plenamente, é fundamental que estas estruturas locais assegurem fluxos de triagem objetivos e preservem a autonomia clínica do ato médico-dentário.** Deve ser notada a alteração da designação dos serviços hospitalares, que no diploma de

2026 se refere em exclusivo a “serviços de estomatologia”, quando em 2023 eram referidos “serviços de saúde oral”, designação que estabelecia uma abrangência importante na definição das estruturas.

- **Sustentabilidade e prevenção:** a alocação formal de 22,5% dos fundos derivados dos 2% do imposto sobre o tabaco, estimada em cerca de 7,5 milhões de euros a constituir em 2026, a projetos do PNPSO, com destaque para o rastreio oncológico via PIPCO, constitui um modelo inteligente de internalização de externalidades negativas. A disponibilização destas verbas é uma oportunidade para incentivar a adesão dos profissionais e financiar a formação oncológica preventiva. Este modelo pode ser expandido, designadamente através da alocação de verbas do imposto especial sobre bebidas açucaradas, tendo em conta a associação estabelecida entre exposição ao açúcar e prevalência de doenças orais.

4. Infraestrutura e dinâmica de recursos humanos no SNS

O investimento europeu via Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) preconiza o financiamento para equipar 350 gabinetes de medicina dentária no SNS até 2026. **A execução deste compromisso requer, nesta fase de transição, uma taxa de concretização mais célere para evitar a devolução de fundos e para materializar o acesso nas comunidades locais.**

A eficácia deste investimento material depende diretamente da política de capital humano. Portugal caracteriza-se por uma elevada capacidade de formação académica, possuindo um rácio ativo de um médico dentista por cada 766 habitantes – densidade bastante superior à recomendação da Organização Mundial da Saúde.

Contudo, este cenário encobre uma realidade de exportação de talento. O país regista fluxos de emigração acentuados de profissionais altamente qualificados (rumo a destinos como França ou Reino Unido) em busca de maior estabilidade profissional. A regularização de vínculos através da criação de uma Carreira Especial de Médico Dentista no SNS assume um papel estratégico central: é a única via de fixar o talento necessário para operar os novos gabinetes do PRR, assegurando que o investimento estatal em tecnologia se traduza em maior acesso a cuidados de saúde oral.

Atualmente, a precariedade é a norma: muitos dos cerca de 140 médicos dentistas nos cuidados primários operam como prestadores de serviços em regime de “falsos recibos verdes” ou integrados em carreiras gerais de técnico superior, sem reconhecimento da sua autonomia técnico-científica.

Existem atualmente 3 propostas de lei para a estruturação da carreira especial de médico dentista no SNS. O **Projeto de Lei n.º 412/XVII proposto pelo Partido Socialista** visa criar a Carreira Especial de Medicina Dentária no SNS, estruturada em categorias que reconhecem a especialização e a progressão profissional. A criação desta carreira segue o modelo já existente na Região Autónoma da Madeira, à semelhança do **Projeto de Lei 365/XVII/1 apresentado pelo Bloco de Esquerda**. Por sua vez, o **Partido Chega através do Projeto de Lei n.º 502/XVII/1**

opta pela alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2009 (regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais) e **ao Decreto-Lei n.º 177/2009** (regime da carreira especial médica), com vista à integração da especialidade de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde. São abordagens diferentes, que devem espoletar discussão construtiva que, efetivamente, estabeleça a fixação de profissionais no SNS e que permita uma reforma estrutural integradora da saúde oral, garantindo a equidade de acesso a cuidados.

5. Infraestrutura digital do SNS

A implementação da Portaria n.º 123/2026/1, prevista para 2027, encontra-se balizada pela conclusão tecnológica e infraestrutural dos sistemas de suporte, liderados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

- **SISO 2.0 (Sistema de Informação de Saúde Oral):** a transição tecnológica para o SISO 2.0 é desenhada para induzir a emissão desmaterializada e automatizada de cheques. Esta automatização é a resposta técnica necessária para desburocratizar a contratualização com o setor privado, simplificando o escrutínio e a faturação e reduzindo a carga administrativa para as clínicas aderentes.
- **Boletim de Saúde Oral (BISO):** a disponibilização digital de um boletim clínico acessível ao cidadão através do portal e aplicação do SNS 24 constitui um avanço relevante na literacia em saúde, providenciando ao utente controlo e histórico sobre o seu percurso preventivo.
- **Métricas e monitorização:** historicamente, Portugal carece de dados de vigilância atualizados em permanência (o último grande estudo transversal de prevalência data da década passada). O sistema SISO 2.0 permitirá a monitorização epidemiológica contínua e em tempo real. A recolha sistematizada destes dados é fulcral para que o Estado dimensione e justifique politicamente o retorno do investimento em saúde oral, ajustando as estratégias do PNPSO 2030 consoante as métricas clínicas verificadas no terreno.

Conclusões

A aprovação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2030 (PNPSO 2030), aliada à alocação de fundos do PRR e à consignação de receitas fiscais, dotou o Estado português de um enquadramento normativo e financeiro estratégico para o setor. No entanto, a eficácia destas políticas não se esgota na sua formulação, dependendo estritamente da sua célere e rigorosa operacionalização no terreno. O reconhecimento científico de que a saúde oral é indissociável da saúde sistémica e do bem-estar económico exige que a sua gestão assuma, em definitivo, um papel estruturante na resposta pública.

O momento atual impõe uma transição clara da fase de planeamento para a ação executiva.

Ultrapassar a atual exclusão no acesso aos cuidados requer uma governação focada na eficiência: **rentabilizar a capacidade instalada no sistema de saúde** através da desburocratização dos processos, acelerar a transição digital e garantir as condições de atração e fixação de capital humano especializado no setor público. Mais do que responder a necessidades clínicas agudas, trata-se de **consolidar um modelo preventivo que gera poupanças comprovadas para o Estado e devolve equidade ao sistema.**

O sucesso das políticas de saúde pública nesta década será medido pela capacidade de executar estas reformas de forma integrada. O desafio que se coloca aos decisores políticos é agora puramente de gestão e concretização material, corporizando uma **visão de longo prazo onde a prevenção e o acesso à saúde oral deixam de estar condicionados pela capacidade socioeconómica dos cidadãos.**

O alinhamento destes fatores – complementaridade público-privada, financiamento preventivo comprovado, fixação de profissionais e digitalização – proporcionará a infraestrutura necessária para mitigar as desigualdades e integrar plenamente a medicina dentária na estratégia nacional de saúde pública.