



**UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA**

HARMONIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE ORAL NA UNIÃO EUROPEIA: ENQUADRAMENTO E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO - REVISÃO DE ESCOPO

[Harmonization of oral health policies in the European Union: framework and
implementation challenges – Scope review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Eve Abecidan

Orientador:

Doutora Ana Cláudia Carvalho Campina

Junho 2026

HARMONIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE ORAL NA UNIÃO EUROPEIA: ENQUADRAMENTO E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO - REVISÃO DE ESCOPO

[Harmonization of oral health policies in the European Union: framework and implementation challenges – Scope review]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Eve Abecidan

Orientadora:

Doutora Ana Cláudia Carvalho Campina

Junho 2026

AGRADECIMENTOS

À ma directrice de thèse, Ana Cláudia Carvalho Campina

Je tiens à vous adresser mes plus sincères remerciements pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre bienveillance, vos conseils précieux et votre soutien constant à chaque étape de ce projet. Votre confiance, votre patience et votre aide ont été d'une grande valeur et m'ont permis d'avancer avec sérénité malgré les difficultés rencontrées. Je vous suis profondément reconnaissante pour le temps que vous m'avez consacré ainsi que pour l'encouragement que vous m'avez toujours témoigné. Recevez l'expression de ma plus sincère gratitude et de mon profond respect.

La réalisation de cette thèse marque l'aboutissement de cinq années d'études riches en apprentissages, en défis et en rencontres. Ce travail représente la dernière étape d'un parcours qui m'a permis de grandir tant sur le plan académique que personnel. Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et encouragée tout au long de cette aventure. Leur présence, leur confiance et leur bienveillance ont contribué, chacune à leur manière, à la réalisation de ce projet et à l'accomplissement de ce rêve.

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce parcours, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements.

À mon père,

Depuis aussi longtemps que je me souviens, tu as toujours cru en moi et en mes capacités. C'est toi qui m'as encouragée à me lancer dans ces études et qui m'as donné la confiance nécessaire pour poursuivre ce chemin, même lorsque celui-ci me paraissait difficile. Merci de m'avoir toujours soutenue, de m'avoir motivée à ne jamais abandonner et d'avoir été présent à chaque étape de mon parcours. Tu as toujours voulu le meilleur pour moi et tu as tout mis en œuvre pour que je puisse évoluer dans les meilleures conditions possibles.

Aujourd'hui, en regardant le chemin parcouru, je réalise à quel point tu as contribué à cette réussite. Sans ton soutien, tes conseils, ta confiance et tous les efforts que tu as faits pour moi, je ne serais probablement pas là où j'en suis aujourd'hui. Merci pour tout ce

que tu m'as transmis, pour tout ce que tu as fait pour moi et pour avoir toujours été ce père sur qui je peux compter. Je suis infiniment reconnaissante et fière d'être ta fille.

À ma mère,

Depuis toujours, tu as cru en moi, parfois même plus que moi-même. Malgré les difficultés que j'ai pu rencontrer au cours de mon parcours scolaire, tu n'as jamais cessé de me soutenir, de m'encourager et de me pousser à donner le meilleur de moi-même. Aujourd'hui, je crois pouvoir te dire que ton fameux « harcèlement » a finalement servi à quelque chose.

Merci d'avoir toujours été présente pour moi, dans les grandes comme dans les petites étapes de ma vie. Tu as toujours su me conseiller, m'écouter, me rassurer et me guider lorsque j'en avais besoin. Peu importe la situation, j'ai toujours su que je pouvais compter sur toi.

Tu es, à mes yeux, la femme la plus bienveillante du monde. Ta douceur, ta compréhension, ta générosité, ta patience et ton immense capacité à aimer font de toi une personne exceptionnelle. Tu as cette faculté rare de toujours penser aux autres avant toi-même et de trouver les mots justes pour apaiser, encourager et reconforter. Je te considère comme la femme la plus forte et la plus admirable que je connaisse, mais aussi comme un modèle de mère. Tout l'amour, l'attention et les valeurs que tu nous as transmis témoignent des qualités extraordinaires que tu possèdes. Je ne pourrai jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait et continues de faire pour moi. Je t'aime infiniment, et si je suis la personne que je suis aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi.

À ma sœur, Tanya

Depuis toujours, tu as été une source d'inspiration pour moi. Par ton sérieux, ta détermination et ton excellence dans tes études, tu m'as montré la voie et m'as donné l'envie de toujours faire mieux. Aujourd'hui, nous nous apprêtons à exercer le même métier, et je ne pourrais être plus fier de suivre les traces de quelqu'un que j'admire autant. Merci pour tes conseils, ton soutien et l'exemple que tu as toujours représenté à mes yeux. Cette thèse est aussi l'occasion de te dire à quel point tu as compté dans mon parcours. Plus qu'une sœur, tu as été un véritable modèle.

À mes frères, Rony et Gabriel

Merci d'avoir toujours été présents à mes côtés, dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Votre soutien, votre affection et votre confiance ont été une force précieuse tout au long de mon parcours. Je suis reconnaissante de pouvoir grandir et avancer avec des frères comme vous. Je vous aime profondément et, comme vous avez toujours été là pour moi, je serai toujours là pour vous. Peu importe les circonstances, vous pourrez toujours compter sur moi.

À ma cousine Léa

Ces cinq dernières années passées à tes côtés ont marqué une période importante de ma vie. Entre la colocation, les études, la clinique, les moments de joie, de stress, de réussite et parfois de doute, nous avons traversé énormément de choses ensemble. Bien sûr, il y a eu des hauts et des bas, mais une chose n'a jamais changé : notre capacité à nous soutenir mutuellement et à être présentes l'une pour l'autre quand cela comptait vraiment. Ton aide, ta présence et tous les souvenirs que nous avons construits ensemble ont rendu ce parcours bien plus beau et plus facile à traverser. Merci pour ces cinq années de partage, de complicité, de fous rires et d'entraide. Je suis profondément reconnaissante d'avoir pu vivre cette aventure à tes côtés. Peu importe où la vie nous mènera, je sais que nous pourrons toujours compter l'une sur l'autre, comme nous l'avons toujours fait.

À ma meilleure amie Romy

Qui aurait cru que nous aurions un jour la chance de vivre ensemble ce dont nous parlions depuis si longtemps? Pendant près de deux ans à Porto, nous avons pu réaliser ce rêve de faire nos «études» ensemble, partager notre quotidien, nos projets, nos réussites et tous ces moments qui ont rendu cette expérience encore plus spéciale. J'ai également été tellement fière de te voir construire ton studio de Pilates et t'épanouir dans ce que tu aimes. Merci pour ton amitié indéfectible, ton soutien, ton écoute et tous les souvenirs que nous avons créés ensemble. Malgré le temps, la distance ou les changements de la vie, je sais que rien ne pourra jamais altérer le lien qui nous unit. Tu es bien plus qu'une amie, tu fais partie de ma famille de cœur. Et j'espère que, comme depuis toujours, nous continuerons à avancer l'une à côté de l'autre encore longtemps.

À Lise,

Depuis maintenant cinq ans, nous partageons cette aventure ensemble. Entre les fous rires, les moments de joie, le stress, les doutes et parfois même quelques larmes, nous avons vécu côte à côte une grande partie de ce parcours. Toutes ces années ont été remplies de

souvenirs, de discussions interminables, de soutien et de complicité que je n'oublierai jamais.

Ces études m'auront surtout permis de gagner une amie précieuse. Au fil du temps, tu es devenue l'une des personnes sur qui je peux le plus compter. Tu as été présente dans les meilleurs moments comme dans les plus compliqués, et ton amitié a rendu ces années encore plus spéciales.

Merci pour ton soutien, ton écoute, ta présence, pour tous les fous rires, les confidences et tous ces petits moments du quotidien qui ont compté bien plus que tu ne l'imagines. Merci d'avoir été toi.

Aujourd'hui, nous avons la chance d'exercer le même métier après avoir grandi et évolué ensemble pendant toutes ces années. Je suis reconnaissante d'avoir vécu cette aventure à tes côtés et d'avoir pu construire une amitié aussi sincère. J'espère que cette belle amitié continuera à nous accompagner encore longtemps. À tous ceux que j'ai rencontrés à Porto Je souhaite également remercier toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ces années à Porto. Les études m'ont permis de créer de belles amitiés, de partager d'innombrables moments de travail, de rire, d'entraide et de complicité. Chacun, à sa manière, a contribué à rendre cette aventure, encore plus riche et mémorable. Merci pour tous les souvenirs, les échanges et les moments partagés qui ont marqué ces années et que je garderai précieusement avec moi.

À Sacha, le meilleur pour la fin .

Les mots me semblent bien insuffisants pour te remercier à la hauteur de tout ce que tu as apporté à ma vie durant ces années. Merci d'avoir toujours été là, dans les moments de joie comme dans les périodes plus difficiles. Merci pour ton soutien sans faille, pour ta patience, pour tes encouragements et pour cette confiance que tu as toujours eue en moi, même lorsque moi-même je doutais. Tu m'as constamment poussée à donner le meilleur de moi-même et à devenir une meilleure version de moi.

Tu es sans aucun doute la personne qui m'a le plus aidée tout au long de cette aventure, et je ne pourrai jamais assez t'en remercier. Sans toi, ces deux dernières années n'auraient tout simplement pas été les mêmes.

Au-delà de tout ce que tu as fait pour moi, tu es aussi la personne avec qui j'ai vécu les plus beaux moments de ma vie ici. Tous les souvenirs que nous avons construits ensemble resteront parmi les plus précieux de mon parcours. Merci pour tout ce que tu es, pour tout

ce que tu fais et pour tout l'amour que tu m'apportes chaque jour. Cette réussite est aussi un peu la tienne.

RESUMO

A saúde oral constitui um componente fundamental da saúde pública, sendo influenciada por fatores estruturais, económicos e políticos que variam entre os Estados-Membros da União Europeia. Esta variabilidade tem implicações diretas na organização dos sistemas de saúde oral, no acesso aos cuidados e na equidade em saúde, colocando desafios significativos à harmonização das políticas a nível europeu. O objetivo da presente revisão de escopo foi analisar de que forma as diferenças estruturais, económicas e políticas entre os Estados-Membros da União Europeia influenciam a harmonização das políticas de saúde oral e a equidade no acesso aos cuidados. A metodologia adotada baseou-se nas diretrizes PRISMA-ScR, com definição da questão de investigação segundo o modelo PCC. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e Scopus, utilizando descritores combinados com operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2000 e 2026, em língua inglesa, portuguesa, espanhola ou francesa, que abordassem sistemas de saúde oral, financiamento, acesso, desigualdades e políticas na União Europeia. Após o processo de seleção, foram incluídos 15 estudos na análise final. Os resultados evidenciaram uma elevada heterogeneidade na organização dos sistemas de saúde oral, refletindo modelos distintos e níveis variáveis de integração nos sistemas de saúde geral. Verificou-se que sistemas com maior financiamento público apresentam melhores níveis de cobertura e equidade, enquanto a dependência de financiamento privado está associada a maiores barreiras no acesso. A análise confirmou ainda a existência de desigualdades socioeconómicas persistentes, não totalmente mitigadas pela cobertura pública. No domínio das políticas, identificou-se uma fragmentação significativa, decorrente da predominância de abordagens nacionais e da ausência de mecanismos eficazes de coordenação a nível europeu. Conclui-se que as diferenças estruturais, económicas e políticas influenciam de forma determinante a harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia, constituindo barreiras à convergência e à implementação de estratégias comuns. A harmonização requer uma abordagem integrada, baseada em evidência científica, reforço do financiamento público e maior coordenação institucional, com vista à promoção da equidade e melhoria dos resultados em saúde oral.

Palavras-chave: “política de saúde oral”, “sistemas de saúde oral”, “União Europeia”, “acesso a cuidados dentários”, “financiamento da saúde”, “desigualdades em saúde oral”

ABSTRACT

Oral health is a fundamental component of public health and is influenced by structural, economic, and political factors that vary across European Union Member States. These differences have direct implications for the organization of oral health systems, access to care, and health equity, posing significant challenges to policy harmonization at the European level. The aim of this scoping review was to analyse how structural, economic, and political differences among European Union Member States influence the harmonization of oral health policies and equity in access to care. The methodology followed the PRISMA-ScR guidelines, with the research question defined according to the PCC framework. The literature search was conducted in PubMed, ScienceDirect, and Scopus using keywords combined with Boolean operators. Studies published between 2000 and 2026 in English, Portuguese, Spanish or French and addressing oral health systems, financing, access, inequalities, and policies in the European Union were included. After the selection process, 15 studies were included in the final analysis. The results revealed significant heterogeneity in the organization of oral health systems, reflecting different models and levels of integration within general healthcare systems. Systems with higher public funding showed better coverage and equity, whereas reliance on private financing was associated with greater barriers to access. Persistent socioeconomic inequalities were also identified, not fully mitigated by public coverage. In terms of policy, a high degree of fragmentation was observed, resulting from predominantly national approaches and the absence of effective supranational coordination mechanisms. It is concluded that structural, economic, and political differences significantly influence the harmonization of oral health policies in the European Union, acting as barriers to convergence and the implementation of common strategies. Harmonization requires an integrated approach based on scientific evidence, strengthened public funding, and enhanced institutional coordination to promote equity and improve oral health outcomes.

Keywords: “oral health policy”, “oral healthcare systems”, “European Union”, “access to dental care”, “healthcare financing”, “oral health inequalities”

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	xiv
ABSTRACT	xvi
ÍNDICE DE FIGURAS	xx
ÍNDICE DE TABELAS.....	xxii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS OU ACRÓNIMOS	xxiv
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DESENVOLVIMENTO.....	5
2.1. Materiais e métodos.....	5
2.1.1. Estratégia de pesquisa.....	6
2.1.2. Critérios de elegibilidade.....	6
2.1.3. Seleção dos estudos	6
2.1.4. Extração e síntese dos dados	8
2.2. Resultados.....	9
2.2.1. Processo de seleção dos estudos	9
2.2.2. Caracterização dos estudos	10
2.2.3. Organização dos sistemas de saúde oral na União Europeia.....	10
2.2.4. Financiamento e cobertura dos cuidados de saúde oral.....	11
2.2.5. Acesso aos cuidados de saúde oral	12
2.2.6. Desigualdades em saúde oral.....	16
2.2.7. Políticas de saúde oral na União Europeia	16
2.2.8. Desafios na implementação de políticas de saúde oral.....	17
2.2.9. Harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia.....	18
2.3. Discussão	20
3. CONCLUSÃO.....	25
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação gráfica do diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).....	9
---	---

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Utilização da estratégia PCC para definição dos elementos de pesquisa e formulação da questão de investigação	5
Tabela 2: Estratégia de pesquisa nas bases de dados.....	7
Tabela 3: Sistemas e políticas de saúde oral na UE.....	14
Tabela 4: Financiamento e cobertura.....	15
Tabela 5: Acesso aos cuidados de saúde oral	15
Tabela 6: Desigualdades em saúde oral.....	19
Tabela 7: Políticas e estratégias de saúde oral.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS OU ACRÓNIMOS

EU European Union

JBI Joanna Briggs Institute

MeSH Medical Subject Headings

PCC Population, Concept, Context

PRISMA-ScR *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
Extension for Scoping Reviews*

1. INTRODUÇÃO

A saúde oral constitui um componente fundamental da saúde geral, sendo reconhecida como um determinante essencial do bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. As doenças orais, incluindo a cárie dentária, as doenças periodontais e as perdas dentárias, figuram entre as condições crónicas mais prevalentes a nível global, afetando milhares de milhões de pessoas e gerando um impacto significativo na qualidade de vida e funcionalidade. Para além das manifestações locais, a evidência científica demonstra uma relação bidirecional entre doenças orais e patologias sistémicas, como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doenças respiratórias, reforçando a necessidade de integração da saúde oral nas políticas de saúde pública e nos sistemas de cuidados de saúde (Peres et al., 2019; Watt et al., 2019).

Apesar dos avanços registados na área da saúde oral, esta continua a ser bastante subvalorizada nas agendas de saúde pública, particularmente no que respeita à sua integração em estratégias de saúde global e sistemas de cobertura universal. A Organização Mundial da Saúde tem vindo a salientar que as doenças orais representam uma carga significativa, amplamente prevenível, estando fortemente associadas a determinantes sociais, económicos e comportamentais. A insuficiente integração da saúde oral nos sistemas de saúde contribui para lacunas na prevenção, diagnóstico e tratamento, perpetuando desigualdades entre populações e limitando a eficácia das políticas de saúde (Benzian et al., 2021; World Health Organization, 2022).

No contexto europeu, a União Europeia (UE) caracteriza-se por uma diversidade substancial nos sistemas de saúde oral, refletindo diferenças históricas, políticas e económicas entre os Estados-Membros. Estudos clássicos demonstraram que os sistemas de prestação de cuidados de saúde oral podem ser organizados segundo diferentes modelos, nomeadamente Beveridgiano, Bismarckiano e híbrido, cada um com implicações distintas ao nível do financiamento, da organização dos serviços e da cobertura populacional. Esta heterogeneidade estrutural traduz-se em variações significativas no acesso aos cuidados, na qualidade dos serviços e nos resultados em saúde oral (Widström et al., 2004; Widström & Eaton, 2005).

Evidência mais recente confirma que estas diferenças persistem e continuam a representar um desafio significativo à equidade em saúde. O relatório de Winkelmann et al. (2022) demonstra que os países europeus apresentam níveis distintos de financiamento público,

diferentes graus de dependência do setor privado e variados níveis de integração da saúde oral nos sistemas de saúde geral. Estas disparidades contribuem para uma fragmentação dos sistemas de saúde oral na UE, dificultando a implementação de estratégias coordenadas e a comparação de indicadores de saúde entre países (Winkelmann et al., 2022).

A análise do acesso aos cuidados de saúde oral na Europa revela que este é fortemente condicionado por fatores socioeconómicos. Estudos demonstram que indivíduos com menor rendimento e menor nível de escolaridade apresentam menor utilização de serviços de saúde oral e piores indicadores de saúde oral. A insuficiência de cobertura pública e a elevada dependência de financiamento privado constituem barreiras significativas ao acesso, especialmente em grupos vulneráveis. Embora alguns sistemas nacionais tenham implementado medidas de proteção social, estas não são suficientes para eliminar as desigualdades existentes (Palència et al., 2014; Guarnizo-Herreño et al., 2013).

As desigualdades em saúde oral são particularmente evidentes em populações vulneráveis, como idosos, crianças e indivíduos em situação socioeconómica desfavorável. Manski et al. (2015) evidenciaram diferenças significativas na cobertura dentária entre populações idosas em diferentes países, refletindo variações nos sistemas de proteção social. Adicionalmente, estudos epidemiológicos demonstram a existência de um gradiente social consistente, no qual níveis mais baixos de rendimento e educação estão associados a maior prevalência de doenças orais e menor acesso a cuidados preventivos e terapêuticos (Sabbah et al., 2007; Schwendicke et al., 2015).

No domínio das políticas públicas, verifica-se que a saúde oral continua a ocupar uma posição secundária nas estratégias de saúde, tanto a nível nacional como europeu. Apesar da existência de iniciativas promovidas por entidades europeias e internacionais, a ausência de uma política comum vinculativa limita a harmonização das práticas e a implementação de abordagens integradas. Esta fragmentação política compromete a eficiência dos sistemas de saúde, dificulta a monitorização de indicadores e limita a redução das desigualdades em saúde oral (Watt et al., 2019; Benzian et al., 2021).

Neste contexto, a harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia emerge como um desafio estratégico central, conforme destacado na proposta de dissertação. A existência de orientações e iniciativas a nível europeu não tem sido suficiente para garantir uma abordagem uniforme, persistindo diferenças significativas entre os Estados-Membros ao nível do financiamento, acesso aos cuidados, regulação e integração da

saúde oral nos sistemas de saúde. Assim, a harmonização das políticas de saúde oral constitui uma oportunidade para promover a equidade, melhorar os resultados em saúde e reforçar a eficiência dos sistemas de saúde europeus.

Face a esta realidade, torna-se pertinente desenvolver uma análise aprofundada das políticas de saúde oral na União Europeia, com enfoque nos desafios associados à sua implementação e nas oportunidades de harmonização. A presente dissertação tem como objetivo analisar comparativamente os sistemas de saúde oral dos Estados-Membros, identificando diferenças estruturais, económicas e políticas, bem como avaliar os principais obstáculos à implementação de políticas harmonizadas e propor recomendações baseadas na evidência científica disponível.

Para atingir estes objetivos, será realizada uma revisão de escopo, estruturada de acordo com a estratégia População–Conceito–Contexto (PCC), permitindo mapear a evidência existente sobre políticas de saúde oral na União Europeia, identificar lacunas no conhecimento e contribuir para o desenvolvimento de abordagens mais integradas e eficazes na promoção da saúde oral a nível europeu.

Face à heterogeneidade dos sistemas de saúde oral na União Europeia e às dificuldades associadas à implementação de políticas comuns, torna-se fundamental compreender os fatores que condicionam a harmonização das políticas de saúde oral. Assim, a presente dissertação é orientada pela seguinte questão de investigação: “Quais são as principais diferenças estruturais, económicas e políticas entre os Estados-Membros da União Europeia e de que forma estas se associam à harmonização das políticas de saúde oral e à equidade no acesso aos cuidados?”. Esta questão permite enquadrar a análise dos sistemas de saúde oral europeus, identificar desigualdades e explorar os desafios associados ao desenvolvimento de políticas mais integradas e eficazes.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Materiais e métodos

A presente investigação foi conduzida sob a forma de uma revisão de escopo, seguindo as orientações da extensão PRISMA para revisões de escopo (PRISMA-ScR), conforme proposto por Tricco et al. (2018). As recomendações do checklist PRISMA-ScR foram aplicadas ao longo de todo o processo, com o objetivo de garantir transparência, rigor metodológico e reprodutibilidade.

A escolha de uma revisão de escopo justifica-se pela necessidade de mapear a evidência científica disponível sobre políticas de saúde oral na União Europeia, identificar lacunas na literatura e analisar os desafios associados à harmonização e implementação dessas políticas, conforme definido na proposta de dissertação

A questão de investigação foi estruturada com base na estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), adequada a revisões de escopo: “Quais são as principais diferenças estruturais, económicas e políticas entre os Estados-Membros da União Europeia e de que forma estas se associam à harmonização das políticas de saúde oral e à equidade no acesso aos cuidados?” (cf. Tabela 1). Esta questão de investigação está alinhada com os objetivos definidos na introdução e orienta a presente revisão de escopo.

Tabela 1:

Utilização da estratégia PCC para definição dos elementos de pesquisa e formulação da questão de investigação

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
População (P)	Estados-Membros da União Europeia e populações abrangidas pelos respetivos sistemas de saúde
Conceito (C)	Políticas de saúde oral (financiamento, acesso, organização, regulação)
Contexto (C)	Sistemas de saúde europeus e enquadramento político da União Europeia

2.1.1. Estratégia de pesquisa

A pesquisa bibliográfica foi realizada em março de 2026, utilizando descritores MeSH (Medical Subject Headings) e palavras-chave livres, combinadas com operadores booleanos (AND, OR).

Foram consultadas as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, Scopus e ScienceDirect. Os principais termos de pesquisa incluíram: “oral health policy”, “oral healthcare systems”, “European Union”, “access to dental care”, “healthcare financing”, “oral health inequalities”.

A combinação destes termos permitiu identificar estudos relevantes relacionados com a organização dos sistemas de saúde oral, políticas públicas, financiamento, acesso e desigualdades no contexto europeu.

A pesquisa bibliográfica foi também complementada com literatura cinzenta proveniente de organismos europeus e internacionais relevantes.

2.1.2. Critérios de elegibilidade

Para a seleção dos artigos foram então definidos critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: (1) Estudos qualitativos, quantitativos e mistos bem como relatórios institucionais e documentos de política pública; (2) Estudos publicados entre 2000 e abril de 2026; (3) Publicações em inglês, português, espanhol ou francês; (4) Estudos focados em políticas de saúde oral, sistemas de saúde, financiamento, acesso ou desigualdades na União Europeia.

Critérios de exclusão: (1) Estudos realizados exclusivamente fora do contexto europeu; (2) Relatos de caso ou estudos com amostras reduzidas; (3) Artigos de opinião ou revisões sem metodologia definida; (4) Estudos sem relevância para políticas ou organização dos sistemas de saúde oral.

Os critérios de exclusão permitiram eliminar alguns dos artigos apenas pela leitura do seu título e resumo, assim como alguns dos artigos após a sua leitura integral.

2.1.3. Seleção dos estudos

Após a definição dos critérios de elegibilidade, procedeu-se à seleção dos estudos de acordo com as recomendações PRISMA-ScR.

Na base de dados PubMed, a pesquisa foi realizada nos campos de título e resumo, utilizando termos relacionados com políticas de saúde oral, sistemas de saúde e acesso aos cuidados. Foram aplicados filtros relativos ao período de publicação (2000–2026), idioma (inglês, português, espanhol e francês) e tipo de estudo.

Na base de dados Scopus, a pesquisa foi efetuada no campo TITLE-ABS-KEY, permitindo identificar estudos em que os conceitos principais surgiam no título, resumo ou palavras-chave. Foram igualmente aplicados filtros por ano de publicação, idioma e tipo de documento.

Na ScienceDirect, a pesquisa foi realizada em títulos, resumos e palavras-chave, sendo posteriormente refinada com base em filtros relacionados com o período temporal, tipo de artigo e áreas científicas relevantes, nomeadamente medicina dentária e saúde pública.

Tabela 2:

Estratégia de pesquisa nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de pesquisa	Filtros aplicados	Artigos obtidos
PubMed	("oral health policy"[Title/Abstract] OR "oral healthcare systems"[Title/Abstract]) AND ("European Union"[Title/Abstract] OR Europe[Title/Abstract]) AND ("access"[Title/Abstract] OR "financing"[Title/Abstract] OR inequalities[Title/Abstract])	2000–2026; Idiomas definidos; Artigos/Revisões	10
ScienceDirect	("oral health policy" OR "oral healthcare systems") AND ("Europe" OR "European Union") AND ("access" OR "financing" OR "inequalities")	2000–2026; Investigação/Revisão; Saúde/Dentária	76
Scopus	TITLE-ABS-KEY(("oral health policy" OR "oral healthcare systems") AND ("European Union" OR Europe) AND ("access" OR "financing" OR "inequalities"))	2000–2026; Artigos/Revisões; Idiomas definidos	43

Após a aplicação dos filtros, os artigos foram exportados para um gestor de referências bibliográficas (Mendeley), onde foram identificados e removidos os duplicados. De seguida, procedeu-se à triagem inicial com base na leitura dos títulos e resumos.

Os estudos considerados potencialmente relevantes foram analisados em texto integral, sendo excluídos aqueles que não cumpriam os critérios de elegibilidade ou que não apresentavam relevância para os objetivos da investigação.

O processo completo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos será apresentado através de um fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1).

2.1.4. Extração e síntese dos dados

A extração de dados foi realizada de forma sistemática, utilizando uma tabela previamente definida que incluiu as seguintes variáveis: Autor e ano de publicação, contexto geográfico, tipo de estudo, objetivos e principais resultados.

Os dados extraídos foram posteriormente organizados em categorias temáticas, incluindo:

- Organização dos sistemas de saúde
- Financiamento e cobertura
- Acesso aos cuidados
- Desigualdades em saúde oral
- Políticas e harmonização

A síntese dos dados foi realizada de forma narrativa, permitindo integrar e interpretar os resultados dos estudos incluídos em função dos objetivos da investigação.

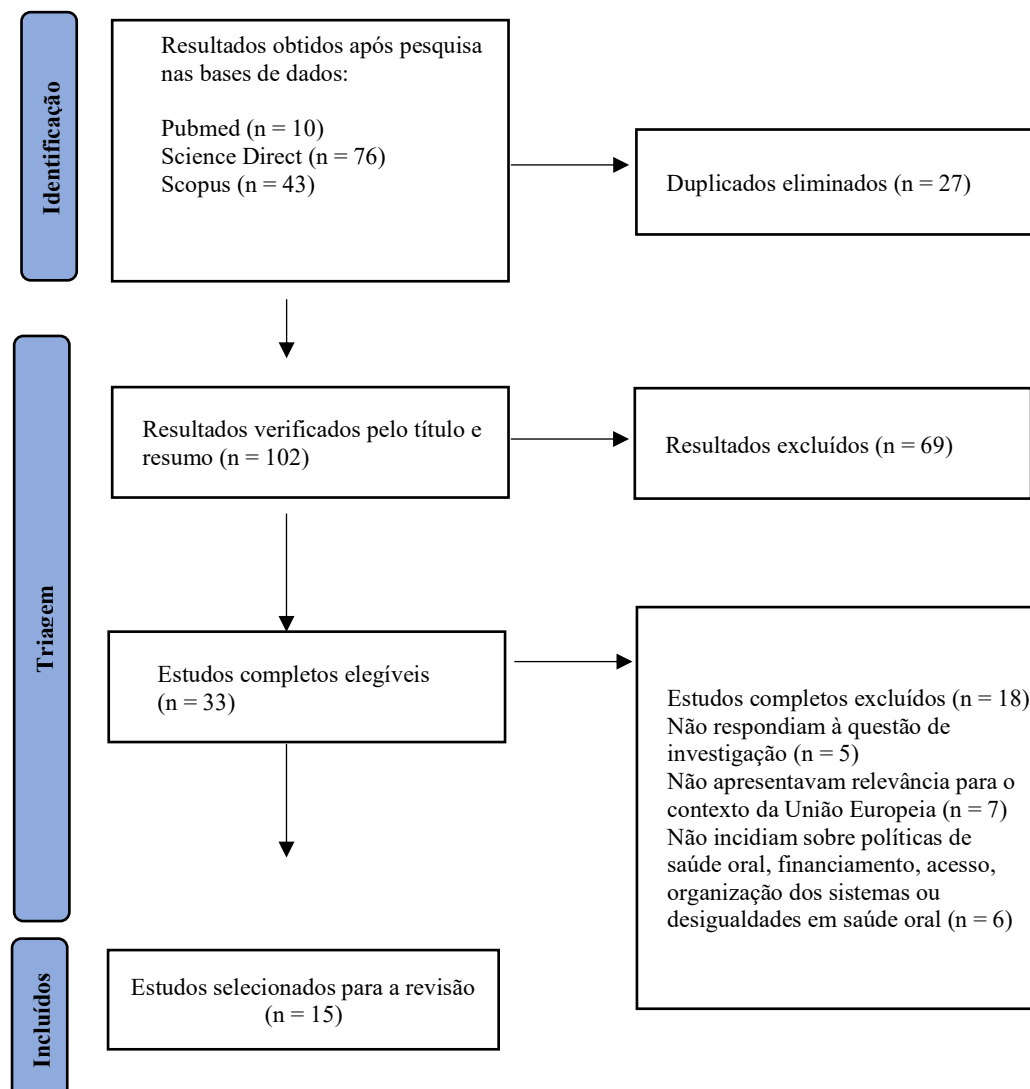
.

2.2. Resultados

2.2.1. Processo de seleção dos estudos

Na fase de identificação, foram recuperados 129 registos através das bases de dados eletrónicas, dos quais 10 foram obtidos na PubMed, 76 na ScienceDirect e 43 na Scopus. Após exportação para o Mendeley e remoção de 27 registos duplicados, permaneceram 102 estudos para triagem por título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 69 artigos. Os restantes 33 estudos foram avaliados em texto integral, tendo sido excluídos 18 artigos porque não respondiam à questão de investigação, não apresentavam relevância para o contexto da União Europeia ou não incidiam sobre políticas de saúde oral, financiamento, acesso, organização dos sistemas ou desigualdades em saúde oral. No final, 15 estudos foram incluídos na presente revisão de escopo.

Figura 1. Representação gráfica do diagrama PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)



2.2.2. Caracterização dos estudos

Os estudos incluídos nesta revisão de escopo, sintetizados nas Tabelas 3 a 7, evidenciam uma heterogeneidade metodológica que reflete a natureza multidimensional da saúde oral enquanto área de política pública. Observa-se a coexistência de estudos epidemiológicos, análises económicas, comparações entre sistemas e relatórios institucionais, o que demonstra que a saúde oral é abordada simultaneamente como problema clínico, social e político.

Temporalmente, verifica-se um aumento da produção científica após 2010, coincidindo com o reforço das agendas europeias de equidade em saúde e cobertura universal. No entanto, a análise crítica revela uma evolução qualitativa: enquanto estudos mais antigos realizam uma descrição dos sistemas de saúde oral e das suas características estruturais, estudos mais recentes, como o de Akter et al. (2026), introduzem uma abordagem mais aprofundada ao analisar os processos de formulação de políticas e os mecanismos de governação associados à melhoria da qualidade dos cuidados.

Geograficamente, a concentração de estudos na Europa Ocidental sugere uma possível distorção na evidência disponível, uma vez que países com sistemas mais frágeis ou em transição estão sub-representados. Esta limitação é particularmente relevante no contexto da harmonização, pois impede uma avaliação completa das disparidades intraeuropeias.

A análise transversal dos estudos permite ainda identificar uma estrutura temática consistente, centrada em organização, financiamento, acesso e desigualdades, o que evidencia a interdependência destas dimensões e justifica a abordagem integrada adotada na presente revisão.

2.2.3. Organização dos sistemas de saúde oral na União Europeia

A organização dos sistemas de saúde oral, apresentada na Tabela 3, evidencia uma heterogeneidade que reflete não apenas diferenças administrativas, mas distintas conceções do papel do Estado na prestação de cuidados de saúde.

Widström et al. (2004) propõem uma classificação em modelos Beveridgiano, Bismarckiano e híbrido; contudo, a análise comparativa demonstra que esta tipologia, embora útil, não capta totalmente a complexidade dos sistemas contemporâneos.

Widström e Eaton (2005) evidenciam que estes modelos evoluíram de forma independente, consolidando abordagens nacionais sem convergência estrutural.

Estudos mais recentes, como Winkelmann et al. (2022), demonstram que mesmo dentro de um mesmo modelo existem variações significativas na integração da saúde oral nos sistemas de saúde geral. Esta variação sugere que fatores institucionais, como governação, regulação e financiamento, têm um impacto superior à tipologia clássica.

A análise integrada indica que sistemas mais integrados tendem a promover maior coordenação de cuidados e melhor acesso, enquanto sistemas fragmentados apresentam maior dependência do setor privado e maior variabilidade nos resultados. Assim, a organização dos sistemas não é apenas uma característica estrutural, mas um determinante funcional da equidade.

No contexto da harmonização, esta diversidade constitui um desafio significativo, uma vez que a convergência exigiria não apenas alinhamento técnico, mas também transformação estrutural dos sistemas nacionais.

2.2.4. Financiamento e cobertura dos cuidados de saúde oral

A análise do financiamento e da cobertura dos cuidados de saúde oral revela uma elevada variabilidade entre os Estados-Membros, conforme evidenciado na Tabela 4. Os estudos indicam que muitos sistemas europeus dependem fortemente do financiamento privado, o que limita o acesso aos cuidados e contribui para desigualdades em saúde.

Kandelman et al. (2012) demonstram que sistemas com maior financiamento público apresentam melhores indicadores de saúde oral, sugerindo uma relação direta entre investimento e resultados. No entanto, Manski et al. (2015) evidenciam que o impacto do financiamento varia entre grupos populacionais, sendo particularmente relevante para populações idosas.

Em contraste, Listl et al. (2015) demonstram que a dependência de financiamento privado está associada a menores níveis de utilização de serviços, especialmente em grupos vulneráveis. Guarnizo-Herreño et al. (2013) reforçam esta perspetiva ao identificar os custos diretos como um dos principais obstáculos ao acesso.

A análise comparativa sugere que o financiamento atua como um mecanismo estruturante que condiciona simultaneamente o acesso, a utilização e os resultados em saúde. Esta

interdependência torna particularmente complexa a harmonização, uma vez que modelos financeiros distintos implicam diferentes lógicas de funcionamento dos sistemas.

Assim, qualquer tentativa de harmonização que não considere o financiamento como eixo central está condenada a produzir resultados limitados.

2.2.5. Acesso aos cuidados de saúde oral

Os resultados apresentados na Tabela 5 demonstram que o acesso aos cuidados de saúde oral na União Europeia deve ser interpretado como um fenómeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre determinantes económicos, sociais e institucionais.

Sabbah et al. (2007) identificam um gradiente socioeconómico consistente na utilização de serviços, demonstrando que indivíduos com menor rendimento apresentam menor probabilidade de recorrer a cuidados dentários. No entanto, esta relação não é linear nem exclusivamente dependente de fatores económicos. Palència et al. (2014) demonstram que, embora a cobertura pública contribua para reduzir desigualdades, não elimina completamente as barreiras ao acesso, sugerindo a existência de fatores adicionais, como diferenças na literacia em saúde, perceção de necessidade e organização dos serviços.

Esta interpretação é reforçada por Guarnizo-Herreño et al. (2013), que evidenciam que as barreiras financeiras coexistem com obstáculos sociais e estruturais, incluindo desigualdades geográficas e limitações na disponibilidade de serviços. Por sua vez, Manski et al. (2015) destacam que populações idosas enfrentam desafios específicos, mesmo em sistemas com proteção social relativamente desenvolvida, o que indica falhas na adequação das políticas às necessidades populacionais.

Também Winkelmann et al. (2022) demonstram que países com níveis semelhantes de financiamento e cobertura apresentam padrões distintos de utilização, sugerindo que fatores institucionais, como a organização dos serviços e os mecanismos de regulação, desempenham um papel determinante. Esta perspetiva é complementada por Akter et al. (2026), que evidenciam que diferenças nos processos de governação influenciam diretamente o acesso aos cuidados.

A análise integrada destes estudos sugere que o acesso resulta de um equilíbrio dinâmico entre recursos disponíveis, organização do sistema e características da população. No

contexto da harmonização, esta complexidade representa um desafio significativo, uma vez que políticas uniformes podem ter impactos diferenciados, dependendo do contexto nacional em que são implementadas.

Tabela 3:

Sistemas e políticas de saúde oral na UE

Autor (Ano)	País/Contexto	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Widström et al. (2004)	UE	Revisão	Classificar sistemas	Identificação de múltiplos modelos (Beveridgiano, Bismarckiano e híbridos); forte variação na cobertura pública e organização dos serviços
Widström & Eaton (2005)	UE	Revisão	Analisar políticas	Confirma heterogeneidade estrutural; sistemas dependentes de contexto económico e político; ausência de harmonização europeia
Sabbah et al. (2007)	Europa	Estudo epidemiológico	Avaliar gradientes sociais	Identificação de gradiente socioeconómico consistente: indivíduos com menor nível de educação e rendimento apresentam pior saúde oral e menor acesso a cuidados preventivos
Patel et al. (2016)	Europa	Estudo comparativo	Comparar políticas	Identifica divergências na integração da saúde oral nos sistemas nacionais; países com políticas preventivas apresentam melhores indicadores
Watt et al. (2019)	Global/UE	Revisão	Avaliar políticas globais	Saúde oral continua negligenciada nas políticas públicas; necessidade de integração com doenças não transmissíveis
Benzian et al. (2021)	Global	Revisão	Estratégias OMS	Defende integração da saúde oral nos sistemas universais de saúde; necessidade de políticas coordenadas
Winkelmann et al. (2022a)	UE	Relatório (HiT)	Avaliar sistemas	Grande heterogeneidade nos sistemas europeus; diferenças marcadas em financiamento, cobertura e organização; ausência de modelo uniforme
Akter et al. (2026)	UE	Estudo	Atualizar políticas	Persistência de desigualdades estruturais; ausência de políticas comuns vinculativas; necessidade de coordenação europeia

Tabela 4:*Financiamento e cobertura*

Autor (Ano)	País/Contexto	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Kandelman et al. (2012)	Países desenvolvidos	Revisão	Comparar sistemas	Países com maior financiamento público apresentam melhor cobertura e resultados em saúde oral
Listl et al. (2015)	Global/UE	Revisão económica	Analisar economia	Elevada dependência de financiamento privado na maioria dos países europeus; impacto direto na equidade
Manski et al. (2015)	UE + EUA	Estudo comparativo	Avaliar cobertura	Grandes disparidades na cobertura dentária em idosos; países europeus com sistemas públicos apresentam melhores resultados que EUA
Guarnizo-Herreño et al. (2013)	Europa	Estudo observacional	Avaliar desigualdade	Cobertura insuficiente associada a menor utilização de cuidados dentários
Winkelmann et al. (2022a)	UE	Relatório	Avaliar financiamento	Forte variabilidade na despesa pública em saúde oral; muitos países dependem do setor privado
Winkelmann et al. (2022b)	11 países UE	Estudo comparativo	Avaliar cobertura	Diferenças significativas na cobertura de cuidados básicos vs especializados; inconsistência nos sistemas nacionais

Tabela 5:*Acesso aos cuidados de saúde oral*

Autor (Ano)	País/Contexto	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Sabbah et al. (2007)	Europa	Estudo epidemiológico	Avaliar acesso	Menor utilização de serviços em grupos socioeconomicamente desfavorecidos
Guarnizo-Herreño et al. (2013)	Europa	Estudo observacional	Avaliar acesso	Barreiras financeiras e sociais influenciam fortemente o acesso aos cuidados
Palència et al. (2014)	Europa	Estudo observacional	Avaliar uso de serviços	Forte associação entre rendimento e utilização de cuidados dentários; cobertura pública reduz desigualdades
Manski et al. (2015)	UE + EUA	Estudo comparativo	Avaliar acesso	Idosos apresentam menor acesso, especialmente em sistemas com cobertura limitada
Winkelmann et al. (2022b)	11 países UE	Estudo comparativo	Avaliar acesso	Diferenças marcadas no acesso a cuidados preventivos e restauradores; influência do tipo de sistema de saúde
Akter et al. (2026)	UE	Estudo	Atualizar acesso	Persistência de desigualdades no acesso; impacto de fatores económicos e estruturais

2.2.6. Desigualdades em saúde oral

A análise das desigualdades, apresentada na Tabela 6, evidencia que estas constituem uma dimensão estrutural dos sistemas de saúde oral na União Europeia, refletindo a interação entre determinantes sociais e limitações institucionais.

Sabbah et al. (2007) demonstram a existência de um gradiente social robusto, no qual indivíduos com menor estatuto socioeconómico apresentam piores resultados em saúde oral. Esta relação é reforçada por Schwendicke et al. (2015), que evidenciam uma associação direta entre pobreza e maior prevalência de doença oral, sugerindo que fatores económicos influenciam não apenas o acesso, mas também os resultados em saúde.

No entanto, a análise de Palência et al. (2014) introduz uma dimensão crítica ao demonstrar que a cobertura pública, embora relevante, não é suficiente para eliminar desigualdades, indicando que estas têm uma base estrutural mais profunda. Esta interpretação é reforçada por Guarnizo-Herreño et al. (2013), que destacam a influência de fatores sociais e geográficos, e por Listl et al. (2015), que evidenciam a relação entre desigualdades económicas e utilização de serviços.

Manski et al. (2015) acrescentam que as desigualdades são particularmente pronunciadas em populações idosas, evidenciando lacunas nos sistemas de proteção social e na adaptação das políticas às necessidades demográficas.

A análise integrada sugere que as desigualdades em saúde oral não podem ser atribuídas a um único fator, mas resultam de interações complexas entre determinantes individuais e estruturais. No contexto da harmonização, a persistência destas desigualdades constitui um obstáculo significativo, uma vez que sistemas com diferentes níveis de equidade apresentam diferentes capacidades de implementação de políticas comuns.

2.2.7. Políticas de saúde oral na União Europeia

Os estudos apresentados na tabela 7 evidenciam que as políticas de saúde oral na União Europeia são caracterizadas por uma fragmentação significativa, resultante da predominância de abordagens nacionais e da ausência de mecanismos eficazes de coordenação supranacional.

Widström e Eaton (2005) demonstram que a organização e regulação dos cuidados variam substancialmente entre países, refletindo diferentes tradições institucionais. Esta

fragmentação é aprofundada por Watt et al. (2019), que destacam a subvalorização da saúde oral nas agendas políticas, apesar da sua elevada carga de doença e impacto socioeconómico.

Benzian et al. (2021) introduzem uma perspetiva normativa, defendendo a integração da saúde oral nas estratégias de cobertura universal, enquanto Akter et al. (2026) evidenciam falhas nos processos de governação, incluindo ausência de coordenação, inconsistência na implementação de políticas e limitações na monitorização da qualidade.

Winkelmann et al. (2022) complementam esta análise ao demonstrar que, mesmo em contextos com objetivos políticos semelhantes, existem diferenças significativas na implementação e resultados das políticas.

A análise integrada sugere que a fragmentação das políticas não resulta apenas de diferenças estruturais, mas também de limitações institucionais e políticas, constituindo um dos principais entraves à harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia.

2.2.8. Desafios na implementação de políticas de saúde oral

A implementação de políticas de saúde oral enfrenta desafios multidimensionais, conforme evidenciado nas Tabelas 4 a 7, refletindo a complexidade dos sistemas de saúde europeus.

Winkelmann et al. (2022) destacam que a heterogeneidade estrutural dos sistemas dificulta a implementação de políticas comuns, enquanto Benzian et al. (2021) evidenciam a necessidade de integrar a saúde oral nos sistemas de saúde geral como condição para melhorar a eficácia das políticas.

Simultaneamente, Listl et al. (2015) e Guarnizo-Herreño et al. (2013) demonstram que limitações no financiamento e desigualdades económicas condicionam a implementação de políticas, enquanto Akter et al. (2026) identificam falhas na governação e ausência de coordenação como obstáculos críticos.

Watt et al. (2019) acrescentam que a baixa prioridade política atribuída à saúde oral limita a mobilização de recursos e o desenvolvimento de estratégias integradas.

A análise integrada destes estudos sugere que os desafios de implementação são interdependentes e sistémicos, exigindo abordagens que considerem simultaneamente fatores estruturais, económicos e políticos. No contexto da harmonização, estes desafios

indicam que a convergência das políticas exige mais do que alinhamento técnico, implicando transformação estrutural dos sistemas.

2.2.9. Harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia

A análise global dos estudos evidencia que a harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia permanece limitada, refletindo a interação complexa entre fatores estruturais, económicos e políticos.

As diferenças identificadas na organização dos sistemas (Widström et al., 2004), nos modelos de financiamento (Listl et al., 2015) e nas abordagens políticas (Akter et al., 2026) não constituem apenas variações contextuais, mas barreiras sistémicas à convergência. A ausência de mecanismos vinculativos a nível europeu, evidenciada por Winkelmann et al. (2022), limita a coordenação entre Estados-Membros e perpetua desigualdades.

Benzian et al. (2021) e Watt et al. (2019) sugerem que a harmonização exige uma abordagem integrada, baseada na integração da saúde oral nas políticas de saúde geral e no reforço da cooperação institucional. No entanto, a análise dos estudos indica que a implementação desta abordagem enfrenta desafios significativos, decorrentes da diversidade dos sistemas e da ausência de alinhamento político.

Assim, a harmonização emerge como um desafio estratégico complexo, cuja resolução depende da articulação entre fatores políticos, económicos e institucionais, exigindo não apenas coordenação europeia, mas também adaptação às especificidades nacionais.

Tabela 6:*Desigualdades em saúde oral*

Autor (Ano)	País/Contexto	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Sabbah et al. (2007)	Europa	Estudo epidemiológico	Avaliar desigualdade	Evidência de gradiente social em saúde oral; desigualdades persistentes entre grupos sociais
Guarnizo-Herreño et al. (2013)	Europa	Estudo observacional	Avaliar desigualdade	Relação direta entre rendimento e estado de saúde oral
Palència et al. (2014)	Europa	Estudo observacional	Avaliar desigualdade	Cobertura pública reduz desigualdades mas não as elimina completamente
Schwendicke et al. (2015)	Global/UE	Revisão	Avaliar desigualdade	Forte associação entre pobreza e cárie dentária
Listl et al. (2015)	Global	Revisão económica	Avaliar desigualdade	Custos elevados limitam acesso em grupos vulneráveis
Manski et al. (2015)	UE + EUA	Estudo comparativo	Avaliar desigualdade	Populações idosas apresentam maior vulnerabilidade
Watt et al. (2019)	Global	Revisão	Avaliar desigualdade	Desigualdades globais persistentes; necessidade de políticas públicas integradas

Tabela 7:*Políticas e estratégias de saúde oral*

Autor (Ano)	Contexto	Tipo de Estudo	Objetivo	Principais Resultados
Widström & Eaton (2005)	UE	Revisão	Avaliar políticas	Ausência de política comum europeia; dependência de estratégias nacionais
Watt et al. (2019)	Global	Revisão	Avaliar políticas	Saúde oral negligenciada nas agendas políticas globais
Benzian et al. (2021)	Global	Revisão	Estratégias OMS	Necessidade de integração da saúde oral na cobertura universal de saúde
Winkelmann et al. (2022a)	UE	Relatório	Avaliar políticas	Políticas inconsistentes entre países; ausência de harmonização
Akter et al. (2026)	UE	Estudo recente	Atualizar políticas	Necessidade urgente de coordenação europeia e políticas integradas

2.3. Discussão

A presente revisão de escopo permitiu evidenciar uma heterogeneidade estrutural profunda nos sistemas de saúde oral na União Europeia, refletindo diferenças interligadas ao nível da organização, financiamento, acesso e enquadramento político. Estes resultados não apenas confirmam tendências previamente descritas na literatura, como também permitem uma leitura mais integrada da complexidade dos sistemas, evidenciando que a harmonização das políticas de saúde oral constitui um desafio multifatorial que ultrapassa a esfera técnica, envolvendo dimensões institucionais e políticas.

A diversidade de modelos organizacionais, inicialmente sistematizada por Widström et al. (2004), continua a representar um elemento estruturante dos sistemas europeus. Contudo, a análise integrada dos estudos demonstra que a classificação clássica em modelos Beveridgiano, Bismarckiano e híbrido, embora útil, é insuficiente para explicar a variabilidade observada. Widström e Eaton (2005) já haviam identificado a ausência de convergência entre sistemas, mas estudos mais recentes, como Winkelmann et al. (2022), demonstram que essa divergência se mantém e, em alguns casos, se intensifica, particularmente ao nível da integração da saúde oral nos sistemas de saúde geral.

Esta persistência da heterogeneidade sugere que os sistemas de saúde oral são fortemente influenciados por trajetórias institucionais específicas e por decisões políticas acumuladas ao longo do tempo, o que limita a possibilidade de convergência espontânea. Assim, a harmonização não pode ser entendida como um processo natural de evolução dos sistemas, mas como um objetivo que requer intervenção política deliberada e coordenação institucional a nível europeu.

No domínio do financiamento, os resultados evidenciam que esta dimensão constitui um eixo central na configuração dos sistemas de saúde oral. A evidência demonstra que sistemas com maior financiamento público tendem a apresentar melhores resultados em saúde oral e maior equidade no acesso, conforme documentado por Kandelman et al. (2012) e Manski et al. (2015). No entanto, a análise aprofundada sugere que o financiamento não atua de forma isolada, sendo a sua eficácia condicionada pela forma como os recursos são organizados e distribuídos.

Em contraste, a forte dependência de financiamento privado, evidenciada por Listl et al. (2015) e Guarnizo-Herreño et al. (2013), está associada a uma maior vulnerabilidade dos

sistemas, particularmente no que respeita à equidade. Estes resultados indicam que o financiamento funciona simultaneamente como mecanismo de proteção e de exclusão, dependendo da sua configuração. Neste sentido, a harmonização das políticas de saúde oral exige uma reflexão crítica sobre os modelos de financiamento, uma vez que diferenças estruturais nesta dimensão dificultam a implementação de estratégias comuns e sustentáveis.

A análise do acesso aos cuidados reforça a ideia de que este é um fenómeno multidimensional, não redutível a fatores económicos. Embora exista uma associação consistente entre estatuto socioeconómico e utilização de serviços (Sabbah et al., 2007; Palência et al., 2014), os resultados demonstram que a cobertura pública, por si só, não garante equidade no acesso. Esta constatação levanta questões importantes sobre a adequação das políticas existentes, sugerindo que fatores como literacia em saúde, organização dos serviços e barreiras culturais desempenham um papel igualmente relevante.

Adicionalmente, a variabilidade observada entre países com níveis semelhantes de financiamento (Winkelmann et al., 2022) indica que o acesso é fortemente condicionado por fatores institucionais e organizacionais. Esta evidência sugere que políticas uniformes podem ter impactos diferenciados, dependendo do contexto em que são implementadas, o que constitui um desafio significativo para a harmonização das políticas de saúde oral.

As desigualdades em saúde oral emergem como uma consequência direta destas interações, evidenciando a existência de um gradiente social persistente. A associação entre estatuto socioeconómico e resultados em saúde oral (Sabbah et al., 2007; Schwendicke et al., 2015) confirma que as desigualdades não são apenas uma questão de acesso, mas também de exposição a fatores de risco e de capacidade de utilização dos serviços.

A persistência destas desigualdades, mesmo em sistemas com cobertura pública (Palência et al., 2014), sugere a existência de limitações estruturais que não podem ser resolvidas através de intervenções isoladas. A vulnerabilidade de grupos específicos, como populações idosas (Manski et al., 2015), reforça esta perspetiva, evidenciando lacunas na adaptação dos sistemas às necessidades demográficas.

No contexto da harmonização, estas desigualdades constituem um obstáculo crítico, uma vez que sistemas com diferentes níveis de equidade apresentam diferentes pontos de

partida para a implementação de políticas comuns. Assim, a redução das desigualdades deve ser considerada não apenas um objetivo de saúde pública, mas uma condição necessária para a convergência das políticas de saúde oral na União Europeia.

No domínio das políticas públicas, a evidência aponta para uma fragmentação significativa, resultante da predominância de abordagens nacionais e da ausência de mecanismos eficazes de coordenação. Esta realidade, já identificada por Widström e Eaton (2005), mantém-se atual e é reforçada por estudos mais recentes, como o de Akter et al. (2026), que evidenciam falhas nos processos de governação e inconsistências na implementação de políticas.

A subvalorização da saúde oral nas agendas políticas, destacada por Watt et al. (2019), contribui para esta fragmentação, limitando o desenvolvimento de estratégias integradas. Por outro lado, a integração da saúde oral nas políticas de cobertura universal, defendida por Benzian et al. (2021), surge como uma oportunidade estratégica para promover a harmonização.

Contudo, a análise dos resultados sugere que a harmonização não pode ser alcançada apenas através da definição de orientações comuns, sendo necessária a criação de mecanismos institucionais que promovam a coordenação e a partilha de boas práticas entre Estados-Membros. A ausência de instrumentos vinculativos a nível europeu limita esta possibilidade, reforçando a necessidade de uma abordagem mais estruturada.

Os desafios na implementação de políticas de saúde oral refletem esta complexidade, sendo simultaneamente estruturais, económicos e políticos. A heterogeneidade dos sistemas, a variabilidade no financiamento e as diferenças nas prioridades políticas criam um contexto no qual a implementação de políticas uniformes se torna particularmente difícil. Assim, a harmonização deve ser entendida como um processo gradual e adaptativo, que combine coordenação europeia com flexibilidade nacional.

Apesar da relevância dos resultados, a presente revisão apresenta limitações que devem ser consideradas. A diversidade metodológica dos estudos incluídos pode introduzir heterogeneidade na análise, enquanto a sub-representação de alguns contextos nacionais limita a generalização dos resultados. No entanto, estas limitações são inerentes às revisões de escopo e não comprometem a validade global dos resultados.

Em termos de implicações práticas, os resultados desta revisão reforçam a necessidade de uma abordagem integrada à saúde oral, que inclua reforço do financiamento público,

melhoria da organização dos sistemas e desenvolvimento de políticas baseadas em evidência. A harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia constitui uma oportunidade para promover a equidade e a eficiência dos sistemas, mas requer um compromisso político sustentado e uma abordagem que reconheça a complexidade dos sistemas existentes.

Com base nos resultados obtidos, recomenda-se o desenvolvimento de investigação futura focada na avaliação da eficácia de políticas de saúde oral a nível europeu, bem como na análise de estratégias de harmonização adaptadas aos diferentes contextos nacionais.

Ao nível das políticas públicas, é fundamental promover maior investimento em saúde oral, reforçar a integração da saúde oral nos sistemas de saúde geral e desenvolver políticas baseadas em evidência científica (Watt et al., 2019; Benzian et al., 2021).

Também a criação de indicadores comuns e sistemas de monitorização poderá contribuir para melhorar a comparabilidade e eficácia das políticas de saúde oral na União Europeia (Winkelmann et al., 2022).

3. CONCLUSÃO

A presente revisão de escopo permitiu analisar de forma integrada as diferenças estruturais, económicas e políticas dos sistemas de saúde oral na União Europeia, bem como a sua influência na harmonização das políticas e na equidade no acesso aos cuidados. Os resultados evidenciam uma elevada heterogeneidade entre Estados-Membros, refletindo modelos organizacionais distintos, níveis variáveis de financiamento e diferentes prioridades políticas.

No que respeita à organização dos sistemas, a coexistência de modelos com trajetórias evolutivas independentes tem contribuído para a ausência de convergência estrutural, condicionando a integração da saúde oral nos sistemas de saúde geral. Relativamente ao financiamento, verificou-se que sistemas com maior investimento público apresentam maior cobertura e equidade, enquanto a dependência de financiamento privado se associa a maiores barreiras no acesso, particularmente em populações vulneráveis.

A análise do acesso aos cuidados confirmou a existência de um gradiente socioeconómico consistente, não totalmente mitigado pela cobertura pública, evidenciando a influência de fatores sociais, institucionais e organizacionais. Consequentemente, as desigualdades em saúde oral persistem como uma característica estrutural dos sistemas, resultante da interação entre determinantes individuais e limitações sistémicas.

No domínio das políticas públicas, observou-se uma fragmentação significativa a nível europeu, decorrente da predominância de abordagens nacionais e da ausência de mecanismos eficazes de coordenação. Esta realidade constitui um dos principais entraves à harmonização das políticas de saúde oral, limitando a implementação de estratégias comuns e perpetuando desigualdades.

De forma global, conclui-se que as diferenças estruturais, económicas e políticas influenciam de forma determinante a harmonização das políticas de saúde oral na União Europeia, não apenas através da criação de barreiras à convergência, mas também pela limitação da eficácia de intervenções uniformes. Assim, a harmonização deve ser entendida como um processo complexo, que exige alinhamento político, integração institucional e adaptação às especificidades nacionais.

Em termos de implicações, destaca-se a necessidade de integrar a saúde oral nas políticas de saúde geral, reforçar o financiamento público e promover estratégias baseadas em evidência científica que favoreçam a equidade no acesso aos cuidados. Apesar das

limitações inerentes à natureza da revisão, os resultados fornecem uma visão robusta do estado atual das políticas de saúde oral na União Europeia.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akter, S., Fehrer, V., Lorenz, M., Jeurissen, P., & Listl, S. (2026). Situational analysis of European and international oral health policy making for quality improvement. *JDR Clinical & Translational Research*, 11(1), 85–97. <https://doi.org/10.1177/23800844251325540>
- Benzian, H., Williams, D., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., & Mertz, E. (2021). The WHO global strategy for oral health: An opportunity for bold action. *The Lancet*, 398(10301), 192–194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01212-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01212-2)
- Guarnizo-Herreño, C. C., Watt, R. G., Garzón-Orjuela, N., & Shen, J. (2013). Explaining oral health inequalities in Europe: A multilevel analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(6), 495–504. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12046>
- Kandelman, D., Arpin, S., Baez, R. J., Baehni, P. C., & Petersen, P. E. (2012). Oral health care systems in developed and developing countries. *Periodontology* 2000, 60(1), 98–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00427.x>
- Listl, S., Grytten, J., & Birch, S. (2015). What is health economics in dentistry? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(6), 505–509. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12163>
- Manski, R. J., Moeller, J. F., Chen, H., Widström, E., Lee, J., & Listl, S. (2015). Disparity in dental coverage among older adult populations: A comparative analysis across selected European countries and the USA. *International Dental Journal*, 65(2), 77–88. <https://doi.org/10.1111/idj.12139>
- Palència, L., Espelt, A., Cornejo-Ovalle, M., & Borrell, C. (2014). Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: What is the role of public coverage? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(2), 97–105. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12056>
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Sabbah, W., Tsakos, G., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2007). The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social Science & Medicine*, 64(2), 298–311. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.017>
- Schwendicke, F., Dörfer, C. E., & Schlattmann, P. (2015). Socioeconomic inequality and caries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 94(1), 10–18. <https://doi.org/10.1177/0022034514557546>
- Watt, R. G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M. D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R. J., Mathur, M. R., Guarnizo-Herreño, C. C., Celeste, R. K., Kearns, C., & Benzian, H. (2019). Ending the neglect of global oral health: Time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), 261–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
- Widström, E., & Eaton, K. A. (2005). Oral healthcare systems in the extended European Union. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 3(3), 155–194.
- Widström, E., Eaton, K. A., Luciak-Donsberger, C., & Widström, E. (2004). Oral healthcare systems in the extended European Union. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 2(3), 155–194.
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., & van Ginneken, E. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Systems in Transition*, 24(2), 1–176.
- Winkelmann, J., Gómez Rossi, J., Schwendicke, F., Dimova, A., Atanasova, E., Habicht, T., Kasekamp, K., Gandré, C., Or, Z., McAuliffe, Ú., Murauskiene, L., Kroneman, M., de Jong, J., Kowalska-Bobko, I., Badora-Musiał, K., Motyl, S., Figueiredo Augusto, G., Pažitný, P., Kandilaki, D., Löffler, L., & Panteli, D. (2022). Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: A vignette approach. *BMC Oral Health*, 22(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02095-4>
- World Health Organization. (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization.

