

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Investigação

O ensino da prótese total numa Faculdade de Medicina Dentária – implicações da Reforma de Bolonha

Ana Raquel Fazenda^a, José Carlos Reis Campos^b, André Correia^{b,*},
Patrícia Fonseca^b e Maria Helena Figueiral^b

^a Grupo de Estudo e Investigação em Prostodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, Portugal

^b Departamento de Prótese Removível, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 25 de julho de 2012

Aceite a 25 de novembro de 2012

On-line a 15 de junho de 2013

Palavras-chave:

Prostodontia

Prótese total

Desdentado

Ensino da Medicina Dentária

Curriculum

R E S U M O

Objetivos: Analisar o ensino da prótese total na FMDUP, antes e depois da aplicação da Reforma de Bolonha, no que diz respeito ao número de horas de ensino teórico, pré-clínico e clínico, e ao número de trabalhos clínicos efetuados.

Métodos: Numa primeira fase efetuou-se uma pesquisa sobre o ensino da prótese removível na FMDUP nos últimos 7 anos, antes e após a Reforma de Bolonha, a partir do SIGARRA e dos relatórios pedagógicos das unidades curriculares. Numa segunda fase procedeu-se a um levantamento estatístico dos atos clínicos de prótese removível, em específico da prótese total, registados no programa de gestão da Clínica Universitária da FMDUP, Newsoft DS9® (versão académica), entre os anos de 2005 e 2012. Realizou-se uma análise estatística retrospectiva e descritiva com o programa Excel®Microsoft e com um programa estatístico da Universidade de Amsterdão disponível online para comparação de proporções, usando o teste binomial.

Resultados: Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre a proporção «número de próteses totais executadas/número de estudantes» nos períodos antes e após implementação da Reforma de Bolonha. Apesar de contrariar as tendências reveladas noutros estudos, a prótese total continua a ser uma reabilitação efetuada em número considerável na clínica da FMDUP, justificando a sua inclusão nos conteúdos programáticos.

Conclusão: Não se verificou uma diminuição estatisticamente significativa na realização de próteses totais, quando comparados os períodos antes e após a implementação da Reforma de Bolonha.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: acorreia@fmd.up.pt (A. Correia).

Teaching of complete dentures in a Dental Medicine School – the impact of the Bologna Process

A B S T R A C T

Keywords:

Prosthodontics
Dentures
Edentulous
Dental Education
Curriculum

Aim: The aim of this study was to analyze the teaching of the complete denture and its clinic practice from the students of the FMDUP before and after the application of the Bologna Process, between academic years of 2005 and 2012.

Methods: Firstly, was performed a survey about the teaching of Removable Prosthodontics on FMDUP, in the past seven years, before and after the Bologna Process, from SIGARRA, and reports of pedagogical courses. In the second phase was carried out a statistical survey of Removable Prosthodontics clinical acts, specifically complete dentures, registered in the management program of the University Clinic of FMDUP, NewSoft® DS9 (academic version), between the years 2005 and 2012. Was carried out a retrospective statistical analysis, descriptive, with the program Microsoft® Excel and a statistical program of the University of Amsterdam available online to compare proportions, using the binomial test.

Results: There was not a significant statistic difference between the proportion «number of complete dentures executed/number of students» during the periods of time before and after the implementation of the Bologna Process.

Conclusion: Nevertheless, contradicting the tendencies reveled in other studies, complete dentures continues to be a rehabilitation process performed in a considerable number in FMDUP clinic thus justifying its inclusion in the academic contents.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Nos últimos 20 anos tem-se verificado uma diminuição da desdentação na Europa^{1,2}. Contudo, o contínuo envelhecimento da população mundial poderá levar a um aumento do número de indivíduos que necessitem de próteses totais num futuro próximo²⁻⁴. Prevê-se que, em 2035, nos Estados Unidos da América, 1 em cada 4 indivíduos tenham mais de 60 anos de idade². Em Portugal, estima-se que, em 2050, 4,1 milhões de indivíduos terão idade igual ou superior a 55 anos, o que corresponde a 44,1% do total da população prevista⁵. A manutenção do bem-estar e da qualidade de vida desta faixa etária será um desafio enorme para a comunidade científica e para a sociedade^{2,4,6}.

Apesar deste envelhecimento global, há quem acredite que a necessidade de próteses totais irá diminuir acentuadamente no futuro, verificando-se, também, a preocupação crescente sobre se (ou quando) a formação dos estudantes de Medicina Dentária na área da prótese total deve ser retirada ou diminuída do currículo, uma vez que algumas faculdades de medicina dentária já têm dificuldade em encontrar pacientes que necessitem de próteses totais⁷.

Contudo, um estudo de Douglas et al. (2002) estima que o número de adultos nos Estados Unidos da América a necessitar de 1 ou 2 próteses totais vai aumentar de cerca de 33,6 milhões em 1991 para cerca de 37,9 milhões em 2020⁷⁻⁹. A nível global prevê-se um aumento da necessidade de próteses totais de 53,8 milhões em 1991 para 61, milhões em 2020⁷.

Atualmente, a execução de próteses removíveis totais é pouco apelativa para os médicos dentistas devido ao desenvolvimento e crescimento do número de próteses sobre

implantes⁷. Douglas et al.⁷ constataram que alguns médicos dentistas não executam próteses removíveis totais na sua prática clínica. Adicionalmente, o ensino da prótese total em algumas faculdades de medicina dentária tem sido reduzido devido à necessidade de ensinar outros assuntos emergentes e à diminuição dos pacientes que necessitam de próteses totais nas clínicas universitárias^{7,10,11}.

Em 1995, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou um relatório realçando a necessidade de se reavaliar o currículo da pré-graduação em medicina dentária, na área de prótese dentária, de forma a torná-lo mais relevante para a prática clínica em geral^{14,7-9}. No relatório eram recomendadas mudanças nos currículos de medicina dentária, nomeadamente diminuir o número de horas despendidas em exercícios técnicos de baixa prioridade⁷. No entanto, continua a estar incluído no perfil e competências do Médico Dentista Europeu a capacidade de diagnosticar e tratar os pacientes desdentados, devendo para isso ter conhecimento dos procedimentos clínicos e laboratoriais necessários e dos princípios biomecânicos das próteses totais, de forma a poder planear e realizar uma prótese total e, ainda, ser capaz de realizar determinadas alterações na prótese na cadeira do consultório¹².

Na adaptação do curso de medicina dentária à Reforma de Bolonha o plano de estudos passou a ser lecionado em 10 semestres, conferindo no final o grau de Mestre em Medicina Dentária¹³. Devido às alterações inerentes à implementação desta reforma, torna-se pertinente analisar o ensino da prótese total e a respetiva prática clínica dos estudantes da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), antes e após a aplicação da Reforma de Bolonha.

Este trabalho apresenta como objetivo principal analisar o ensino da prótese total na FMDUP, antes e depois da aplicação da Reforma de Bolonha, no que diz respeito:

Tabela 1 – Ensino da prótese removível pré-Bolonha

Ano letivo	Disciplina	Tipologia de aulas	Matéria versada
4.º ano	Prótese Removível I	Teóricas e Teórico-Práticas	Prótese Total
5.º ano	Prótese Removível II	Teóricas e Teórico-Práticas	Prótese Parcial
6.º ano	Prótese Removível III	Clínicas	Atividade clínica de Prótese Removível
Fonte: Figueiral MH (2006) ¹³ .			

Tabela 2 – Ensino da prótese removível pós-Bolonha

Ano letivo	Disciplina	Tipologia de aulas	Matéria versada
3.º ano 1.º semestre	Prótese Removível I	Teóricas e Teórico-Práticas	Conceitos básicos de Prótese Removível
4.º ano 1.º semestre	Prótese Removível II	Teóricas e Teórico-Práticas	Prótese Parcial
4.º ano 2.º semestre	Prótese Removível III	Teóricas e Teórico-Práticas	Prótese Total
5.º ano 1.º semestre	Prótese Removível IV	Clínicas	Atividade clínica de Prótese Removível
5.º ano 2.º semestre	Unidade Clínica de Prótese Dentária e Oclusão	Clínicas	Atividade clínica de Prótese Removível, Prótese Fixa e Oclusão
Fonte: Campos JC (2010) ¹⁴ .			

- ao número de horas de ensino teórico, pré-clínico e clínico;
- aos trabalhos clínicos efetuados.

Materiais e métodos

Numa primeira fase realizou-se uma pesquisa sobre o ensino da prótese removível na FMDUP, desde o ano de 2005, a partir do sistema de informação para gestão agregada dos recursos e registos académicos da Universidade do Porto (SIGARRA) e dos relatórios pedagógicos das unidades curriculares de prótese.

Numa segunda fase efetuou-se um levantamento estatístico dos atos clínicos de prótese removível, em específico da prótese total, registados no programa de gestão clínica

da Clínica Universitária da FMDUP, Newsoft Dente®, entre os anos de 2005-2012.

Numa terceira fase procedeu-se à análise estatística descritiva e retrospectiva dos dados recolhidos, assim como a uma comparação de proporções (usando o teste binomial) dos atos clínicos efetuados antes e após a introdução da Reforma de Bolonha. Para tal, foram utilizados o programa informático Excel®Microsoft e uma aplicação informática disponível online na Universidade de Amesterdão [<http://www.fon.hum.uva.nl/Service/Statistics/Binomial.proportions.html>]. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Os resultados relativos à primeira fase da investigação, direcionada para o ensino da prótese removível na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, antes e após a Reforma de Bolonha, encontram-se expressos nas tabelas 1-6.

Anteriormente à implementação da Reforma de Bolonha, a Licenciatura em Medicina Dentária tinha a duração de 6 anos, sendo a prótese removível lecionada em 3 anos letivos com a distribuição apresentada na tabela 1.

Com a Reforma de Bolonha implementou-se um novo plano de estudos de 5 anos para o Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, onde a prótese removível é lecionada em 4 unidades curriculares semestrais, mais um semestre de Unidade Clínica de Prótese Dentária e Oclusão, com a distribuição apresentada na tabela 2.

Tabela 3 – Ensino pré-clínico de prótese removível pré-Bolonha

	N.º de horas de aulas teóricas por semana	N.º de horas de aulas práticas por semana
Prótese Removível I		
2005/2006	1,5 h	2 h
2006/2007	2 h	2 h
Prótese Removível II		
2005/2006	1 h	2 h
2006/2007	1 h	2 h
2007/2008	1 h	2 h
Fonte: Sigarra FMDUP [http://www.fmd.up.pt].		

Tabela 4 – Ensino pré-clínico de prótese removível pós-Bolonha

	N.º de horas de aulas teóricas por semana	N.º de horas de aulas práticas por semana
Prótese Removível I		
2007/2008 a 2011/2012	1 h	2 h
Prótese Removível II		
2007/2008 a 2011/2012	1 h	2 h
Prótese Removível III		
2008/2009 a 2011/2012	1 h	2 h

Fonte: Sigarra FMDUP [<http://www.fmd.up.pt>].

Tabela 5 – Ensino clínico de prótese removível pré-Bolonha

	N.º de horas de aulas teóricas por semana	N.º de horas de aulas práticas por semana
Prótese Removível III		
2005/2006	0 h	4 h
2006/2007	0 h	4 h
2007/2008	0 h	4 h
2008/2009	0 h	4 h

Fonte: Sigarra FMDUP [<http://www.fmd.up.pt>].

Relativamente ao ensino pré-clínico de prótese removível, a [tabela 3](#) indica o número de horas das componentes teórica e prática das disciplinas Prótese Removível I e Prótese Removível II nos anos letivos de 2005-2008 (pré-Bolonha).

No período pré-Bolonha existiam 112- 128 horas de ensino pré-clínico da prótese total (tendo em consideração um semestre com a duração de 16 semanas).

A [tabela 4](#) indica o número de horas das componentes teórica e prática das disciplinas Prótese Removível I, Prótese Removível II e Prótese Removível III nos anos letivos compreendidos entre 2007-2012 (pós-Bolonha).

Tabela 6 – Ensino clínico de prótese removível pós-Bolonha

	N.º de horas de aulas teóricas por semana	N.º de horas de aulas práticas por semana
Prótese Removível IV		
2008/2009	0 h	2,5 h
2009/2010	0 h	2,5 h
2010/2011	0 h	2,5 h
2011/2012	0 h	2,5 h
Unidade Clínica de Prótese Dentária e Oclusão		
2009/2010	1 h	6 h
2010/2011	1 h	6 h
2011/2012	1 h	5,5 h

Fonte: Sigarra FMDUP [<http://www.fmd.up.pt>].

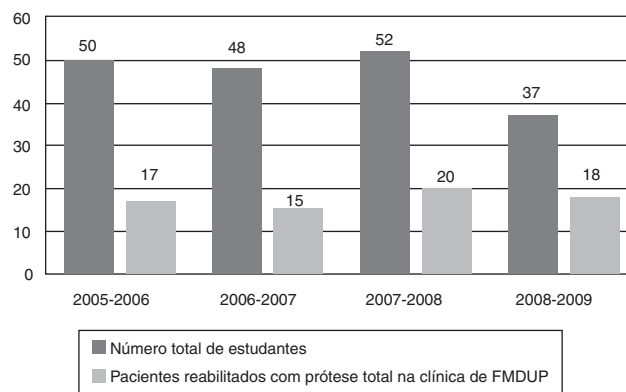


Figura 1 – Número de estudantes inscritos em prótese removível e número de pacientes reabilitados com prótese total, entre 2005-2009.

Atualmente, com a Reforma de Bolonha, existem 48 horas de ensino pré-clínico da prótese total (tendo em consideração um semestre com a duração de 16 semanas).

Relativamente ao ensino clínico de prótese removível, a [tabela 5](#) indica o número de horas das componentes teórica e prática da disciplina Prótese Removível III nos anos letivos de 2005-2008 (pré-Bolonha).

No período pré-Bolonha, existiam 128 horas de ensino clínico de prótese removível (tendo em consideração um semestre com a duração de 16 semanas).

A [tabela 6](#) refere o número de horas das componentes teórica e prática das disciplinas Prótese Removível IV e Unidade Curricular de Prótese Dentária e Oclusão nos anos letivos de 2007-2012 (pós-Bolonha).

Atualmente, com a Reforma de Bolonha, existem 128 horas de ensino clínico de prótese removível (tendo em consideração um semestre com a duração de 16 semanas).

Relativamente à 2.ª fase da investigação, dedicada ao levantamento estatístico dos trabalhos de prótese total efetuados na Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, antes e após a aplicação da Reforma de Bolonha, os resultados encontram-se representados nas [figuras 1-4](#).

O gráfico representa o número de estudantes inscritos nas disciplinas clínicas de prótese removível e o número de pacientes reabilitados com próteses totais entre 2005-2009.

Na [figura 2](#) observa-se a relação entre o número de próteses totais realizadas para as duas arcadas, ou apenas para uma, entre 2005-2009.

O número global de próteses removíveis totais efetuadas na FMDUP em 2005-2009 (pré-Bolonha) foi de 70 (46 próteses apenas uma arcada e 24 próteses bi-maxilares), o que perfaz 17,5 próteses removíveis totais por ano. Destas, 11,5 seriam próteses totais para uma arcada e 6 seriam próteses totais bi-maxilares. Nesse período, as disciplinas de prótese removível tiveram, em média, 47 estudantes/ano (aproximadamente 23 binómios).

Em 2007, a Reforma de Bolonha introduziu alterações no currículo do curso de Medicina Dentária da FMDUP. As unidades curriculares clínicas pós-Bolonha iniciaram no ano letivo 2009-2010.

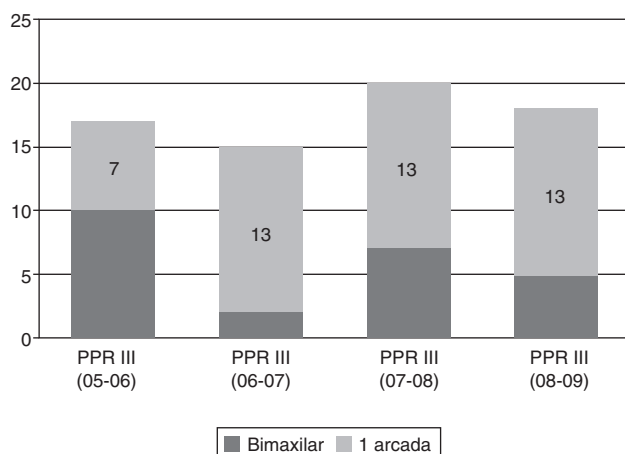


Figura 2 – Relação entre o número de próteses totais realizadas para 2 arcadas e o número de próteses totais para uma arcada, entre 2005- 2009.

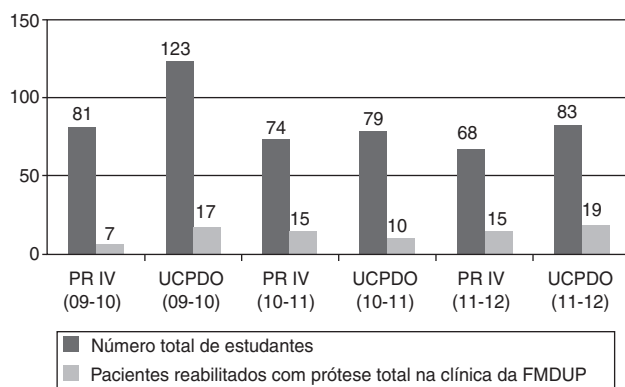


Figura 3 – Número de estudantes inscritos nas disciplinas de prótese removível e número de pacientes reabilitados com próteses totais, entre 2009- 2012.

O gráfico apresenta a relação entre o número de estudantes inscritos em unidades clínicas de prótese removível e o número de pacientes reabilitados com próteses totais.

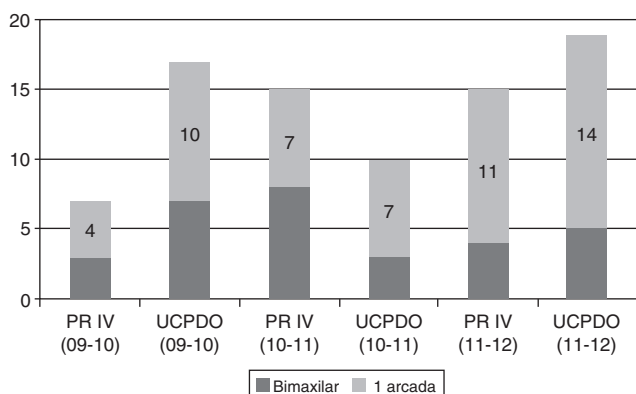


Figura 4 – Relação entre o número de próteses totais efetuadas para 2 arcadas e para uma arcada, entre 2009-2012.

Na figura 4 apresenta-se a distribuição do número de próteses totais bi-maxilares, ou em apenas uma arcada, efetuadas no período pós-Bolonha.

No que concerne ao período entre 2009-2012 (pós-Bolonha), foram realizadas na clínica da FMDUP 83 próteses totais (53 apenas para uma arcada e 30 próteses bi-maxilares), o que perfaz 27,7 próteses totais removíveis por ano. Destas, 17,7 seriam próteses totais para uma arcada e 10 seriam próteses totais bi-maxilares. Neste período, as unidades curriculares tiveram, em média, 85 estudantes (aproximadamente 42 binômios).

Assim, verifica-se que no período pré-Bolonha 76% dos binômios executaram, pelo menos, uma prótese total, em comparação com apenas 66% dos binômios do período pós-Bolonha.

Para verificar se existe diferença entre o número de próteses totais efetuadas nos períodos antes e após a implementação da Reforma de Bolonha, recorreu-se a um programa estatístico disponível online para cálculo de proporções binomiais [http://www.fon.hum.uva.nl/Service/Statistics/Binomial_proportions.html] da Universidade de Amsterdão. Fez-se, então, a comparação entre as proporções:

- número de pacientes reabilitados com próteses totais e número de estudantes (R1)
- número de pacientes reabilitados com próteses totais bi-maxilares e número de estudantes (R2)
- número de pacientes reabilitados com próteses totais para uma arcada e número de estudantes (R3).

R1: Proporção entre número de pacientes reabilitados com próteses totais e número de estudantes das unidades curriculares clínicas, nos períodos pré e pós-Bolonha:

$$\text{Prob}(p_1 = p_2 | 70/187, 83/254) \leq 0,3$$

A percentagem de próteses totais por estudante no período pré-Bolonha foi de, aproximadamente, 37,4% (70 próteses num universo de 187 estudantes). Com a implementação da Reforma de Bolonha, não se verificou uma alteração estatisticamente significativa ($p > 0,05$) do número de estudantes que executam estas próteses (83/254: 32,7%).

R2: Proporção entre o número de próteses totais bi-maxilares efetuadas e número de estudantes das unidades curriculares clínicas, nos períodos pré e pós-Bolonha:

$$\text{Prob}(p_1 = p_2 | 24/187, 30/254) \leq 0,746$$

A percentagem de próteses totais bi-maxilares por estudante no período pré-Bolonha foi de, aproximadamente, 12,8% (24 próteses num universo de 187 estudantes). Com a implementação da Reforma de Bolonha não se verificou uma alteração estatisticamente significativa ($p > 0,05$) do número de estudantes que executam estas próteses (30/254: 11,8%).

R3: Proporção entre o número de próteses totais para uma arcada efetuadas e número de estudantes das unidades curriculares clínicas, nos períodos pré e pós-Bolonha:

$$\text{Prob}(p_1 = p_2 | 46/187, 53/254) \leq 0,353$$

A percentagem de próteses totais para uma arcada por estudante no período pré-Bolonha foi de, aproximadamente, 24,6% (46 próteses num universo de 187 estudantes). Com a

implementação da Reforma de Bolonha, não se verificou uma alteração estatisticamente significativa ($p > 0,05$) do número de estudantes que executam estas próteses (53/254: 20,9%).

Discussão

A Reforma de Bolonha trouxe algumas modificações no plano de estudos do curso de Medicina Dentária, por exemplo, ao nível da distribuição e carga horária do ensino da prótese removível (ver tabelas 1-6). A pesquisa bibliográfica efetuada na Biblioteca do Conhecimento Online®, relativamente ao ensino da prótese total noutras instituições de ensino superior nacionais e estrangeiras, não obteve muitos resultados. Apesar disso, foi possível verificar que a redução da carga horária no ensino da prótese total é uma tendência também verificada noutras instituições^{10,15}. Desde a década de 1960 constata-se que a nível global há uma redução gradual do tempo dedicado ao ensino/estudo da prótese total nos planos de estudo das instituições que formam médicos dentistas^{10,15}. Na FMDUP, com a implementação da Reforma de Bolonha, verificou-se que, com a redução do número de anos letivos, também o número de aulas de prótese removível foi diminuído em aproximadamente um semestre, ocorrendo, consequentemente, uma redução da carga horária dedicada ao estudo da prótese total (tabelas 3-6)¹⁴.

Num estudo realizado por Rashedi et al.⁹ em faculdades de Medicina Dentária dos Estados Unidos da América verificou-se que o tempo curricular dado à área da prótese total é diferente entre as escolas. Um terço das faculdades disponibiliza menos de 60 horas pré-clínicas para a prótese total e 35% refere disponibilizar entre 81 a 100 horas. Apenas 7% das faculdades contemplam 141 a 160 horas de estudo pré-clínico da prótese total. Estes valores contrastam com o tempo despendido para a prótese fixa que, na maioria das faculdades, é superior a 140 horas⁹. Na FMDUP houve uma diminuição de uma hora de ensino teórico pré-clínico da prótese total no período após a implementação da Reforma de Bolonha, quando comparado com o período anterior (tabelas 3 e 4).

Parecem existir várias razões para o menor número de horas de aula de próteses totais em comparação com horas destinadas à prótese fixa. Uma razão pode ser a perceção da equipa docente de reabilitação oral de que a realização de próteses totais é, do ponto de vista clínico, mais fácil e simples de executar do que a realização de próteses fixas. Outra razão poderá estar relacionada com o entendimento de que as próteses totais são menos importantes para a formação de um médico dentista devido à especulação de que a necessidade de próteses totais vai diminuir no futuro⁹.

Em abril de 2003, a *California Commission on Aging* elaborou uma declaração para os *Senior Related Oral Health Issues* onde constatou falta de capacidade adequada dos profissionais de saúde oral para o tratamento da população geriátrica (faixa etária onde se incluem a maioria dos pacientes desdentados totais)¹⁶. Este estudo refere que aproximadamente 90% dos pacientes que usam prótese total removível inferior não estão satisfeitos com a sua prótese¹⁶, o que pode revelar falta de qualidade dos serviços médico-dentários nesta área ou a dificuldade do tratamento destas situações^{16,17}. Em Portugal, não foram encontradas publicações sobre este tema.

No artigo de Petropoulos et al. (2005)⁴, onde foram analisadas faculdades de Medicina Dentária nos Estados Unidos da América, conclui-se que a maioria das faculdades (84%) tem um número mínimo de próteses totais que os estudantes devem realizar de forma a completarem o curso. Porém, 16% das faculdades relataram não ter requisitos mínimos para que os estudantes completem o curso¹¹. Na FMDUP não existe um número mínimo de próteses removíveis totais a realizar pelos estudantes para poderem concluir o curso. Contudo, todos os estudantes que não executam estes trabalhos são incentivados a observar e a colaborar nos procedimentos de prótese total realizados pelos colegas. O facto de nem todos os estudantes executarem pelo menos uma prótese total durante a sua formação pode, eventualmente, afetar o seu desempenho na atividade profissional de médicos dentistas, caso não participem em formação pós-graduada sobre este tema.

Nesta investigação verificamos que a introdução da Reforma de Bolonha não produziu alterações estatisticamente significativas no número de próteses totais realizadas pelos estudantes da FMDUP. Atualmente, 32,7% dos estudantes da FMDUP reabilitam um paciente com prótese total.

Deste modo, pensa-se ser essencial que nas faculdades de Medicina Dentária, sobretudo nos anos de pré-graduação, se continue a investir no ensino da prótese total e de todos os procedimentos que lhe estão inerentes⁴. Estas instituições devem avaliar continuamente os seus programas pedagógicos em prótese total, de forma a garantir que as necessidades dos estudantes, futuros médicos dentistas, e dos pacientes, sejam devidamente atendidas. Estudos que avaliem os currículos são importantes, já que permitem a determinação das tendências atuais, bem como a variabilidade nas filosofias de ensino^{7,8}.

Conclusão

Com este estudo constatou-se que a Reforma de Bolonha acarretou mudanças no plano de estudos dos cursos de Medicina Dentária, em particular na área da prótese removível. Foi possível verificar a diminuição da carga horária nas unidades curriculares de prótese removível, quer na fase de ensino pré-clínico, quer na fase de ensino clínico com atendimento de pacientes. Contudo, ao longo dos últimos 7 anos letivos, não se verificou uma diminuição estatisticamente significativa na realização de próteses totais, quando comparando os períodos antes e pós-implementação da Reforma de Bolonha. É possível afirmar que, contrariamente às tendências reveladas por outros estudos, a prótese total continua a ser um tratamento efetuado em número razoável na clínica da FMDUP, justificando a sua inclusão nos conteúdos programáticos.

O futuro médico dentista deve ser capaz de satisfazer a sociedade nas suas necessidades em saúde oral tanto na prevenção como no diagnóstico e no tratamento, devendo ser capaz de tratar o paciente totalmente desdentado.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Kossioni AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology*. 2011;28:85-90.
2. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*. 2009;27:26-32.
3. Waldman HB, Perlman SP, Xu L. Should the teaching of full denture prosthetics be maintained in schools of dentistry? *J Dent Educ*. 2007;71:463-6.
4. Petropoulos VC, Rashedi B. Complete denture education in U.S. dental schools. *J Prosthodont*. 2005;14:191-7.
5. Carrilho MJ. Metodologias de cálculo das projeções demográficas: aplicação em Portugal. *Revista de estudos demográficos*. 2005;37:5-24.
6. Petropoulos VC, Rashedi B. Removable partial denture education in U.S. dental schools. *J Prosthodont*. 2006;15:62-8.
7. Douglass CW, Shih A, Ostry L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent*. 2002;87:5-8.
8. Douglass CW, Watson AJ. Future needs for fixed and removable partial dentures in the United States. *J Prosthet Dent*. 2002;87:9-14.
9. Rashedi B, Petropoulos VC. Preclinical complete dentures curriculum survey. *J Prosthodont*. 2003 Mar;12:37-46.
10. Clark RK. The future of teaching of complete denture construction to undergraduates. *Br Dent J*. 2002;193:13-4.
11. Janus CE, Hunt RJ, Unger JW. Survey of prosthodontic service provided by general dentists in Virginia. *J Prosthet Dent*. 2007;97:287-91.
12. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ*. 2010;14:193-202.
13. Figueiral MH. Relatório elaborado para a candidatura a provas de habilitação ao título de Professor Agregado do Grupo III (Prótese Dentária e Oclusão) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. 2006.
14. Campos JR. Prótese Removível III – Relatório elaborado para a candidatura a provas de habilitação ao título de Professor Agregado do Grupo III (Prótese Dentária e Oclusão) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. 2010.
15. Sukotjo C, Thammasitboon K, Howell H, Karimbux N. Students' perceptions of prosthodontics in a PBL hybrid curriculum. *J Prosthodont*. 2008;17:495-501.
16. Christensen GJ. Removable prosthodontics: a forgotten part of dentistry. *Alpha Omegan*. 2006;99:26-8.
17. Chavez EM, LaBarre EE. A predoctoral clinical geriatric dentistry rotation at the University of the Pacific School of Dentistry. *J Dent Educ*. 2004;68:454-9.