



Assunto: PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

Nº: 01/DSE
DATA: 18/01/05

Para: Administrações Regionais de Saúde e todos os Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde

Contacto na DGS: Divisão de Saúde Escolar – Dr.ª Gregória Paixão von Amann

Por Despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde, publicado no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005, foi aprovado o **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral** destinado aos profissionais e estruturas do Serviço Nacional de Saúde e seus utilizadores, o qual se transcreve:

Despacho n.º 153/2005 – 2.ª série

As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes.

A Organização Mundial da Saúde aponta para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam.

Assim, a intervenção de promoção da saúde oral, que se inicia durante a gravidez e se desenvolve ao longo da infância, em Saúde Infantil e Juvenil, consolida-se no Jardim-de-infância e na Escola, através da Saúde Escolar. Os cuidados dentários, não satisfeitos no Serviço Nacional de Saúde, às crianças e jovens em programa, serão prestados através de contratualização.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral está incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e tem como objectivos:

- *Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes,*
- *Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral,*
- *Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais.*

A nível nacional o Programa é coordenado e avaliado pelo Director-Geral e Alto Comissário da Saúde e acompanhado por uma Comissão Técnico-Científica por si designada, constituída pelo responsável do Programa na DGS, representantes das Administrações Regionais de Saúde, Ordem dos Médicos - colégio de estomatologia, Ordem dos Médicos Dentistas, Chief Dental Officer e três peritos das Faculdades e/ou Institutos de Medicina Dentária.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral será divulgado pela Direcção-Geral da Saúde através de Circular Normativa.

Em cumprimento do Despacho acima transcrito, a presente Circular Normativa divulga o **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral** aprovado, dela fazendo parte integrante, para constituir Norma no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. O Programa será complementado, sempre que oportuno, por orientações técnicas a emitir por esta Direcção-Geral.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor José Pereira Miguel

Anexo: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Revogada a Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direcção-Geral da Saúde



PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

Despacho Ministerial n.º 153/2005 (2.ª série)
Publicado no Diário da República n.º 3, de 5 de Janeiro de 2005.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção-Geral da Saúde

Lisboa 2005

1. Enquadramento

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, que se desenvolve em Portugal desde 1986, foi revisto em 1999 e divulgado através da Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direcção-Geral da Saúde, tendo passado a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes.

O quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença, asseguradas pelas equipas de saúde escolar, são o suporte indispensável da intervenção curativa, operacionalizada maioritariamente através de contratualização. Este processo tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas integradas em programa de saúde oral e que desenvolveram cárie dentária.

O Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes previa a administração de suplementos sistémicos de fluoretos a todas as crianças e jovens. No entanto, face à publicação da Directiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10/6, transposta para a legislação nacional pelo Decreto-lei n.º 136/2003 de 28 de Junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados-Membros sobre suplementos alimentares e à desadequação da suplementação de fluoretos, procedeu-se à revisão do Programa, consubstanciada neste documento.

A redefinição da estratégia de intervenção do actual programa contou com o empenho científico dos peritos de uma *Task Force*, constituída para rever a administração dos fluoretos, teve em conta a prevalência das doenças orais na população infantil e juvenil e as metas europeias para a área da saúde oral.

2. Orientações gerais do programa

Em Portugal, a cárie dentária apresenta na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada, isto é, o número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança (CPOD) aos 12 anos de idade é de 2.95¹, e a percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos é de 33%. Outro estudo, utilizando o método *pathfinder* da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta valores médios de CPOD de 1.5², com desvios acentuados entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos.

Tudo isto reforça a necessidade de manter o investimento nesta área, se queremos contribuir para a redução das desigualdades em saúde.

A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1.5³.

O actual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária.

Ao sector público compete assegurar a promoção da saúde, a prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, passíveis de serem realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta intervenção é assegurada pelos profissionais dos Centros de Saúde, através de acções dirigidas ao indivíduo, à família, e à comunidade escolar, e pelos profissionais dos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível.

Ao sector privado, através dos profissionais e agrupamentos de profissionais de estomatologia e medicina dentária, compete prestar, através de contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo SNS.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, integrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, deverá ser desenvolvido por todos os serviços de saúde e enquadrado em todas as suas actividades.

Nos planos curriculares das escolas e jardins-de-infância, deve ser promovida e apoiada a integração das actividades do Programa Nacional de Saúde Oral, numa abordagem holística da saúde, em que os princípios de uma escola promotora da saúde são o referencial da intervenção e a Rede de Escolas Promotoras da Saúde é o seu paradigma⁴.

3. Estrutura de implementação do programa

A nível nacional e no que se refere à orientação, implementação e avaliação, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral será coordenado pelo Director-Geral e Alto Comissário da Saúde e executado pela Divisão de Saúde Escolar. O seu acompanhamento será realizado por uma Comissão Técnico – Científica.

A nível regional, deverá ser designado pela Administração Regional de Saúde um Coordenador Regional do Programa, da sua estrutura ou do Centro Regional de Saúde Pública, com perfil e competência para dinamizar e avaliar o programa, coordenar a Comissão Paritária Regional e integrar a Comissão Técnico–Científica.

A nível local, o Director do Centro de Saúde ou o responsável pelo Serviço de Saúde Pública avalia a capacidade instalada, coordena a implementação do programa e gere a contratualização. Por delegação, o responsável pela saúde escolar ou pela saúde oral poderá assumir a sua operacionalização e avaliação local.

4. Estratégias de intervenção do programa

As orientações do actual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral assentam nas seguintes estratégias:

- **Promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar;**
- **Prevenção das doenças orais;**
- **Diagnóstico precoce e tratamento dentário.**

5. População - alvo

Com este programa pretende-se abranger as grávidas e as crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade.

6. Finalidades do Programa

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral tem as seguintes finalidades:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;
- Criar uma base de dados, nacional, sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspectiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com Necessidades de Saúde Especiais, assim como dos grupos economicamente débeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições.

7. Actividades do programa:

As actividades do programa devem ser incluídas nos programas de saúde materna, saúde infantil e juvenil e saúde escolar, ser desenvolvidas no Centro de Saúde e em todos os estabelecimentos de educação pré-escolar e do ensino básico, público, privado ou dependentes de estruturas oficiais da segurança social.

Para o desenvolvimento das actividades do programa é indispensável o envolvimento dos profissionais de saúde, de educação, pais ou encarregados de educação, bem como das autarquias.

7.1. Promoção da Saúde Oral

7.1.1. Na gravidez

Orientação

A grávida, ao cuidar da sua saúde oral, está a promover a saúde do seu filho.

Na consulta de saúde materna ou de vigilância da gravidez, a boca da mãe deve merecer particular atenção. Em caso de gravidez programada, a futura mãe, deverá fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Se já estiver grávida e tiver dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento.

Uma boa saúde oral da mãe favorece a boa saúde oral do filho.

Ainda antes de o bebé nascer, as consultas de vigilância da gravidez, são uma boa oportunidade para sensibilizar os pais para a importância da saúde oral no contexto de uma saúde global. Por isso, as mensagens devem dar destaque, aos cuidados a ter com a alimentação e a higienização da boca da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente.

7.1.2. Do nascimento aos 3 anos de idade

Orientação

A higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente, utilizando uma pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm.

Na consulta de saúde infantil ou de vigilância da criança, efectuada pelo médico assistente e/ou pelo enfermeiro, pretendemos sensibilizar os pais para que incorporem na rotina de higiene diária do bebé também a higiene da sua boca.

Após a erupção do primeiro dente, a higienização deve começar a ser feita pelos pais, duas vezes por dia, utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) de fluoreto, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição.

A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança (dedo mindinho). Nesta fase, pode permitir-se que, progressivamente, e sob vigilância, a criança comece a iniciar-se na escovagem dos dentes.

Não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos.

Aos pais das crianças com menos de 3 anos deverá também ser fornecida informação sobre alimentação, factores de cariogenicidade e a importância de prevenir as cáries precoces da infância, chamando a atenção, em especial, para o facto de o bebé, a partir do 1º ano de idade, não dever usar prolongadamente o biberão nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. É também particularmente importante reforçar a absoluta contra-indicação da utilização de chupetas com açúcar ou mel.

7.1.3. Dos 3 aos 6 anos de idade

Orientação

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm deve ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.

Neste período de progressiva autonomia da criança, o exemplo dos pais é da maior relevância. Na sua tentativa de imitação, a criança, vai adquirindo o hábito da higiene oral. Por isso, nesta fase deve-se fomentar o início da escovagem dos dentes.

A escovagem dos dentes, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l) deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser mínima, isto é, idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da própria criança, tal como se disse relativamente ao grupo etário anterior.

Não se recomenda qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos, à excepção das crianças de alto risco à cárie dentária.

A qualidade da alimentação é determinante para a maturação orgânica e a saúde física e psicossocial. Nesta fase, a criança adquire muitos dos comportamentos alimentares e muitos dos erros nutricionais do adulto. A diversidade na alimentação é a principal forma de garantir a satisfação das necessidades do organismo em nutrientes e evitar o excesso de ingestão de substâncias com riscos para a saúde⁵.

Desaconselha-se o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições.

Se a criança fizer medicação crónica, deve dar-se preferência à prescrição de medicamentos sem açúcar.

7.1.3.1. Dos 3 aos 6 anos, no Jardim-de-infância

Orientação

Integrar a educação para saúde e a higiene no Projecto Educativo e efectuar uma escovagem dos dentes no Jardim-de-infância

As Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar preconizam uma intervenção educativa, em que a educação para a saúde e a higiene fazem parte do dia-a-dia do Jardim-de-infância. A criança terá oportunidade de cuidar da sua higiene e saúde, de compreender as razões por que não deve abusar de determinados alimentos e ter conhecimento do funcionamento dos diferentes órgãos⁶.

Desaconselha-se o consumo de guloseimas no Jardim-de-infância.

Todas as crianças que frequentam os Jardins-de-infância devem fazer uma das escovagens dos dentes no estabelecimento de educação, sendo esta actividade particularmente importante para as que vivem em zonas mais desfavorecidas e apresentam cárie dentária.

A escovagem dos dentes no Jardim-de-infância tem por objectivo a responsabilização progressiva da criança pelo auto-cuidado de higiene oral. Esta actividade deverá estar integrada no projecto educativo do Jardim-de-infância e ser pedagogicamente dinamizada pelos educadores de infância.

As equipas de saúde escolar, deverão apoiar a elaboração do projecto, melhorar as competências dos educadores, professores e pais, sobre saúde oral, bem como orientar o desenvolvimento desta actividade.

Por volta dos 6 anos começam a erupcionar os primeiros molares permanentes. Pela sua própria morfologia, imaturidade e dificuldade na remoção da placa bacteriana das suas fissuras e fossetas, estes dentes são mais vulneráveis à cárie. Por isso, exigem uma atenção particular durante a erupção e uma técnica específica de escovagem.

7.1.4. Mais de 6 anos de idade

Orientação

Escovar os dentes com um dentífrico fluoretado com 1000 e 1500 ppm duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente antes de deitar.

A partir dos 6 anos de idade, a escovagem dos dentes já deverá ser efectuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado, idêntico ao usado pelos adultos, portanto, com um teor de fluoreto entre 1000 e 1500 ppm (mg/l), numa quantidade aproximada de um (1) centímetro.

A escovagem dentária deverá ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Se a criança ainda não tiver destreza manual, recomendamos que esta actividade seja apoiada ou mesmo executada pelos pais⁷.

7.1.4.1. Mais de 6 anos, na escola

Orientação

As mensagens de promoção da saúde devem ser coincidentes com as práticas da escola.

Durante a escolaridade obrigatória, as referências à descoberta do corpo, à saúde, à educação alimentar, à higiene em geral e à higiene oral estão integradas no currículo e nos programas escolares do 1º ao 9º ano do ensino básico⁸.

Educação Alimentar

A escola tem um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças e dos jovens, pelo que é transmitido dentro da sala de aula, através dos conteúdos curriculares, mas também através da influência dos pares e professores e pela forma como são expostos os produtos no bufete e na cantina⁹.

As crianças e os jovens, que consomem mais alimentos ricos em açúcar e gorduras, e nos intervalos optam predominantemente por doces e bebidas açucaradas, têm susceptibilidade aumentada à cárie dentária.

Assim, nos intervalos das aulas, a oferta deverá possibilitar escolhas saudáveis e económicas, como leite, pão e fruta, em detrimento de refrigerantes e bolos.

Os princípios da promoção da saúde devem constituir uma referência para os projectos de educação alimentar. As Escolas devem assegurar uma política nutricional que promova uma alimentação saudável, com coordenação entre os serviços que fornecem produtos alimentares na cantina e no bufete, não sendo admissíveis contradições entre as mensagens de educação alimentar, a oferta de alimentos e a forma como são confeccionados.

Os projectos de educação alimentar só ficarão completos se envolverem os alunos. Eles são os actores activos da pesquisa, pois só compreendendo o que é uma alimentação equilibrada poderão adoptar uma atitude crítica e selectiva na compra e no consumo dos produtos alimentares. Só conhecendo os direitos e deveres dos consumidores se podem alicerçar práticas saudáveis.

No 1.º Ciclo

Os ingredientes essenciais da educação alimentar na escola vão desde a abordagem dos hábitos alimentares, às questões da alimentação e saúde e à cadeia alimentar: produção, fabrico, transformação, distribuição de alimentos, conservação e higiene. Todos estes aspectos podem ser desenvolvidos no estudo do meio, na língua portuguesa, na matemática e nas áreas da expressão musical, dramática e plástica.

No 2.º e 3.º Ciclos

A implementação de um Projecto de Educação Alimentar implica a mobilização dos currículos disciplinares do maior número possível de disciplinas.

Nas Ciências Naturais, pode ser realçada a importância da alimentação e a sua relação com o funcionamento do corpo e a saúde; na História, pode ser abordada a evolução das sociedades e dos seus hábitos alimentares; nas Ciências Físico-Químicas, pode ser estimulado o interesse pelo meio físico, onde os alimentos se produzem e se transformam, com possível envolvimento da Língua Portuguesa, da Matemática, da Geografia, da Educação Visual, Física e Tecnológica e/ou das áreas curriculares não disciplinares.

Higiene Oral

A higiene oral deve ser abordada no contexto da aquisição de comportamentos de higiene pessoal. As aprendizagens deverão relacionar os saberes com as vivências, dentro e fora da escola. A estrutura dos programas do ensino básico é suficientemente aberta e flexível para atender os diversos pontos de partida, os interesses e as necessidades dos alunos, assim como as características do meio. Deste modo, os conteúdos da saúde oral e da higiene oral podem ser associados ao desenvolvimento de hábitos de higiene pessoal e de vida saudável.

No 1.º Ciclo, recomendamos que as crianças façam uma das escovagens dos dentes no próprio estabelecimento de ensino. Esta escovagem deve ser orientada pelos professores, a quem deverá ser dada formação para esta actividade, e regularmente, pelo menos uma vez em cada trimestre, supervisionada pela equipa de saúde escolar. Será de estimular a auto-responsabilização da criança pela sua higiene oral, de manhã e à noite.

Escovagem dos dentes

Na escola, deve ser monitorizada a execução e a efectividade desta actividade. A execução da escovagem pode ser monitorizada através de um registo diário num mapa de turma, e a efectividade pode ser avaliada através da utilização do revelador de placa bacteriana e do cálculo do *Índice de 'Placa Simplificado'*, realizado pelos profissionais de saúde¹⁰.

Fio dentário

A higienização dos espaços interdentários deve começar a ser feita por volta dos 9-10 anos, quando a criança começa a ter destreza manual para utilizar o fio dentário. A técnica deve ser claramente explicada e treinada¹¹.

Bochecho fluoretado

Todas as crianças e jovens, que frequentam as escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico devem fazer o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%¹².

As estratégias e técnicas de realização e implementação, na escola, das medidas de promoção da saúde oral preconizadas, encontram-se descritas no Texto de Apoio anexo a esta Circular Normativa, da qual faz parte integrante.

Saúde Oral na Adolescência

No decurso da adolescência, em que se reorganiza a forma de estar no mundo, se reformula o autoconceito, através nomeadamente, dos reforços positivos da auto-imagem, a higiene oral pode desempenhar um contributo importante para esse processo. Neste período, a adesão a práticas adequadas em termos de saúde oral não passa, estritamente, por motivações de carácter sanitário.

Tendo isso em conta, os profissionais de saúde ligados às acções educativas e preventivas neste domínio não podem deixar de valorizar as expectativas dos jovens acerca dos lábios, da boca e dos dentes, nos planos estético e relacional.

Saúde Oral em crianças e de jovens com Necessidades de Saúde Especiais

A promoção da saúde oral de crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais está descrita no «*Manual de Boas Práticas em Saúde Oral*», editado pela DGS¹³.

A administração de suplemento sistémico de fluoretos, recomendada, deve ser corrigida de acordo com as orientações introduzidas pelo presente documento.

7.2. Prevenção das doenças orais

Em saúde infantil e juvenil, a observação da boca e dos dentes, feita pela equipa de saúde, pelo médico de família ou pelo pediatra, começa aos 6 meses e prolonga-se até aos 18 anos¹⁴.

A estes profissionais compete reforçar as medidas de promoção da saúde oral descritas anteriormente, e fazer o diagnóstico precoce de cárie dentária, registando os dados na Ficha Individual de Saúde Oral e no Boletim de Saúde Infantil.

Em Saúde Escolar também poderá ser feita essa observação.

Face a um diagnóstico ou a uma suspeita de doença oral, a criança deve ser encaminhada para o gestor do programa no Centro de Saúde.

Se o Centro de Saúde tiver higienista oral, estomatologista ou médico dentista, é feita a avaliação do risco individual de cárie e a protecção dos dentes às crianças e jovens de alto risco.

Se o Centro de Saúde não dispuser de profissionais de saúde oral, o gestor do programa encaminhará as crianças para os serviços de estomatologia dos hospitais

distritais ou centrais, caso tenham resposta, ou para um médico estomatologista/médico dentista contratualizado.

A partir do momento em que a criança apresenta um dente com uma lesão de cárie dentária, passa a exigir medidas preventivas e terapêuticas específicas. Após o tratamento da lesão de cárie essa criança é incluída num grupo que, do ponto de vista preventivo exigirá maior atenção e acompanhamento.

A protecção dos dentes, em crianças com alto risco à cárie dentária, consiste na execução de uma ou mais medidas:

- Aplicação de selantes de fissura;
- Suplemento de fluoretos: um (1) comprimido diário de 0,25 mg, que deve ser dissolvido lentamente na boca, à noite antes de deitar;
- Verniz de flúor ou de clorohexidina.

A estratégia preventiva e terapêutica do programa complementam-se com a avaliação do risco individual de cárie dentária.

A avaliação é feita a partir da conjugação dos seguintes factores de risco: evidência clínica de doença, análise dos hábitos alimentares, controlo da placa bacteriana, nível socioeconómico da família e história clínica da criança¹⁵.

Factores de Risco	Baixo Risco	Alto Risco
Evidência clínica de doença	Sem lesões de cárie. Nenhum dente perdido devido a cárie. Poucas ou nenhuma obturações.	Lesões activas de cárie. Extracções devido a cárie. Duas ou mais obturações. Aparelho fixo de ortodontia.
Análise dos hábitos alimentares	Ingestão pouco frequente de alimentos açucarados.	Ingestão frequente de alimentos açucarados, em particular entre as refeições.
Utilização de fluoretos	Uso regular de dentífrico fluoretado.	Não utilização regular de qualquer dentífrico fluoretado.
Controlo da placa bacteriana	Escovagem dos dentes duas ou mais vezes por dia.	Não escova os dentes ou faz uma escovagem pouco eficaz.
Nível socioeconómico da família	Médio ou alto.	Baixo.
História clínica da criança	Sem problemas de saúde. Ausência de medicação crónica.	Portador de deficiência física ou mental. Ingestão prolongada de medicamentos cariogénicos. Doenças Crónicas. Xerostomia.

As crianças e os jovens que não se inscrevem em nenhuma das categorias anteriores são considerados de risco moderado.

Os critérios de avaliação do risco individual de cárie dentária, serão complementados com orientações técnicas a emitir pela Direcção-Geral da Saúde.

7.3. Diagnóstico precoce e tratamento dentário

O diagnóstico precoce e os tratamentos dentários podem ser feitos no Centro de Saúde, nos serviços de estomatologia do Hospital ou pelos médicos estomatologistas ou médicos dentistas contratualizados da sua área de atracção.

Nos Centros de Saúde onde existe Higienista Oral, este gere os encaminhamentos quando há necessidade de tratamentos e a frequência da vigilância da saúde oral das crianças e dos jovens do seu ficheiro.

A contratualização com profissionais de saúde oral permite-nos garantir cuidados de saúde oral a todas as crianças em Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que desenvolvam cárie dentária.

O processo será implementado progressivamente. O médico estomatologista/médico dentista responsabiliza-se pelo acompanhamento individual das crianças que lhe são remetidas pelo SNS.

O encaminhamento deve respeitar a liberdade de escolha do utente e a capacidade de resposta do profissional contratualizado.

8. Avaliação do Programa

A avaliação do programa tem periodicidade anual, pelo que, os indicadores a utilizar terão necessariamente que ser fáceis de obter e fiáveis. São eles que irão permitir a monitorização do programa e os avanços alcançados em cada região de saúde e nos diversos grupos etários.

As fontes de dados são: nos serviços públicos, os registos habituais de actividades e os mapas de saúde oral e saúde escolar; nos serviços privados, a informação produzida pelos profissionais de saúde oral contratualizados, registada na Ficha Individual de Saúde Oral, transcrita para o Mapa Anual da intervenção médico-dentária, e enviada para o serviço com quem contratualizou.

A qualidade das prestações contratualizadas será feita por avaliação externa.

Os indicadores de avaliação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral são:

- Percentagem de crianças em programa aos 3, 6, 12 e 15 anos;
- Percentagem de crianças em programa no Jardim-de-infância e na Escola, no 1.º ciclo, 2.º ciclo e 3.º ciclo;
- Percentagem de crianças com necessidades de tratamentos dentários, encaminhadas e tratadas;
- Percentagem de crianças de alto risco à cárie;
- Percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos;
- Índice cpod e CPOD aos 6 anos;
- Índice CPOD aos 12 anos.

Esta avaliação anual não substitui as avaliações quinquenais, de âmbito nacional, que a Direcção-Geral da Saúde, com as Administrações Regionais de Saúde e as Secretarias Regionais continuarão a realizar.

9. Disposições finais e transitórias

Para efeito de avaliação do estado dentário e de avaliação do risco, serão elaborados suportes de informação, para serem utilizados por todos os sectores intervenientes no programa e em todos os níveis de produção de informação.

Do nível local ao nível central, a informação irá sendo agrupada em mapas, de modo a podermos construir indicadores de níveis de resultados.

Os dois Textos de Apoio, anexos a este programa “**Estratégias e Técnicas de Educação e Promoção da Saúde**” e “**Fluoretos: Fundamentação e recomendação**” suportam as alterações introduzidas e apontam formas de implementar a estratégia definida no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Consenso sobre a utilização de fluoretos* **no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**

Generalidades

O flúor tem comprovada importância na redução da prevalência e gravidade da cárie. A estratégia da sua utilização em saúde oral foi redefinida com base em novas evidências científicas. Actualmente, considera-se que a sua acção preventiva e terapêutica é tópica e pós-eruptiva e que, para se obter este efeito tópico, o dentífrico fluoretado constitui a opção consensual.

Os fluoretos, quando administrados por via sistémica, podem ter efeitos tóxicos, em particular antes dos 6 anos. Embora as consequências sejam essencialmente de ordem estética, é revista a sua administração.

Nas crianças com idades iguais ou inferiores a 6 anos, que cumprem as exigências habituais da higiene oral, isto é, escovam os dentes usando dentífrico fluoretado, a concomitante administração de comprimidos ou gotas aumenta o risco de fluorose dentária.

As recomendações da *Task Force* sobre a utilização dos fluoretos na prevenção da cárie, integradas no Programa Nacional de Saúde Oral são as seguintes:

- a) É dada prioridade às aplicações tópicas sob a forma de dentífricos administrados na escovagem dos dentes. Estas aplicações devem ser efectuadas desde a erupção dos dentes e de acordo com as regras expostas na tabela anexa.
- b) Os comprimidos anteriormente recomendados, no âmbito do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e nos Adolescentes, (CN n.º 6/DSE de 20/05/99) só serão administrados após os 3 anos, a crianças de alto risco à cárie dentária. Nesta situação, os comprimidos devem ser dissolvidos na boca, lentamente, preferencialmente antes de deitar. As acções de educação para a saúde devem, prioritariamente, promover a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado.

* Das Faculdades de Medicina Dentária de Lisboa Porto e Coimbra, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte e Instituto Superior de Ciências da Saúde do Sul, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Colégio de Estomatologia da Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas e Sociedade Portuguesa de Pediatria.

- c) Em nenhum dos casos está recomendada a administração de fluoretos sistêmicos às grávidas, às crianças antes dos 3 anos e às que, em qualquer idade, consomem água com teor de fluoreto superior a 0,3 ppm.

Recomendações sobre a utilização de fluoretos no âmbito do PNPSO

RECOMEN- DAÇÕES	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistêmico de fluoretos
0-3 Anos	<u>2 x dia</u> a partir da erupção do 1º dente: uma obrigatoria- mente antes de deitar	<u>Gaze Dedeira Escova macia</u> de tamanho pequeno	<u>Pais</u>	<u>1000-1500 ppm</u> quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	<u>Não recomendado</u>
3-6 Anos	<u>2 x dia</u> uma obrigatoria- mente antes de deitar	<u>Escova macia</u> de tamanho adequado à boca da criança	<u>Pais e/ou Criança</u> a partir do momento em que a criança adquire destreza manual, faz a escovagem sob supervisão	<u>1000-1500 ppm</u> quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da criança	<u>Não recomendado</u> Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg
Mais de 6 Anos	<u>2 x dia</u> uma obrigatoria- mente antes de deitar	<u>Escova macia ou em alternativa média</u> de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem	<u>Criança e/ou Pais</u> se a criança não tiver adquirido destreza manual, a escovagem tem que ter a intervenção activa dos pais	<u>1000-1500 ppm</u> quantidade aproximada de 1 centímetro	<u>Não recomendado</u> Excepcionalmente as crianças de alto risco à cárie dentária podem fazer 1 (um) comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25 mg

Referências

- ¹ Direcção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Lisboa: DGS, 2000. <http://www.dgsaude.pt/>
- ² Almeida CM, Jesus S, Toscano A. Third National Pathfinder (1999): Preliminary results in 6 and 12 Year-Old Continental Portuguese Schoolchildren. Caries Research ORCA 2000; 34: 308-60
- ³ WHO. Health 21 - Health for all in the 21st century: 'Target 8 – Reducing noncommunicable diseases'. Copenhagen: WHO, 1999.
- ⁴ WHO. Ayutthaya Declaration. The 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children; 2003; February 23. <http://www.who.int/>
- ⁵ Nunes E; Breda J. Manual para uma alimentação saudável em Jardins-de-infância. Lisboa: DGS-MS, 2001.
- ⁶ Ministério da Educação. Orientações Curriculares para a Educação Pré-escolar. Lisboa: DEB – NEPE, 1997 (Colecção Educação Pré-escolar)
- ⁷ Rompante P. Fundamentos para a alteração do Programa de Saúde Oral da Direcção-Geral da Saúde. 2003. Documento realizado no âmbito da *task force* Saúde Oral e Flúor. Acessível na DSE da DGS e no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
- ⁸ Ministério da Educação. Reforma Educativa - Ensino Básico. Lisboa: DGEBS, 1990
- ⁹ Loureiro I, Lima RM. Construir um Projecto de Educação Alimentar na Escola (documento síntese). Lisboa: Ministério da Educação, CCPES, 2000
- ¹⁰ Direcção-Geral da Saúde. Saúde Oral nas Crianças em Idade Escolar. 1996. Acessível na DGS
- ¹¹ Direcção-Geral da Saúde. O uso do fio dentário previne algumas doenças orais. Lisboa: DGS, 1993
- ¹² Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Bochecho fluoretado – Guia Prático do Professor. Lisboa: DGS, 1992
- ¹³ Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. Manual de Boas Práticas em Saúde Oral para quem trabalha com Crianças e Jovens com Necessidades de Saúde Especiais. Lisboa: DGS, 2002 <http://www.dgsaude.pt/>
- ¹⁴ Direcção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. Lisboa: DGS, 2002 (Orientações Técnicas, 12) <http://www.dgsaude.pt/>
- ¹⁵ Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Preventing Dental Caries in children at High Caries Risk: A National Clinical Guideline. SIGN; 2000 <http://www.sign.ac.uk>

Bibliografia

1. ADA online. Fluoridation Facts: Introduction. Benefits. Safety. Public Policy. Cost Effectiveness. <http://www.ada.org>
2. Almeida CM. Um programa de saúde oral para os jovens portugueses : 10 propostas. Ver Port Estomatol Cir Maaxilofac 1999; vol 49 (3) : 171-9
3. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Communiqué de presse - Fluor et la prévention de la carie dentaire. République Française, AFSSA: 1er Août 2002
4. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Mise au point sur le fluor et la prévention de la carie dentaire. République Française, AFSSA: 31 Juillet 2002
5. American Dietetic Association. The impact of fluoride on health. <http://www.eatright.com>
6. Aoba T, Fejerskov O. Dental Fluorosis: Chemistry and Biology. Crit Rev Oral Biol Med 2002; 13(2): 155-70
7. Arneberg P, Sampaio FC. Fluoretos. Promoção da Saúde Bucal. Capítulo 9, 217-45
8. Banting DW. International fluoride supplement recommendations. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999; 27: 57-61
9. Bratthall D, Hansel PG, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? Eur J Oral Sci 1996; 104:412-22.
10. Canadian Paediatric Society, Nutrition Committee. The use of fluoride in infants and children. Paediatrics Child Health 2002; 7(8):569-72 (Revised February 2003).
11. Center for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. <http://www.cdc.gov>
12. Davies GM, Worthington HV, Ellwood RP. A randomised controlled trial of the effectiveness of providing free fluoride toothpaste from the age of 12 months on reducing caries in 5-6 year old children. Community Dental Health 2002; 19: 131-6
13. DenBester PK. Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999; 27: 41-7
14. Featherstone JDB. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999; 27: 31-40
15. Ismail AI, Bandekar RR. Fluoride supplements and fluorosis: a meta-analysis. Community Dent Oral Epidemiol 1999; 27: 48-56
16. Jackson RD, Brizendine, EJ, Kelly SA et al. The fluoride content of foods and beverages from negligibly and optimally fluoridated communities. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2002; 30: 382-91
17. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. Community Dental Health 1999; 15: 132-44
18. Levy SM, Guha-Chowdhury N. Total fluoride intake and implications for dietary fluoride supplementation. J. Public Health Dentistry 1999; 59 (4): 211-3
19. Levy, SM. An update on Fluorides and Fluorosis. J Canadian Dental Association 2003; 69 (5): 286-91

-
20. Limeback H. A re-examination of the pre-eruptive and post-eruptive mechanism of the anti-caries effects of fluoride: is there any anti-caries benefit from swallowing fluoride? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 27: 62-71
 21. Limeback H. Introduction to the conference. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 27: 27-30
 22. Lux J. The Fluoride Dialogue: CDHA Position Statements. Canadian Dental Hygienists Association. *Probe-Scientific Issue* 2002; 36 (6): 209-27
 23. Martof A. Dental Care. *Pediatrics in Review* 2001 (1); 22: 13-5
 24. Mascarenhas AK. Risk factors for dental fluorosis: A review of the recent literature. *Pediatric Dentistry* 2000; 22: 269-77
 25. Pinto R, Cristovão E, Vinhais T, Castro MF. Teor de fluoretos nas águas de abastecimento da rede pública, nas sedes de concelho de Portugal Continental. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 1999; 40 (3): 125-42
 26. Rajab LD, Hamdan MAM. Early childhood caries and risk factors in Jordan. *Community Dental Health* 2002; 19: 224-9
 27. Riordan PJ. Fluoride supplements for young children: an analysis of the literature focusing on benefits and risks. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 72-83
 28. Roberts MW, Keels MA, Sharp MC, Lewis JL. Fluoride Supplement Prescribing and Dental Referral Pattern Among Academic Pediatricians. *Pediatrics* 1998; 101 (1)
 29. Sanchez O, Childers NK. Anticipatory Guidance in Infant Oral Health: Rationale and Recommendations. *Am Fam Physician* 2000; 61:115-20, 123-4
 30. Schafer TE, Adair SM. Prevention of dental disease – the role of the pediatrician. *Pediatric Oral Health* 2000; 47 (5): 1021-42
 31. Scientific Committee on Cosmetic Products and non-food products intended for consumers. The safety of fluorine compounds in oral hygiene products for children under the age of 6 years. Adopted by the SCCNFP during the 24 th plenary meeting of 24-24 June 2003
 32. Trumbo P, Schlicker S, Yates AA, Poos M. Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102 (11) 1621-30
 33. Wang NJ, Gropen AM, Ogaard B. Risk factors associated with fluorosis in a non-fluoridated population in Norway. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1997; 25: 396-401
 34. Wang NJ, Riordan PJ. Fluorides and supplements and caries in a non-fluoridated child population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1999; 27: 117-23
 35. Warren JJ, Kanellis MJ, Levy SM. Fluorosis of the primary dentition: what does it mean for permanent teeth? *JADA* 1999; 130: 347-56
 36. Wendt LK, Koch G, Birkhed D. On the retention and effectiveness of fissure sealants in permanent molars after 15-20 years: a cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2001; 29: 302-7
 37. WHO. Fluorides and Oral Health. WHO, Geneva: 1994 (Technical Report Series; 846)

Agradecimentos

A *Task Force* que colaborou na revisão do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, coordenada pela Dr.^a Gregória Paixão von Amann e pela Higienista Oral Cristina Ferreira Cádima, da Divisão de Saúde Escolar da Direcção-Geral da Saúde, contou com a prestimosa colaboração técnica e científica de:

Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, representado pela Dr.^a Dirce Silveira;

Direcção-Geral da Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar do Ministério da Agricultura, representada pela Eng.^a Maria de Lourdes Camilo;

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, representada pelo Prof. Doutor Paulo Melo;

Faculdade de Medicina de Coimbra – Departamento de Medicina Dentária, representada pelo Dr. Francisco Delille;

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, representada pelo Prof. Doutor César Mexia de Almeida;

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, representada pelo Prof. Doutor Fernando M Peres;

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, representado pela Dr.^a Ana Araújo;

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, representado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante;

Instituto Superior de Ciências da Saúde - Sul, representado pela Prof.^a Doutora Fernanda Mesquita;

Ordem dos Médicos – Colégio de Estomatologia, representada pelo Dr. Alexandre Loff Sérgio;

Ordem dos Médicos Dentistas, representada pelo Prof. Doutor Paulo Melo;

Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, representada pelo Prof. Doutor César Mexia de Almeida;

Sociedade Portuguesa de Pediatria, representada pelo Dr. Manuel Salgado.

Serviços da Direcção-Geral da Saúde: Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde representada pela Dr.^a Anabela Lopes; Divisão de Saúde Ambiental representada pelo Eng.^o Paulo Diegues; e a Divisão de Promoção e Educação para a Saúde, representada pelo Dr. Pedro Ribeiro da Silva.

Pelas sugestões e correcções introduzidas o nosso agradecimento à Prof.^a Doutora Isabel Loureiro, ao Dr. Vasco Prazeres, Dr.^a Leonor Sasseti, Dr.^a Ana Paula Ramalho Correia, Dr. Rui Calado, Dr.^a Maria Otília Riscado Duarte, Dr. João Breda e ao Sr. Vítor Alves que concebeu o logótipo do programa.

A todos a Direcção-Geral da Saúde e a Divisão de Saúde Escolar agradecem.

Direcção-Geral da Saúde, 2005.



Direcção Geral da Saúde

Divisão de Saúde Escolar

Texto de Apoio

Ao Programa Nacional

de Promoção da Saúde Oral

**Estratégias e Técnicas de Educação e Promoção
da Saúde**

Documento produzido no âmbito dos trabalhos da *Task Force* pela Divisão de Promoção e Educação para a Saúde, Dr. Pedro Ribeiro da Silva e Dr. João Breda e pela Higienista Oral Cristina Ferreira Cádima e Dr.ª Gregória Paixão von Amann da Divisão de Saúde Escolar da Direcção-Geral da Saúde que coordenou os trabalhos.

1. Preâmbulo.

Os Programas de Educação para a Saúde têm por objectivo capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. Para se atingir este objectivo fornece-se informação e utilizam-se metodologias que facilitem e dêem suporte às mudanças comportamentais e à manutenção das práticas consideradas saudáveis.

Mas a mudança de comportamentos, não é fácil, depende de factores sociais, culturais, familiares, entre muitos outros, e não apenas do conhecimento científico que as pessoas possuam sobre determinada matéria.

Esta dificuldade é bem patente, quando, como no presente caso, se pretende intervir sobre comportamentos relacionados com a alimentação e a escovagem dos dentes.

Quando os pais dão aos filhos pão achocolatado, ou outros alimentos açucarados para levarem para a escola, estão, com frequência, a dar, não apenas um alimento, mas também, e, até talvez, principalmente, afecto, tentando colmatar lacunas que possam ter na relação com os seus filhos, mesmo que não tenham consciência desse facto.

Podem também dar este tipo de alimento por terem dificuldade de encontrar tempo para confeccionar uma sandes ou outro alimento e os anteriormente referidos estão sempre prontos a serem colocados na mochila da criança.

É importante desenvolvermos estratégias de Educação para a Saúde que não culpabilizem os pais, porque estes, intrinsecamente desejam sempre o melhor para os seus filhos, embora não consigam por vezes, colocá-lo em prática.

Devido à complexidade que é actuar sobre comportamentos individuais, para se aumentar a eficiência das nossas práticas de Educação para a Saúde torna-se fulcral utilizar metodologias alargadas a vários parceiros e sectores da comunidade, de forma articulada e continuada para que progressivamente possamos ir obtendo resultados.

Como propõe Nancy Russel no seu **Manual de Educação para a Saúde**: *“Para desenhar um programa de Educação para a Saúde é necessário ter conhecimentos sobre comportamentos e sobre os factores que produzem a mudança”*. E continua, explicitando: *“As teorias da mudança de comportamento, que podem ser aplicadas em Educação para a Saúde, foram elaboradas a partir de uma variedade de áreas, incluindo a psicologia, a sociologia, a antropologia, a comunicação e o marketing. Nenhuma teoria ou rede de conceitos domina por si só a investigação ou a prática da Educação para a Saúde. Provavelmente porque os comportamentos de saúde são demasiado complexos para serem explicados por uma única teoria”*. (1996:8)

2. Metodologias para Desenvolvimento da Acção

2.1. Primeira vertente – O diagnóstico de situação

A primeira etapa de actuação é de grande importância para a continuidade das outras actividades e podemos resumi-la a um bom diagnóstico de situação que permita conhecer, em pormenor, a realidade sobre a qual se pretende actuar.

I - É importante estabelecer como uma das primeiras actividades a análise de duas vertentes com grande influência na saúde oral: os hábitos culturais das famílias relativamente à alimentação e as práticas de higiene oral dos adultos e das crianças.

II - Um segundo aspecto relaciona-se com os tipos de interacção entre professores ou educadores de infância e pais. No caso de essa interacção ser regular e organizada importa saber como reagem os pais às indicações dos professores, sobre os aspectos comportamentais das crianças e que efeito e eficácia têm essas acções na capacitação de pais e filhos relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde oral.

Actividades a desenvolverem:

- a) estudar as formas de melhorar a relação entre pais e professores, procurando resolver as dificuldades que com frequência os pais apresentam como obstáculos, ao contacto mais regular com os professores;
- b) analisar a eficácia das recomendações dadas, procurando as razões que possam estar na origem de situações de menor eficácia como o desfasamento entre as recomendações e o contexto familiar e cultural das crianças, ou recomendações muito técnicas ou paternalistas. Todas estas situações podem provocar resistências nas famílias à adesão às práticas desejáveis relativamente ao programa de saúde oral. Esta temática da Educação para a Saúde e as práticas comportamentais é muito complexa mas fundamental para se conseguirem resultados ao nível dos comportamentos.

III - Outra componente a analisar são os aspectos sociais dos consumos alimentares que possam estar relacionados com situações locais, como campanhas publicitárias ou de promoção de determinados alimentos potencialmente cariogénicos nos estabelecimentos da zona. Oferta pouco adequada de alimentos na cantina da escola com existência preponderante de alimentos e bebidas açucaradas. A confecção das refeições no refeitório com pouca oferta de fruta, legumes e vegetais e preponderância de sobremesas doces.

Segundo o *Modelo Precede* de *Green* existem 3 etapas a contemplar num diagnóstico de situação:

- **diagnóstico epidemiológico** necessário para a identificação dos problemas de saúde, sobre os quais se vai actuar, como sejam os índices de cárie, fluorose dentária e outros;

- **diagnóstico social** que corresponde à identificação das situações sociais existentes na comunidade, onde se desenvolve a actividade, que podem contribuir para os problemas de saúde oral detectados ou que se pretende prevenir;
- **diagnóstico comportamental** para identificação dos vários padrões comportamentais que possam estar relacionados com os problemas de saúde oral inventariados;

A este diagnóstico de problemas é importante associar-se a **identificação de necessidades da população-alvo** da acção.

Apesar da prevalência das doenças orais e da necessidade deste Programa Nacional, em algumas comunidades poderão existir vários outros problemas de saúde mais graves ou mais prevalentes e, neste caso, importa fazer uma avaliação dos recursos e das possibilidades de eficácia, dando prioridade aos grupos e às situações mais graves e de maior amplitude. Outro factor a ter em conta na decisão relaciona-se com a capacidade de alterar as causas comportamentais ou factores de risco, pelo programa educacional.

Após a avaliação das necessidades deverão ser estabelecidas as prioridades tendo em conta os problemas de saúde identificados, a capacidade de alteração dos factores de risco, comportamentais e outros. É muito importante associar-se à definição de prioridades de actuação a caracterização dos sub-grupos existentes e as diferentes estratégias apropriadas a cada uma dessas populações alvo.

2.2. Segunda vertente – os técnicos de educação

Todos os parceiros são importantes para o desenvolvimento dos programas de Educação para a Saúde, mas no caso específico da saúde oral, os técnicos de Educação são fundamentais. É por esta razão tarefa prioritária sensibilizá-los e englobá-los no desenho dos programas, desde o início.

Sabemos, através das nossas práticas anteriores, que nem sempre os técnicos de educação aderem a algumas das actividades dos programas de saúde oral, propostas pelos técnicos de saúde, utilizando para isso os mais diversos argumentos. A explicitação dos últimos consensos científicos nesta área com disponibilização de bibliografia pode ser facilitador da adesão ao programa.

Uma das actividades centrais deste programa será trabalhar em conjunto com os técnicos de educação, nomeadamente docentes das escolas básicas e secundárias e educadores de infância sobre as potencialidades do programa e os ganhos em saúde que a médio e longo prazo este pode provocar na população portuguesa.

Outra tarefa importante é a reflexão em conjunto sobre as dificuldades diagnosticadas em cada escola para concretizar as actividades do programa, na tentativa de encontrar soluções, seja através da resolução dos obstáculos, seja encontrando alternativas. Poderá acontecer não ser possível executar todas as tarefas incluídas no programa. Nesses casos, importa decidir quais as actividades que poderão

ser levadas à prática com êxito. Será preferível concretizar algumas tarefas que nenhuma, assim como, será melhor realizar bem poucas tarefas, do que muitas ou todas de forma deficiente.

Frequentemente existe um diferencial de conhecimentos sobre estas áreas entre os técnicos de educação e os de saúde. Para evitar problemas é imperioso que os técnicos de educação sejam parceiros em igualdade de circunstância e não sintam que têm um papel secundário no projecto, ou meros executores de tarefas.

A eventual *décalage* de conhecimentos sobre saúde oral pode ser compensado utilizando estratégias de trabalho em equipa, não assumindo os técnicos de saúde papel de líderes do processo nem de detentores da informação científica. As técnicas de trabalho em equipa devem implicar a partilha de tarefas e liderança, não assumindo o programa uma dimensão vertical e impositiva por parte da saúde.

As mensagens chave do programa serão discutidas por todos os intervenientes. É muito importante que sejam claras nos conteúdos e assumidas por toda a equipa em todas as situações, de modo a tornar as intervenções coerentes com os objectivos do programa.

Como cada comunidade e cada escola têm características próprias, o programa, as actividades e o trabalho interdisciplinar em equipa serão adequados às condições objectivas e subjectivas de todos os intervenientes, o que pode tornar necessário fazer adaptações à aplicação do mesmo. O mesmo se passa em relação às mensagens que necessitam ser adaptadas a cada situação e a cada contexto.

Em relação à Educação para a Saúde a procura de soluções para as situações decorrentes da implementação do programa, como a sensibilização dos parceiros e a eliminação de obstáculos, são uma das tarefas centrais dos programas e não devem ser subestimadas pelos técnicos de saúde, pois delas, depende muita da eficácia do projecto.

A educação alimentar é uma das vertentes centrais do programa, pelo que é necessário sensibilizar os professores para aspectos da vida escolar que podem afectar a saúde oral dos alunos, como, as ementas escolares existentes no refeitório e o tipo de alimentos disponibilizado no bar.

2.2.1. Componente prática

Uma primeira tarefa do programa na escola será a sensibilização dos técnicos de educação para a importância do mesmo. A explicitação teórica resumida dos pressupostos científicos que legitimam a alteração do programa é um instrumento facilitador.

Fundamental: explicar as razões que tornam a escovagem como um actividade central do programa e os inconvenientes de se darem suplementos de flúor de forma generalizada. Seremos especialmente eficazes se nos disponibilizarmos para responder às questões e dúvidas que os professores possam ter. Esta é com certeza também uma maneira de aprofundarmos o diagnóstico da situação e de podermos contribuir para remover os obstáculos detectados.

Uma segunda tarefa consistirá em operacionalizar o programa com os professores, de modo a construí-lo conjuntamente. As diversas tarefas devem ser planeadas e avaliadas continuamente para se fazerem as alterações consideradas necessárias em qualquer momento do desenrolar do programa.

Os técnicos de educação e a escovagem

O Programa Nacional de Saúde Oral propõe algumas alterações que podemos considerar profundas e de ruptura em relação ao programa anterior, como sejam a aplicação restrita dos suplementos sistémicos de fluoretos e a escovagem duas vezes ao dia com um dentífrico fluoretado como principal medida para uma boa saúde oral. Estas directrizes derivam do consenso dos peritos de Saúde Oral, reunidos na *task force* coordenada pela Divisão de Saúde Escolar da Direcção-Geral da Saúde.

É fácil de compreender que organizar a escovagem dos dentes dos alunos é mais trabalhoso que dar-lhes um comprimido de flúor ou até do que fazer o bochecho com uma solução fluoretada. Para sermos bem sucedidos será fundamental actuar de forma cautelosa, respeitando as características das pessoas e os contextos em presença.

Como sabemos é difícil quebrar rotinas, e o programa vai implicar mais trabalho para os professores e disponibilização de tempo para os pais e professores. A adopção pelos Jardins de infância e Escolas da escovagem dos dentes dos alunos pelo menos uma vez dia, como factor central do programa, vai possivelmente, encontrar algumas resistências, por parte dos educadores de infância e professores, que importa ir resolvendo de forma progressiva e de acordo com as dificuldades reais encontradas. Estas dificuldades podem estar relacionadas com a deficiência de instalações ou outras, mas estará com frequência também muito relacionada com aspectos psicossociais de resistência à mudança de rotinas instaladas e com vários anos.

Uma das estratégias primordiais para este programa ser bem sucedido passa pela resolução dos obstáculos referidos pelos técnicos de educação relativamente à escovagem, nomeadamente:

- a possibilidade de as crianças usarem as escovas de colegas podendo haver transmissão de doenças como a hepatite, ou outras;
- a ausência de um local apropriado para a escovagem;
- a "confusão" que a escovagem irá causar com eventuais situações de indisciplina;
- a dificuldade de vigiar todos os alunos durante a escovagem com a consequente possibilidade de alguns, especialmente se mais novos poderem engolir dentífrico;
- existirem alguns alunos que devido a carências económicas ou desconhecimento dos pais têm escovas já muito deterioradas podendo ser alvo de troça e humilhação por parte dos colegas ou sentindo-se os professores na necessidade de fazerem algo, mas não terem possibilidade de substituírem as escovas;

Estes e outros argumentos poderão ser reais ou apenas formas de encontrar justificações para não alterar rotinas, no entanto, é fundamental analisar cada situação e encontrar a forma adequada de actuar o que implica procurar em conjunto a resolução do problema não desvalorizando a perspectiva do técnico de educação, mesmo que do ponto de vista da saúde nos pareça óbvia a resistência à mudança e a sua solução.

Se não conseguirmos sensibilizar os profissionais de educação para a importância da escovagem e nos limitarmos a contra-argumentar com os nossos dados e a nossa cientificidade, facilmente irão encontrar outros argumentos. É preciso compreender que o que está em causa, não são as dificuldades objectivas, mas outro tipo de razões, mais ou menos subjectivas, relacionadas com as condições locais e de contexto, como por exemplo, o facto de alguns professores considerarem que não é da sua competência promover a escovagem dos dentes dos seus alunos. A interacção pais-professores é constante e pode potenciar grandemente o programa.

2.3. Terceira vertente – os pais

Os pais são também intervenientes fundamentais nos programas de saúde oral e é fundamental que sejam englobados na equipa de projecto enquanto parceiros activos na programação de actividades de modo a poder resolver-se eventuais resistências, que inclusive podem ser desconhecidas dos técnicos e serem devidas a idiossincrasias micro-culturais. Todas as estratégias que sensibilizem os pais para as medidas que se preconizam são importantes. É fundamental que o programa seja “continuado” e reforçado em casa e não, pelo contrário, descredibilizado pelas práticas domésticas.

Em relação aos pais os factores emocionais são centrais na sua relação com os filhos e com as escolhas comportamentais quotidianas. Transmitir informação de forma essencialmente cognitiva, por exemplo: *«não dê ‘Bolos’ aos seus filhos porque são alimentos que podem contribuir para o aparecimento de cárie nos dentes e provocar obesidade»*, tem muitas possibilidades de provocar efeitos perversos negativos, como seja a culpabilização dos pais e a resistência à mudança de comportamentos.

Com frequência os doces são uma forma de dar afecto ou premiar os filhos, ou até servir como substituto da impossibilidade dos pais estarem mais tempo com os filhos, situação que não é, com frequência, consciente para os pais. Os padrões comportamentais dos pais obedecem a inúmeras componentes e só actuando sobre cada uma delas se conseguem resultados nas mudanças de comportamentos.

Fornecer apenas informação pode, não só não provocar alterações comportamentais, como criar ou aumentar as resistências à mudança. É preciso adequar a informação às diversas situações, caracterizando-as primeiro, valorizando as componentes emocionais, relacionais e contextuais dos comportamentos, não culpabilizando os pais (porque isso provoca resistências à mudança não só em relação a este programa mas a futuras intervenções) e encontrando formas alternativas de resolver estas situações utilizando soluções que provoquem emoções positivas em todos os intervenientes. E dessa

forma é possível ser-se eficaz respeitando os universos relacionais das famílias e evitando efeitos comportamentais paradoxais, ou seja, por reacção à informação que os culpabiliza, os pais dessensibilizam das nossas indicações agravando e aumentando as práticas que se desaconselham.

É esta uma das razões porque é tão difícil atingir os grupos populacionais que exactamente mais precisavam de ser abrangido pelos programas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Para além de se conhecerem as práticas alimentares e de higiene oral que as crianças e adolescentes têm em casa, é importante caracterizar as razões desses procedimentos. Referimo-nos aos aspectos individuais, familiares, culturais e contextuais. Se queremos actuar sobre comportamentos é fundamental conhecer as atitudes, crenças, preconceitos, estereótipos e representações sociais que se relacionam com as práticas das famílias, as quais variam de família para família.

Os técnicos de educação podem ser colaboradores preciosos para esta caracterização.

Em relação aos pais podemos resumir os aspectos a valorizar:

- Inclui-los nos diversos passos do programa;
- sensibiliza-los para a importância da saúde oral, respeitando os seus universos familiares e culturais;
- dar suporte continuado à mudança de comportamentos e de todos os factores que lhe estão associados.

2.4. Quarta vertente – as crianças

As crianças e os adolescentes são o principal público-alvo do programa de saúde oral. Sensibilizá-los para as práticas alimentares e de higiene oral que os peritos consideram actualmente adequadas é o nosso objectivo.

Como já foi referido anteriormente é necessário ser cuidadoso na forma de comunicar com as crianças e adolescentes não criticando directa ou indirectamente os conhecimentos e as práticas aconselhadas ou consentidas por pais e professores, com quem eles convivem directamente e que são dos principais influenciadores dos seus comportamentos, são os seus modelos e constituem o seu universo de afectos. Criar clivagem na relação cognitiva, afectiva e emocional entre pais ou professores e crianças e adolescentes é algo que devemos ter sempre presente e evitar.

As estratégias de trabalho com as crianças deverão ser adaptadas à sua maturidade psico-cognitiva e contexto socio-cultural. Para que as actividades sejam lúdicas e criativas, adequadas às idades e outras características das crianças e adolescentes, a contribuição dos técnicos de educação é com certeza fundamental.

É muito importante ter em conta alguns aspectos educativos relativamente à mudança de comportamentos. A participação activa das crianças na formulação dessas actividades torna mais eficazes os efeitos pretendidos.

Pela dificuldade em mudar comportamentos, principalmente de forma estável, é aconselhável adequar os objectivos às realidades. Será preferível actuar sobre um ou dois comportamentos sobre os quais a caracterização inicial nos permitiu depreender que será possível obtermos resultados positivos, em vez de tentar actuar sobre todos os comportamentos que desejaríamos alterar, não conseguindo alterar nenhum deles. Naturalmente estas escolhas serão feitas cientificamente segundo o que a Educação para a Saúde preconiza nas vertentes relacionadas com as ciências comportamentais (sociais e humanas).

Outro aspecto fundamental é a continuidade na acção. A eficácia será tanto maior quanto mais continuadas forem as actividades, dando suporte à mudança comportamental e reforço à sua manutenção. A continuidade da acção permite conhecer melhor as situações, os obstáculos e as formas de os remover, pois cada caso é um caso e generalizar diminui grandemente a eficácia.

Deve ser dada uma atenção especial às crianças com Necessidades de Saúde Especiais desfavorecidas socialmente (porque vivem em bairros degradados, com poucos recursos económicos, pertencem a minorias étnicas ou são emigrantes), ou que não frequentam a escola, utilizando estratégias específicas adequadas às suas dificuldades.

2.5. Quinta vertente – a comunidade

Para os programas de Educação e Promoção da Saúde a componente comunitária é fundamental. A participação e contribuição dos vários sectores da comunidade podem ser potenciadores do trabalho a desenvolver.

Dependendo das situações locais, a Autarquia, as IPSS e as ONG's, entre outras, podem ser parceiros de enorme valia para o desenvolvimento do programa. Para isso temos que sensibilizar os líderes locais para a importância da saúde oral e do programa que se pretende incrementar explicitando como com pequenos custos, podemos obter ganhos em saúde a médio e longo prazo.

As instituições que organizam actividades para crianças e adolescentes, como os ATL's, associações culturais, desportivas e religiosas, podem ser excelentes parceiros para o desenvolvimento das actividades, dependendo das características da comunidade onde se aplica o programa. Os grupos de teatro são também um excelente recurso para integrarem as actividades com as crianças e os adolescentes.

2.6. Sexta vertente – os meios de comunicação social

Os meios de comunicação social locais e regionais, se forem utilizados apropriadamente podem ser parceiros potenciadores das actividades que se pretendem desenvolver.

Mas com frequência os técnicos de saúde encontram dificuldades na relação com os profissionais da comunicação social considerando que estes não são sensíveis às nossas preocupações com a prevenção da doença e da promoção da saúde.

Os media têm uma linguagem e podemos dizer uma filosofia próprias que, com frequência, não são coincidentes com as nossas, é por essa razão necessário que os técnicos de saúde se adaptem e se possível se aperfeiçoem na linguagem dos média. Se não utilizarmos adequadamente os meios de comunicação social estes podem ter um efeito contraproducente diminuindo a eficácia do programa de saúde oral.

Algumas das dificuldades encontradas quando trabalhamos com os media, especialmente as rádios e as televisões, são as seguintes:

- na maior parte dos casos não se pode transmitir muita informação, mesmo que seja um programa de rádio de 1 ou 2 horas, iria ficar muito monótono e pouco atraente assim como, se tornaria confuso para os ouvintes e pouco eficaz, porque com frequência as pessoas desenvolvem outras actividades enquanto ouvem rádio;
- é aconselhável transmitir apenas o que é realmente importante e fazê-lo de forma muito clara, mantendo a consistência sobre a hierarquia das informações nas diversas intervenções, ou seja, que todas os intervenientes no programa e em todas as situações em que intervêm, tenham um discurso coerente e não contraditório;
- evitar informações rígidas que culpabilizem as pessoas e não respeitem os seus contextos micro-culturais. É preferível suscitar alguma mudança comportamental de forma progressiva, que nenhuma;
- com frequência utilizamos o léxico médico sem nos apercebermos que muitos cidadãos não conhecem termos que nos parecem simples, como obesidade ou colesterol, atribuindo-lhes outros significados (portanto desconhecem que não conhecem o verdadeiro significado);
- se possível testar com pessoas de diversas idades e estratos socio-culturais, que sejam leigas em relação a estas temáticas aquilo que se preparou para a intervenção nos meios de comunicação social e alterar se necessário de acordo com as indicações que essas pessoas nos fornecerem.

2.7. Sétima vertente – a avaliação

A avaliação deve ter início na fase de planeamento e acompanhar todo o projecto, de modo a introduzir as alterações necessárias em qualquer momento do desenrolar das actividades.

Devem fazer parte da equipa de avaliação, os diversos parceiros do projecto assim como pessoas externas ao projecto, e estas, quando possível, com formação em educação para a saúde, nas áreas técnicas, comportamentais, de planeamento e avaliação qualitativa e quantitativa.

São fundamentais avaliações qualitativas e quantitativas das actividades a desenvolver e se possível com análises comparativas ao desenrolar do projecto noutras zonas do país.

3. Técnicas de Higiene Oral

3.1. Escovagem dos dentes – A escova

A escovagem dos dentes deve ser efectuada com uma escova de tamanho adequado à boca de quem a utiliza. Habitualmente, as embalagens referem as idades a que se destinam. Os filamentos devem ser de *nylon* com extremidades arredondadas e textura macia, que quando começam a ficar deformados, obrigam à substituição da escova. Normalmente, a escova quando utilizada 2 vezes por dia dura cerca de 3-4 meses.

Existem escovas manuais e eléctricas, as quais requerem os mesmos cuidados. As escovas eléctricas facilitam a higiene oral das pessoas que tenham pouca destreza manual.

3.2. Escovagem dos dentes – O dentífrico

O dentífrico a utilizar deve conter fluoreto numa dosagem de cerca de 1000-1500 ppm. A quantidade a utilizar em cada uma das escovagens deve ser semelhante (ou inferior) ao tamanho da unha do 5º dedo (dedo mindinho) da mão da criança.

Os dentífricos com sabores muito atractivos não se recomendam, porque podem levar as crianças a engoli-lo deliberadamente. Até aos 6 anos, aproximadamente, o dentífrico deve ser colocado na escova por um adulto. Após a escovagem dos dentes é apenas necessário cuspir o excesso de dentífrico, podendo, no entanto bochechar-se com um pouco de água.

3.3. Escovagem dos dentes no Jardim-de-infância e na Escola: identificação e arrumação das escovas e copos

Hoje em dia, há escovas de dentes que têm uma tampa ou estojo com orifícios que a protege. Caso se opte pela utilização destas escovas, não é necessário que fiquem na escola. Os alunos poderão colocá-la dentro da mochila juntamente com o tubo do dentífrico, e transportá-los diariamente para a escola.

O conceito de intransmissibilidade da escova de dentes deve ser reforçado junto das crianças. Se as escovas ficarem na escola é essencial que estejam identificadas bastando, para tal, escrever no cabo da escova, o nome da criança com uma caneta de tinta resistente à água. Também se devem identificar os dentífricos. Cada aluno deverá ter o seu próprio dentífrico e os copos, caso não sejam descartáveis.

As escovas guardam-se num local seco e arejado, de modo a que os pelos fiquem virados para cima, e não contactem umas com as outras. Cada escova pode ser colocada dentro do copo, num suporte acrílico, ou outro material resistente à água em local seco e arejado.

Dentífricos e escovas devem estar fora do alcance das crianças, para evitar a troca ou ingestão accidental de dentífrico. Caso haja a possibilidade de utilizar copos descartáveis (de café), o processo é bastante simplificado (os copos de café podem ser substituídos por copos de iogurte). Os produtos de higiene oral podem ser adquiridos com a colaboração da Autarquia, do Centro de Saúde, dos pais ou até de alguma empresa. Se a escola tiver refeitório, pode também ser viável utilizar os copos do refeitório.

3.4. Escovagem dos dentes – Organização da actividade

A escovagem dos dentes deve ser feita diariamente no jardim-de-infância e na escola, após o almoço, à entrada na sala de aula ou após o intervalo. As crianças poderão escovar os dentes na casa de banho, no refeitório ou na própria sala de aula. O processo é simples, não exigindo muitas condições físicas das escolas, que são frequentemente utilizadas para justificar a recusa desta actividade.

Caso a escola tenha lavatórios suficientes esta actividade pode ser feita na casa de banho. É necessário definir a hora em que cada uma das salas vai utilizar esse espaço. Na casa de banho deverão estar apenas as crianças que estão a escovar os dentes. Os outros, esperam a sua vez, em fila, à porta. É essencial que esteja alguém (auxiliar, professor/educador ou voluntário) a vigiar, para manter a ordem, organizar o processo e corrigir a técnica da escovagem. No final da escovagem cada criança lava a escova e o copo (se não for descartável) e arruma no local destinado a esse efeito.

Quando o espaço físico não permite que a escovagem seja feita na casa de banho, esta actividade pode ser feita na própria sala de aula. Nesta situação, se for possível utilizar copos descartáveis ou copos de iogurte, facilita o processo e torna-o menos moroso. Os alunos mantêm-se sentados nas suas cadeiras. Retiram da sua mochila o estojo com a escova e o dentífrico. Um dos alunos distribui os copos e os guardanapos (ou toalhetes de papel ou papel higiénico). Os alunos escovam os dentes todos ao mesmo tempo, podendo até fazê-lo com música. O professor deve ir corrigindo a técnica de escovagem. Após a escovagem as crianças cospem o excesso de dentífrico para o copo, limpam a boca, tiram o excesso de dentífrico e saliva da escova com o papel ou o guardanapo e por fim colocam-no dentro do copo. Tapam a escova e arrumam-na em estojo próprio ou na mochila, juntamente com o dentífrico. No final, um dos alunos vai buscar um saco de lixo, passa por todas as carteiras para que cada uma coloque o seu copo no lixo. Caso alguma das crianças não tolere o restos de dentífrico na cavidade oral, pode colocar-se uma pequena porção de água no copo e no fim da escovagem, bochecha e cospe para o copo. Os pais dos alunos devem ser instruídos para se certificarem que em casa, a criança lava a sua escova com água corrente e volta a colocá-la na mochila. No sentido de facilitar o procedimento, recomenda-se que os copos sejam descartáveis e as escovas tenham tampa.

3.5. Escovagem dos dentes - A técnica

A escovagem dos dentes, para ser eficaz, ou seja, para remover a placa bacteriana, necessita ser feita com rigor e demora 2 a 3 minutos. Quando se utiliza uma escova manual, a escovagem faz-se da seguinte forma:

- inclinar a escova em direcção à gengiva (cerca de 45°) e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, de modo a que os pelos da escova limpem o sulco gengival (espaço que fica entre o dente e a gengiva);
- se for difícil manter esta posição, colocar os pêlos da escova perpendicularmente à gengiva e à superfície do dente;

- escovar 2 dentes de cada vez (os correspondentes ao tamanho da cabeça da escova), fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 caso sejam crianças até aos 6 anos) nas superfícies dentárias abarcadas pela escova;
- começar a escovagem pela superfície externa (do lado da bochecha) do dente mais posterior de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente da extremidade oposta desse maxilar;
- com a mesma sequência, escovar as superfícies dentárias do lado da língua;
- proceder do mesmo modo para fazer a escovagem dos dentes do outro maxilar;
- escovar as superfícies mastigatórias dos dentes, com movimentos de vaivém;
- por fim pode escovar-se a língua.

Quando se utiliza uma escova de dentes eléctrica, segue-se a mesma sequência de escovagem. O movimento da escova é feito automaticamente, não deve ser feita pressão ou movimentos adicionais sobre os dentes. A escova desloca-se ao longo da arcada, escovando um só dente de cada vez. A escovagem dos dentes com um dentífrico com flúor deve ser feita duas vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente, à noite, antes de deitar.

3.6. Uso do fio dentário

A partir do momento em que há destreza manual (a partir dos 8 anos) é indispensável o uso do fio ou fita dentária, que se utiliza da seguinte forma:

- retirar cerca de 40 cm de fio (ou fita) do porta fio;
- enrolar a quase totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de fio, com aproximadamente 2,5 cm. Quando as crianças são mais pequenas, pode retirar-se uma porção mais pequena de fio, cerca de 30 cm, dar um nó juntando as 2 pontas, formando um círculo com o fio, não havendo necessidade de o enrolar nos dedos. É importante utilizar sempre fio limpo em cada espaço interdentário. Os polegares e/ou os indicadores ajudam a manuseá-lo;
- introduzir o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curva-lo à volta do dente que se quer limpar, fazendo com que tome a forma de um “C”;
- executar movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dentes até ao sulco gengival, em cada uma das faces que delimitam o espaço interdentário;
- repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários, de todos os dentes, estejam devidamente limpos.

O fio dentário deve ser utilizado uma vez por dia, de preferência à noite antes de deitar. Na escola os alunos poderão aprender a utilizar este meio de remoção de placa bacteriana interdentário, sendo importante envolver os pais no sentido de lhes pedir colaboração e permitir que as crianças o utilizem em casa.

3.7. Revelador de placa bacteriana

O uso de reveladores de placa bacteriana (em soluto ou em comprimidos mastigáveis) permitem avaliar a higiene oral e, conseqüentemente, melhorar as técnicas de escovagem e de utilização do fio dentário.

A partir dos 6 anos de idade, estes produtos podem ser usados para que as crianças visualizem a placa e mais facilmente compreendam que os seus dentes necessitam de ser cuidadosamente limpos.

A eritrosina, que tem a propriedade de corar de vermelho a placa bacteriana, é um dos exemplos de corantes que se podem utilizar. Utiliza-se da seguinte forma:

- colocar 1 a 2 gotas por baixo da língua ou mastigar um comprimido, sem engolir;
- passar a língua por todas as superfícies dentárias;
- bochechar com água.

A placa bacteriana corada é facilmente removida através da escovagem dos dentes e do fio dentário.

Nota: Para evitar que os lábios fiquem corados de vermelho, antes de colocar o corante, pode passar batom, creme gordo ou vaselina nos lábios.

3.8. Bochecho fluoretado

A partir dos 6 anos, pode ser feito o bochecho quinzenal com fluoreto de sódio a 0,2% na escola, da seguinte forma:

- agitar a solução e deitar 10 ml em cada copo e distribuí-los;
- indicar a cada criança para colocar o antebraço no rebordo da mesa;
- introduzir a solução na boca sem engolir;
- repousar a testa no antebraço, colocando o copo debaixo da boca;
- bochechar vigorosamente durante 1 minuto
- após este período deve ser cuspidada, tendo o cuidado de não a engolir.

Após o bochecho a criança deve **permanecer 30 minutos sem comer nem beber**.

3.9. Índice de placa

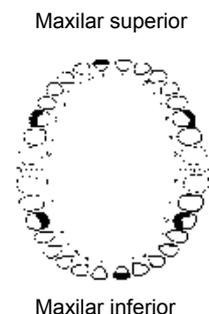
O Índice de Placa (IP) é utilizado para quantificar a placa bacteriana em todas as superfícies dentárias e reflecte, os hábitos de higiene oral dos indivíduos avaliados.

Assim, enquanto que um baixo Índice de Placa poderá significar um bom impacto das acções de educação para a saúde em saúde oral, nomeadamente das relacionadas com a higiene, um índice elevado sugere o contrário.

Em programas comunitários, geralmente, é utilizado o Índice de Placa Simplificado que é mais rápido de determinar sendo o resultado final igualmente fiável.

Para se calcular o Índice de Placa Simplificado é necessário atribuir um valor ao tamanho da placa bacteriana existente nos seguintes 6 dentes e superfícies predeterminados:

1.	Primeiro molar superior direito	-	Superfície vestibular
2.	Incisivo central superior direito	-	Superfície vestibular
3.	Primeiro molar superior esquerdo	-	Superfície vestibular
4.	Primeiro molar inferior esquerdo	-	Superfície lingual
5.	Incisivo central inferior esquerdo	-	Superfície vestibular
6.	Primeiro molar inferior direito	-	Superfície lingual



Para atribuir um valor ao tamanho da placa bacteriana existente em cada uma das superfícies dentárias acima referidas, é necessário utilizar o revelador de placa bacteriana para a corar, e dessa forma facilitar a sua observação e respectiva classificação e registo.

A cada uma das superfícies dentárias, só pode ser atribuído um dos seguintes valores:

Valor 0	→ Se a superfície do dente não está corada	
Valor 1	→ Se 1/3 da superfície está corado	
Valor 2	→ Se 2/3 da superfície estão corados	
Valor 3	→ Se está corada toda a superfície	

Feito o registo da observação individual, verifica-se que o somatório do conjunto de valores atribuídos poderá variar entre 0 (zero) e 18 (dezoito).

Dividindo por 6 (seis) este somatório, obtém-se o **Índice de Placa Individual**.

Para determinar o Índice de Placa de um grupo de indivíduos, divide-se o somatório dos valores individuais pelo número de indivíduos observados multiplicado por seis (o número seis representa o número de dentes seleccionados, por indivíduo).

Assim, o Índice de Placa poderá variar entre 0 (zero) e 3 (três).

$$\text{Índice de Placa (IP)} = \frac{\text{Somatório da classificação dada a cada dente}}{\text{N.º de indivíduos observados} \times 6}$$

A saúde oral das crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública, mas que com medidas simples como as descritas neste documento, executadas pelos próprios e/ou com ajuda da família, encorajadas pela escola e pelos serviços de saúde, contribuem decididamente para ganhos em saúde oral importantes e implementação efectiva do **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**.

Direcção-Geral da Saúde, 2005



Direcção Geral da Saúde

Divisão de Saúde Escolar

Texto de Apoio

Ao Programa Nacional

de Promoção da Saúde Oral

Fluoretos

Fundamentação e Recomendações da *Task Force*

Documento produzido pela *Task Force* constituída pelo Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Direcção-Geral de Fiscalização e Controlo da Qualidade Alimentar do Ministério da Agricultura, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Medicina Coimbra – Departamento de Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e Porto, Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte e Instituto Superior de Ciências da Saúde do Sul, Ordem dos Médicos – Colégio de Estomatologia, Ordem dos Médicos Dentistas, Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária, Sociedade Portuguesa de Pediatria e os serviços da DGS: Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde, Divisão de Saúde Ambiental, Divisão de Promoção e Educação para a Saúde, **coordenada pela Divisão de Saúde Escolar da Direcção-Geral da Saúde.**

1. F l u o r e t o s

A evidência científica tem demonstrado que as mudanças observadas no padrão da doença cárie dentária ocorrem pela implementação de programas preventivos e terapêuticos de âmbito comunitário e por estratégias de acção específicas, dirigidas a grupos de risco, com criteriosa utilização dos fluoretos.

O flúor é o elemento mais electronegativo da tabela periódica, e raramente existe isolado sendo, por isso, habitualmente referido como fluoreto. Na natureza encontra-se sob a forma de um ião (F⁻), em associação com o cálcio, fósforo, alumínio e também como parte de certos silicatos, como o topázio.

Normalmente presente nas rochas, plantas, ar, águas e solos, este elemento faz parte da constituição de alguns materiais plásticos, e pode também estar presente na constituição de alguns fertilizantes, contribuindo desta forma para a sua presença no solo, água e alimentos. No solo, o conteúdo de fluoretos varia entre 20 e 500 ppm, contudo, nas camadas mais profundas o seu nível aumenta. No ar, a concentração normal de fluoretos oscila entre 0.05 e 1.90µg/m³.¹

Do flúor que é ingerido*, entre 75% e 90% é absorvido por via digestiva, sendo a mucosa bucal responsável pela absorção de menos de 1%. Depois de absorvido, passa para a circulação sanguínea, sob a forma iónica ou de compostos orgânicos lipossolúveis. A forma iónica, que circula livremente e não se liga às proteínas, nem aos componentes plasmáticos, nem aos tecidos moles, é a que vai estar disponível para ser absorvida pelos tecidos duros. Da quantidade total de flúor presente no organismo, 99% encontra-se nos tecidos calcificados. Entre 10% e 25% do aporte diário de flúor não chega a ser absorvido, vindo a ser excretado pelas fezes. O flúor absorvido não utilizado (cerca de 50%) é eliminado por via renal.²

O flúor tem uma grande afinidade com a apatite presente no organismo, com a qual cria ligações fortes, que não são irreversíveis. Este facto deve-se à facilidade com que os radicais hidroxilos da hidroxiapatite, são substituídos pelos iões flúor, formando fluorapatite. No entanto, a apatite normal do ser humano, presente no osso e dente, mesmo em condições ideais de presença de flúor, nunca se aproxima da composição da fluorapatite pura.

Quando o flúor é ingerido, passa pela cavidade oral, daí resultando a deposição de uma determinada quantidade nos tecidos e líquidos aí existentes. A mucosa jugal, as gengivas, a placa bacteriana, os dentes e a saliva vão beneficiar imediatamente de um aporte directo de flúor, que pode permitir que a sua disponibilidade na cavidade oral se prolongue por períodos mais longos. É um facto que a presença de flúor no meio oral, independentemente da sua fonte, resulta numa acção preventiva e terapêutica extremamente importante.

*Nota: 2,2 mg de fluoreto de sódio correspondem a 1 mg de flúor. Quando se dilui 1 mg de flúor em um litro de água pura, considera-se que essa água passou a ter 1 ppm de flúor.

Considera-se actualmente que os benefícios dos fluoretos resultam basicamente da sua acção tópica sobre a superfície do dente, enquanto a sua acção sistémica (pré-eruptiva) é muito menos importante. A acção preventiva e terapêutica dos fluoretos é conseguida predominantemente pela sua acção tópica, quer nas crianças quer nos adultos, através de três mecanismos diferentes, responsáveis pela:

- inibição do processo de desmineralização;
- potenciação do processo de remineralização;
- inibição da acção da placa bacteriana.

O uso racional dos fluoretos na profilaxia da cárie dentária, com eficácia e segurança, baseia-se no conhecimento actualizado dos seus mecanismos de acção e da sua toxicologia.

Com base na evidência científica, a estratégia de utilização dos fluoretos em saúde oral foi redefinida, tendo em conta que a sua acção preventiva é predominantemente pós-eruptiva e tópica, e a sua acção tóxica, com repercussões a nível dentário, é pré-eruptiva e sistémica.

Estudos epidemiológicos efectuados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre os efeitos do flúor na saúde humana, referem que valores compreendidos entre 1 e 1,5 ppm não representam risco acrescido. Contudo, valores entre 1,5 e 2 ppm, em climas quentes, poderão contribuir para a ocorrência de casos de fluorose dentária e valores entre 3 a 6 ppm, para o aparecimento de fluorose óssea.

Para a OMS, a concentração óptima de fluoretos na água, quando esta é sujeita a fluoretação, deve estar compreendida entre 0,5 e 1,5 ppm de F, dependendo este valor da temperatura média do local, que condiciona a quantidade de água ingerida: nas zonas mais frias, o valor máximo pode estar perto do limite superior; nas zonas mais quentes, o valor deve estar perto do limite inferior, para uma prevenção eficaz da cárie dentária. Para que os riscos de fluorose estejam diminuídos, os programas de fluoretação das águas devem obedecer a critérios claramente definidos.

Nas regiões onde a água da rede pública contém menos de 0,3 ppm (mg/l) de fluoretos (situação mais frequente em Portugal Continental), a dose profiláctica óptima, considerando a soma de todas as fontes de fluoretos, é de 0,05mg/kg/dia.³

1.1. Toxicidade Aguda

Uma intoxicação aguda pelo flúor é uma possibilidade extremamente rara. Alguns casos têm sido descritos na literatura. Estudos efectuados em roedores e extrapolados para o homem adulto permitem pensar que a dose letal mínima de flúor seja de aproximadamente 2 gramas, ou 32 a 64 mg/kg de peso corporal, mas para uma criança bastam 15 mg/kg de peso corporal.²

A partir da ingestão de doses superiores a 5mg/kg de peso corporal, considera-se a hipótese de vir a ter efeitos tóxicos.

As crianças pequenas têm um risco acrescido de ingerir doses de fluoretos, através do consumo de produtos de higiene oral. A ingestão acidental de um quarto de um tubo com dentífrico de 125 mg

(1500 ppm de Flúor) põe em risco a vida de uma criança de um ano de idade. O risco de ingestão acidental por crianças é real, e é adjuvado pelo tipo de embalagens destes produtos, que não têm dispositivos de segurança para a sua abertura.

A toxicidade aguda pelos fluoretos poderá manifestar-se por queixas digestivas (dor abdominal, vômitos, hematemese e melenas), neurológicas (tremores, convulsões, tetania, delírio, lentificação da voz), renais (urina turva, hematúria), metabólicas (hipocalcemia, hipomagnesiemia, hipercaliemia), cardiovasculares (arritmias, hipotensão) e respiratórias (depressão respiratória, apneias).⁴

1.2. Toxicidade Crônica

A dose total diária de fluoretos administrados por via sistêmica isenta de risco de toxicidade crônica, situa-se abaixo de 0,05 mg/kg/dia de peso. A partir desses valores aumentam as manifestações, através do aparecimento de hipomineralização do esmalte, que se revela por fluorose dentária. Com concentrações acima de 2,5 ppm na água, esta manifestação é mais evidente, sendo tanto mais grave quanto a concentração de fluoretos vai aumentando. O período crítico para o efeito tóxico do flúor se manifestar sobre a dentição permanente é entre o nascimento e os 7 anos de idade (até aos 3 anos é o período mais crítico). Quando existem fluoretos até 3 ppm na água, além da fluorose, não parece existir qualquer outro efeito tóxico na saúde. A partir deste valor, aumenta o risco de nefrotoxicidade.

Como qualquer outro medicamento, os fluoretos em dose excessiva têm efeitos tóxicos, que normalmente se manifestam através de uma interferência na estética dentária. Essa manifestação é a fluorose dentária.

Estudos recentes sobre suplementos de fluoretos e fluorose⁵ confirmam que as comunidades sem água fluoretada, e que utilizam suplementos de fluoretos durante os primeiros 6 anos de vida, apresentam um aumento do risco de desenvolver fluorose.

O principal factor de risco para o aparecimento de fluorose dentária é o aporte total de fluoretos, provenientes de diferentes fontes, nomeadamente, da alimentação, incluindo a água e os suplementos alimentares, dentífricos e soluções para bochechos, comprimidos e gotas e ingestão acidental, que não são fáceis de quantificar.

A fluorose dentária aumentou nos últimos anos, em comunidades com e sem água fluoretada.⁶

2 . Fluoretos na água

2.1. Água de abastecimento público

A fluoretação das águas para consumo humano como meio de suprir o défice de fluoretos na água é uma prática comum em alguns países, como o Brasil, Austrália, Canadá, EUA e Nova Zelândia. Apesar de serem tão diferentes, quer do ponto de vista sócioeconómico, quer geográfico, eles detêm uma experiência superior a 25 anos neste domínio.

Na Europa, a maior parte dos países não faz fluoretação das suas águas para consumo humano, à excepção da Irlanda, da Suíça (Basileia) e de 10 % da população do Reino Unido. Na Alemanha é proibido, e nos restantes países é desaconselhado.

Nos países em que se faz fluoretação da água, alguns estudos demonstraram não ter existido um ganho efectivo na prevenção da cárie dentária. No entanto, outros como a Austrália, no Estado de Victória, onde a fluoretação da água se faz regularmente, observaram-se ganhos efectivos na saúde oral da população, com consequentes ganhos económicos.

Recomendação

É indispensável avaliar a qualidade das águas de abastecimento público periodicamente e corrigir os parâmetros alterados.

Na água, os valores das concentrações de fluoretos estão compreendidas entre 0,1 a 0,7 ppm. Contudo, em alguns casos podem apresentar valores muito mais elevados.

Quando a água apresenta valores de pH superiores a 8 e o ião sódio e os carbonatos são dominantes, os valores de fluoretos normalmente presentes excedem 1 ppm.

Nas águas de abastecimento da rede pública, os fluoretos podem existir naturalmente ou resultar de um programa de fluoretação. Em Portugal Continental, os valores são normalmente baixos, e as águas não estão sujeitas a fluoretação artificial. O teor de fluoretos deverá ser controlado regularmente, de modo a preservar os interesses da saúde pública.⁷

Na definição de um valor guia para a água de consumo humano, a OMS propõe o valor limite de 1,5 ppm de Flúor, referindo que valores superiores podem contribuir para o aumento do risco de fluorose. A Agência Americana para o Ambiente (USEPA) refere um valor máximo admissível de fluoretos na água de consumo humano de 1,5 ppm, e recomenda que nunca se ultrapasse os 4 ppm.

Em Portugal, a legislação actualmente em vigor sobre a qualidade da água para consumo humano, decreto-lei nº 236/98, de 1 de Agosto, define dois Valores Máximos Admissíveis (VMA) para os fluoretos: 1,5 ppm (8 a 12 °C) e 0,7 ppm (25 a 30 °C). O decreto-lei n.º 243/2001, de 5 de Setembro, que transpõe a Directiva Comunitária n.º 98/83/CE, de 3 de Novembro, que entrou em vigor em 25 de Dezembro de 2003, define para os fluoretos um Valor Paramétrico (VP) de 1,5 ppm.

O decreto-lei n.º 243/01 remete para a Entidade Gestora a verificação da conformidade dos valores paramétricos obrigatórios aplicáveis à água para consumo humano. Sempre que um valor paramétrico é excedido, isso corresponde a uma situação de incumprimento e, perante esta situação, a entidade gestora deve de imediato informar a autoridade de saúde e a entidade competente, dando conta das medidas correctoras adoptadas ou em curso para restabelecer a qualidade da água destinada a consumo humano.

Deve ter-se em atenção o desvio em relação ao valor paramétrico fixado e o perigo potencial para a saúde humana.

Segundo o decreto-lei supra mencionado, artigo 9º, compete às autoridades de saúde a vigilância sanitária e a avaliação do risco para a saúde pública da qualidade da água destinada ao consumo humano. Sempre que o risco exista, e o incumprimento persistir, a autoridade de saúde deve informar e aconselhar os consumidores afectados e determinar a proibição de abastecimento, restringir a utilização da água que constitua um perigo potencial para a saúde humana e adoptar todas as medidas necessárias para proteger a saúde humana.

Recomendação

Até aos 6-7 anos, as crianças não devem ingerir regularmente água com teor de fluoretos superior a 0,7 ppm.

Nos Açores e na Madeira, ou em zonas onde o teor de fluoretos na água é muito elevado, deverá ser feita uma verificação da constante e a correcção adequada.

Os principais tratamentos de desfluoretação envolvem a floculação da água, usando sais hidratados de alumínio, principalmente em condições alcalinas. No caso de águas ácidas, pode-se adicionar cal e, alternativamente, pode-se recorrer à adsorção com carvão activado ou alumina activada (Al_2O_3) ou por permuta iónica, usando resinas específicas.

Recomendação

Sempre que o valor paramétrico dos fluoretos na água para consumo humano exceder 1,5 ppm, deverão ser aplicadas medidas correctoras para restabelecer a qualidade da água.

2.2. Águas minerais naturais engarrafadas

As águas minerais naturais engarrafadas deverão, no futuro, ter rotulagem de acordo com a Directiva Comunitária 2003/40/CE da Comissão Europeia de 16 de Maio, publicada no Jornal Oficial da União Europeia em 22.5.2003, artigo 4º «1. As águas minerais naturais cuja concentração em flúor for superior a 1,5 mg/l (ppm) devem ostentar, no rótulo, a menção *'contém mais de 1,5 mg/l (ppm) de flúor: não é adequado o seu consumo regular por lactentes nem por crianças com menos de 7 anos'*; 2. No rótulo, a menção prevista no n.º 1 deve figurar na proximidade imediata da denominação de venda e em caracteres claramente visíveis; 3.

As águas minerais naturais que, em aplicação do n.º 1, tiverem de ostentar uma menção no rótulo devem incluir a indicação do teor real em flúor, a nível da composição físico-química em constituintes característicos, tal como previsto no n.º 2, alínea a), do artigo 7º da Directiva 80/777/CEE.»

Para as águas de nascente, cujas características físico-químicas são definidas pelo Decreto-lei 243/2001 de 5 de Setembro, em vigor desde Dezembro de 2003, os limites para o teor de fluoretos são de 1,5 mg/l (ppm).

De acordo com o parecer do Scientific Committee on Food - Comité Científico de Alimentação Humana (expresso em Dezembro de 1996), a Comissão não vê razões para, nos climas da União Europeia (climas temperados), limitar os fluoretos nas águas de consumo humano e nas águas minerais naturais para valores inferiores a 1,5mg/l (ppm).

Recomendação

Independentemente da origem, ao utilizar água informe-se sobre o seu teor em fluoretos. As que têm um elevado teor deste elemento não são adequadas para lactentes e crianças com menos de 7 anos.

3 . Fluoretos nos géneros alimentícios

Entende-se por '*género alimentício*' qualquer substância ou produto, transformado, parcialmente transformado ou não transformado, destinado a ser ingerido pelo ser humano ou com razoáveis probabilidades de o ser. Este termo abrange bebidas, pastilhas elásticas e todas as substâncias, incluindo a água, intencionalmente incorporadas nos géneros alimentícios durante o seu fabrico, preparação ou tratamento.^{8 9}

Na alimentação, as estimativas de ingestão de flúor através da dieta variam entre 0,2 e 3,4 mg/dia, sendo estes últimos valores atingidos, quando se inclui o chá na alimentação. A ingestão de fluoretos provenientes dos alimentos comuns é pouco significativa. Apenas 1/3 se apresentam na forma ionizável e, portanto, biodisponível.

Recomendação

Dar prioridade a uma dieta equilibrada e saudável, com diversidade alimentar. Utilizar a água da cozedura dos alimentos para confeccionar outros alimentos (ex: sopas, arroz).

No início do ano de 2003, a Comissão Europeia apresentou uma nova proposta de Directiva Comunitária relativa à "Adição aos géneros alimentícios, de vitaminas, minerais e outras substâncias", onde os fluoretos são referidos como podendo ser adicionados a géneros alimentícios comuns. Nesta proposta de Directiva Comunitária é sugerida a inclusão de determinados nutrientes (entre eles, o fluoreto de sódio e o fluoreto de potássio) no fabrico de géneros alimentícios comuns. Esta proposta, prevista no Livro Branco da Comissão, ainda está numa fase inicial de discussão.

4. Fluoretos em suplemento alimentar

Entende-se por ‘*suplementos alimentares*’ géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutritivas ou outras, com efeito nutricional ou fisiológico, estames ou combinados, comercializados em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampola de líquido, frascos com conta gotas e outras formas similares de líquido ou pó que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida.¹⁰

A Directiva Comunitária 2002/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 10 de Junho de 2002, transposta para o direito nacional pelo Decreto-lei n.º 136/2003 de 28 de Junho, relativa à aproximação das legislações dos Estados-Membros respeitantes aos suplementos alimentares, vai permitir a inclusão de determinados nutrientes (entre eles o fluoreto de sódio e o fluoreto de potássio) no fabrico de suplementos alimentares.¹¹

A partir de 28 de Agosto de 2003, os fluoretos poderão ser comercializados como suplemento alimentar, passando a estar disponível em farmácias e superfícies comerciais.

As quantidades máximas de vitaminas e minerais presentes nos suplementos alimentares são fixadas em função da toma diária recomendada pelo fabricante, tendo em conta os seguintes elementos:

- a) limites superiores de segurança estabelecidos para as vitaminas e os minerais, após uma avaliação dos riscos, efectuada com base em dados científicos geralmente aceites, tendo em conta, quando for caso disso, os diversos graus de sensibilidade dos diferentes grupos de consumidores;
- b) quantidade de vitaminas e minerais ingerida através de outras fontes alimentares;
- c) doses de referência de vitaminas e minerais para a população.

Recomendação

Nunca ultrapassar a toma indicada no rótulo do produto e não utilizar um suplemento alimentar como substituto de um regime alimentar variado.

As quantidades máximas e mínimas de vitaminas e minerais referidas serão adoptadas pela Comissão Europeia, assistida pelo Comité de Regulamentação.

Em Portugal, a Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar virá a ter informação sobre todos os suplementos alimentares, comercializados como géneros alimentícios e introduzidos no mercado, de acordo com o Decreto-lei n.º 136/2003.

A rotulagem dos suplementos alimentares não poderá mencionar, nem fazer qualquer referência, a prevenção, tratamento ou cura de doenças humanas e deverá indicar uma advertência de que os produtos devem ser guardados fora do alcance das crianças.

5. Fluoretos em medicamentos e produtos cosméticos de higiene corporal

A distinção entre Medicamento e Produto Cosmético de Higiene Corporal contendo fluoretos depende do seu teor no produto. Os cosméticos contêm obrigatoriamente uma concentração de fluoretos inferior a 0,15% (1500 ppm) (Decreto-lei 100/2001 de 28 de Março, I Série A), sendo que todos os dentífricos com concentrações de fluoretos superior a 0,15% são obrigatoriamente classificados como medicamentos.

Os medicamentos contendo fluoretos e utilizados para a profilaxia da cárie dentária, existentes no mercado português, são de venda livre em farmácia. Encontram-se disponíveis nas formas farmacêuticas de solução oral (gotas orais), comprimidos, dentífricos, gel dentário e solução de bochecho.

5.1. Fluoretos em comprimidos e gotas orais

A utilização de medicamentos contendo fluoretos, na forma de gotas orais e comprimidos, foi até há pouco recomendada pelos profissionais de saúde (pediatras, médicos de família, clínicos gerais, médicos estomatologistas, médicos dentistas) dos 6 meses até aos 16 anos.

A clarificação do mecanismo de acção dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e o aumento de aporte dos mesmos com consequentes riscos de manifestação tóxica obrigaram à revisão da sua administração em comprimidos e/ou gotas. A gravidade da fluorose dentária está relacionada com a dose, a duração e com a idade em que ocorre a exposição ao flúor.^{12 13}

A “Canadian Consensus Conference on the Appropriate Use of Fluoride Supplements for the Prevention of Dental Caries in Children”¹⁴ definiu um protocolo, cuja utilização é recomendada a profissionais de saúde, em que se fundamenta a tomada de decisão sobre a necessidade ou não da suplementação de flúor. A administração de comprimidos só é recomendada quando o teor de fluoretos na água de abastecimento público for inferior a 0,3 ppm e:

- a criança (ou quem cuida da criança) não escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia;
- a criança (ou quem cuida da criança) escova os dentes com um dentífrico fluoretado duas vezes por dia, mas apresenta um alto risco à cárie dentária.

Por sua vez, a conclusão do «Forum on Fluoridation 2002»¹⁵, relativamente à administração de suplementos de fluoretos foi a seguinte: limitar a utilização de comprimidos de fluoretos a áreas onde não existe água fluoretada e iniciar essa suplementação apenas a crianças com alto risco à cárie e a partir dos 3 anos.

Os comprimidos de fluoretos, caso sejam indicados, devem ser usados, pelo interesse da sua acção tópica. Devem ser dissolvidos na boca, em vez de imediatamente ingeridos.¹⁶

A administração de fluoretos sob a forma de comprimidos chupados só deverá ser efectuada em situações excepcionais, isto é, em populações de baixos recursos económicos, nas quais a escovagem não possa ser promovida e os índices de cárie sejam elevados.

Para evitar a potencial toxicidade dos fluoretos, antes de qualquer prescrição, todos os profissionais de saúde devem efectuar uma avaliação personalizada dos aportes diários de cada criança, tendo em conta todas as fontes possíveis desse elemento: alimentos comuns, suplementos alimentares, consumo de água da rede pública e/ou água engarrafada e respectivo teor de fluoretos e utilização de medicamentos e produtos cosméticos contendo flúor.

Recomendação

A partir dos 3 anos, os suplementos sistémicos de fluoretos poderão ser prescritos pelo médico assistente ou médico dentista, em crianças que apresentem um alto risco à cárie dentária.

5.2. Fluoretos em dentífricos

Hoje em dia, a maior parte dos dentífricos à venda no mercado contém fluoretos sob diferentes formas: fluoreto de sódio, monofluorfosfato de sódio, fluoreto de amina e outros. Os mais utilizados são o fluoreto de sódio e o monofluorfosfato de sódio.

Normalmente, o conteúdo de fluoreto dos dentífricos é de 1000 a 1100 ppm (ou 0,10% a 0,11%), podendo variar entre 500 e 1500 ppm.

Durante a escovagem, cerca de 34% da pasta é ingerida por crianças de 3 anos, 28% pelas de 4-5 anos e 20% pelas de 5-7 anos.

Devem ser evitados dentífricos com sabor a fruta, para impedir o seu consumo em excesso, uma vez que estão já descritos na literatura, casos de fluorose resultantes do abuso de dentífricos.²

A escovagem dos dentes com um dentífrico com fluoretos, duas vezes por dia, tem-se revelado um meio colectivo de prevenção da cárie dentária, com grande efectividade e baixo custo, pelo que deve ser considerado o meio de eleição em estratégias comunitárias.

Do ponto de vista da prevenção da cárie, a aplicação tópica de dentífrico fluoretado com a escova dos dentes deve ser executada duas vezes por dia e deve iniciar-se quando se dá a erupção dos dentes. Esta rotina diária de higiene, executada, naturalmente com muito cuidado, pelos pais, deve progressivamente, ser assumida pela criança até aos 6-8 anos de idade. Durante este período, a escovagem deve ser sempre vigiada pelos pais ou educadores, consoante as circunstâncias, para evitar a utilização de quantidades excessivas de dentífrico, o qual pode, da mesma forma que os comprimidos, conduzir, antes dos 6 anos, à ocorrência de fluorose.

As crianças devem usar dentífrico com teor de fluoretos entre 1000-1500 ppm de fluoreto (dentífrico de adulto), sendo a quantidade a utilizar do tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança.

Após a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado, pode-se não bochechar com água. Deverá apenas cuspir-se o excesso de pasta. Deste modo, consegue-se uma mais alta concentração de fluoreto na cavidade oral, que vai actuar topicamente durante mais tempo.

Os pais das crianças devem receber informação sobre a escovagem dentária e o uso de dentífricos fluoretados. A escovagem com dentífrico fluoretado deve iniciar-se imediatamente após a erupção dos primeiros dentes. Os dentífricos fluoretados devem ser guardados em locais inacessíveis às crianças pequenas.¹⁷

Recomendação

Escovar os dentes, pelo menos duas vezes por dia, com um dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm.

5.3. Fluoretos em soluções de bochecho

As soluções para bochechos, recomendadas a partir dos 6 anos de idade, têm sido utilizadas em programas escolares de prevenção da cárie dentária, em inúmeros países, incluindo Portugal. São recomendadas a indivíduos de maior risco à cárie dentária, mas a sua utilização tem vindo a ser restringida a crianças que escovam eficazmente os dentes.

Recomendação

A partir dos 6 anos de idade, deve ser feito o bochecho, quinzenalmente, com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%.

As soluções fluoretadas de uso diário habitualmente têm uma concentração de fluoreto de sódio a 0,05% e as de uso semanal ou quinzenal habitualmente têm uma concentração de 0,2%.

Referências

- ¹ Diegues P. Linhas de Orientação associadas à presença de flúor nas águas de abastecimento. 2003. Documento produzido no âmbito da *task force* Saúde Oral e Flúor. Acessível na Divisão de Saúde Escolar e na Divisão de Saúde Ambiental da DGS.
- ² Melo, PRGR. Influência de diferentes métodos de administração de fluoretos nas variações de incidência de cárie. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 2001. Tese de doutoramento.
- ³ Agence Francaise de Sécurité des Produits de Santé. Mise au point sur le flúor et la prevention de la carie dentaire. AFSPS, 31 Juillet 2002.
- ⁴ Leikin JB, Paloucek FP. Poisoning & Toxicology Handbook. 3th edition. Hudson: Lexi- Comp; 2002; 586-7
- ⁵ Ismail AI, Bandekar RR: Fluoride supplements and fluorosis: a meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 48-56
- ⁶ Steven ML. An update on Fluorides and Fluorosis. *J Can Dent Assoc* 2003;69(5):268-91
- ⁷ Pinto R, Cristovão E, Vinhais T, Castro MF. Teor de fluoretos nas águas de abastecimento da rede pública, nas sedes de concelho de Portugal Continental. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 1999; 40(3):125-42
- ⁸ Regulamento 178/2002 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de Janeiro. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias* (2002.02.1)
- ⁹ Decreto – lei n.º 560/1999. DR I Série A. 147 (99.12.18)
- ¹⁰ Decreto – lei n.º 136/2003. DR I Série A. 293 (2003.06.28)
- ¹¹ Directiva Comunitária 2002/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 10 de Junho de 2002. *Jornal Oficial das Comunidades Europeias* (2002.07.12)
- ¹² Aoba T, Fejerskov O: Dental fluorosis: Chemistry and Biology. *Crit Rev Oral Biol Med* 2002; 13(2): 155-70
- ¹³ DenBesten PK. Biological mechanisms of dental fluorosis relevant to the use of fluoride supplements. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 41-7
- ¹⁴ Limeback H: Introduction to the conference. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 27-30.
- ¹⁵ Report of the Forum of fluoridation 2002. Government of Ireland 2002. www.fluoridationforum.ie
- ¹⁶ Featherstone JDB. Prevention and reversal of dental caries: role of low level fluoride. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 31-40
- ¹⁷ Pereira A, Amorim A, Peres F, Peres FR, Caldas IM, Pereira JA, Pereira ML, Silva MJ. *Cáries Precoces da Infância*. Lisboa: Medisa, Edições e Divulgações Científicas, Lda, 2001.

Bibliografia

1. Almeida CM. Sugestões para a *Task Force* Saúde Oral e Flúor. 2002. Acessível na Divisão de Saúde Escolar da DGS e na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.
2. Rompante P. Fundamentos para a alteração do Programa de Saúde Oral da Direcção-Geral da Saúde. Documento realizado no âmbito da *Task Force* Saúde Oral e Flúor. 2003. Acessível na Divisão de Saúde Escolar da DGS e no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
3. Rompante P. Determinação da quantidade do elemento flúor nas águas de abastecimento público na totalidade das sedes de concelho de Portugal Continental. Porto. Faculdade de Odontologia da Universidade de Barcelona. 2002. Tese de Doutoramento.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. SIGN Publication, 2000; 47.