

# UM PROGRAMA DE SAÚDE ORAL PARA OS JOVENS PORTUGUESES

## Dez Propostas

CÉSAR MEXIA DE ALMEIDA

Faculdade de Medicina Dentária. Universidade de Lisboa. Lisboa.

### RESUMO

Após uma breve análise de situação com base em estudos epidemiológicos transversais de prevalência das doenças orais levados a cabo pelo autor, este apresenta um conjunto de propostas para a organização da prevenção e tratamento destas doenças, nomeadamente da cárie, nos jovens, desde o nascimento até aos 18 anos. As propostas, predominantemente no campo preventivo, têm em vista a obtenção do máximo efeito com métodos simples e económicos, a que todos os jovens podem ter acesso, em qualquer parcela do território nacional, e estão centradas na higiene oral e na aplicação tópica de fluoretos veiculados pela pasta de dentes. Estas propostas constituem também as bases essenciais da prevenção das doenças periodontais do adulto e idoso salientando-se que a aquisição precoce do hábito escovagem correcta dos dentes é essencial para a sua importante persistência ao longo de toda a vida.

### SUMMARY

#### An Oral Health Program for Portuguese youngsters: 10 proposals

After a brief analysis of the current situation, based on transversal epidemiological studies on oral diseases, namely malocclusion, periodontal diseases and caries, accomplished by the author, a proposal for the organisation of the prevention and treatment phase of oral diseases in youngsters is presented. This proposal is aimed at obtaining the maximum effect with the simplest possible methods. It is centred on oral hygiene and the topical application of fluoride dentifrice and can be applied in every place by all youngsters. These are the essential bases for the prevention of periodontal diseases, in addition to caries. The early acquisition of the oral hygiene habits is essential for their important persistence along life.

### INTRODUÇÃO

A Divisão de Saúde Oral (DSO) da então Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) inicia, em 1985, a execução do *Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar*<sup>1</sup>. É um programa exclusivamente preventivo que tem como objectivos *promover a higiene oral, a educação alimentar e aumentar a resistência do dente aos agentes agressores*. A população alvo é a que frequenta os jardins infantis e escolas primárias e as acções

prioritárias são a administração de comprimidos ou bochechos de fluoreto de sódio e a aplicação de selantes de fissuras<sup>2</sup>.

Ao fim de 14 anos de implementação mantendo aquelas acções prioritárias poderá ter chegado o momento da revisão deste programa e é nessa perspectiva que estas propostas podem constituir uma contribuição. Tanto mais que entretanto se acumulou mais experiência com os programas em curso noutros países<sup>3</sup>, se verificaram

alterações nos conhecimentos relacionados com a interpretação do mecanismo de acção dos fluoretos na prevenção da cárie<sup>4</sup> e se justifica dar um grande impulso no programa mediante a inclusão dos tratamentos finalmente previstos na circular normativa de 1999<sup>5</sup>.

Quanto à importância que as doenças da cavidade oral têm para a saúde e bem estar do jovem deve assinalar-se que num estudo realizado em 1993 e que teve como base de análise as opiniões dos médicos e enfermeiros ligados à saúde escolar na ARS de Lisboa, a cárie dentária aparece como o segundo problema de saúde dos 225 243 jovens das 1 243 escolas abrangidas por aquela ARS, logo após o conjunto dos problemas de visão, audição e linguagem<sup>6</sup>.

Apesar da dimensão do problema podemos também constatar que entre os 221 profissionais interrogados (93% do total) não se encontrava nenhum higienista oral e estes são, neste momento, os únicos profissionais especifica e exclusivamente preparados para as acções de prevenção das doenças orais. É verdade que entretanto e muito recentemente se iniciaram as contratações de higienistas orais, e também médicos-dentistas, na ARS de Lisboa mas ainda é preocupante o facto de no já citado estudo de Lima se referir que há profissionais que contestam mesmo a existência da saúde escolar como valência específica visto que a saúde infantil asseguraria as suas actividades. No actual contexto admitimos que o desaparecimento da saúde escolar poderia acarretar o desaparecimento automático de todas as acções colectivas de prevenção em saúde oral nas nossas escolas e representaria um recuo de 100 anos na saúde oral. Mas esta hipótese estará certamente fora de consideração pelas nossas autoridades políticas e administrativas do campo da saúde.

### ANÁLISE DE SITUAÇÃO

A breve análise de situação que apresentamos tem como base os resultados obtidos nos dois inquéritos exploradores realizados em 1983-84 e 1989-90<sup>4,7-9</sup> nos quais foram observados respectivamente 1290 (6 anos, n=647; 12 anos, n=643) e 2123 jovens (6 anos, n=714; 12 anos, n=715; 15 anos, n=704). Incide exclusivamente sobre alguns aspectos da presença da cárie nas dentições decídua e permanente dos nossos jovens com 6, 12 ou 15 anos e sobre os seus hábitos de higiene oral. As outras doenças estudadas, como as anomalias dento-faciais, as doenças do periodonto, as fluoroses e as sequelas dentárias dos traumatismos da face não serão aqui abordadas.

Na dentição decídua dos jovens com seis anos, em 1990, constata-se que a média de dentes afectados é elevada (cpod: 4.21+-3.91 d.p.), que só uma muito pequena percentagem de dentes decíduos foi tratada (3%), que o

incremento anual médio, isto é, a média de novas cáries por indivíduo e por ano, também é elevado (0.77) (Quadro I). Verifica-se uma associação significativa com o habitat e o nível sócio-económico (Quadro II) de que resultam assimetrias relevantes com um claro agravamento à medida que o nível sócio-económico desce e nos afastamos dos centros urbanos do litoral e penetramos no mundo rural. Os centros urbanos do interior situam-se numa posição intermédia.

Quadro I - Gravidade da cárie aos 6 e 12 anos

	D. decídua 6 anos	D. permanente 12 anos
cpo/CPO	4.21	3.15
c/C	95%	71%
p/P	2%	7%
o/O	3%	23%
Incremento anual médio	0.77	0.53

C/c: dente cariado; P/p: d. perdido; O/o: d. obturado

Quadro II - Significância estatística da associação com alguns factores, na dentição decídua aos 6 anos

Factores	Significância	Relação entre factores
Sexo	NS	
Habitat	ES**	U<R
Região	ES***	Ch;Be>Pt;CB;Lei;Lx
NSE	ES***	NSE M e B>NSE A
Tempo	ES**	1984>1990 (5.15>4.21;-15%)

\*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001; A: alto, Be: Beja, CB: Castelo-Branco, Ch: Chaves, Lei: Leiria, Lx: Lisboa, M: médio, NSE: nível sócio-económico, Pt: Porto, R: rural, U: urbano

Por sua vez, na dentição permanente, aos 12 anos, a média de dentes afectados é moderada (CPOD: 3.15+-2.87 d.p.), de acordo com os padrões internacionais definidos pela OMS, e o incremento anual médio também é um pouco menor do que na dentição decídua, 0.53 até aos 12 anos (Quadro I). Para o conjunto dos jovens com 12 e 15 anos não se observa associação significativa com o habitat e o nível sócio-económico do que resulta uma ausência de distinção significativa entre o habitat urbano e o habitat rural e entre os níveis sócio-económicos alto e baixo. Verificou-se mesmo tendência para o habitat urbano surgir com CPOD mais elevado do que o habitat rural, ao contrário do que se constatou na dentição decídua. Portanto, na dentição permanente aos 12 e 15 anos, há um certo nivelamento ou esbatimento das diferenças por habitat e por nível sócio-económico e mesmo uma tendência para piores índices em meio urbano, ao reverso do observado na dentição decídua.

Deve assinalar-se que os maus índices de saúde oral, apresentados pelos jovens de seis anos das regiões sub-urbanas de Lisboa e Porto e das regiões rurais, estão associados a comportamentos menos saudáveis, enquan-

to que nos jovens com 12 e 15 anos das mesmas zonas rurais, apesar dos comportamentos continuarem a ser pouco saudáveis, apresentam, como referimos, valores de prevalência e gravidade da cárie baixos ou muito baixos, tal como ocorria antes do início do desenvolvimento industrial. A explicação habitualmente dada para este facto, nas sociedades pré-industriais, era de que nos meios rurais se conservavam os hábitos alimentares tradicionais, isto é, uma dieta pouco cariogénica porque menos rica em hidratos de carbono fermentescíveis.

Refira-se também que constatámos que 50% dos dentes cariados se concentram em cerca de 20% da população, quer na dentição decídua quer na dentição permanente. Portanto o risco de cárie encontra-se concentrado numa minoria, cerca de um quinto da população.

Entretanto, e pelo que respeita ao nível de tratamento da cárie presente, verificou-se quase total ausência de tratamento na dentição decídua (dentes tratados, 0: 3%) (Quadro I), na sequência de uma velha tradição de que não seria necessário tratar os dentes de *leite*. Também é muito baixo o tratamento na dentição permanente aos 12 anos (dentes tratados, 0: 23%). Assim se explicam as frequentes situações de dor e abscessos dentários nos jovens que frequentam as nossas escolas secundárias.

Finalmente, só cerca de 60% dos jovens com 12 e 15 anos afirmam que escovam os dentes diariamente (Quadro III e Figura 1) e uma percentagem idêntica consultou o dentista no ano anterior (Quadro IV e Figura 2).

**Quadro III - Escovagem diária nos jovens com 12 e 15 anos e associações significativas**

Média = 60%		
Ass. ES***	idade	12A:51 15A:69
ES***	sexo	M:54 F:66
ES***	habitat	U:66 R:46
ES***	região	LV:78(Pt) - 40(Be)
ES***	NSE	LV:90(A) - 50(B)
ES***	LC	LV:91(Pt A) - 40(Be U)

\*\*\*  $p < 0.001$ ; BeU: Beja habitat urbano; LV: limites de variação; PtA: Porto nível sócio-económico alto

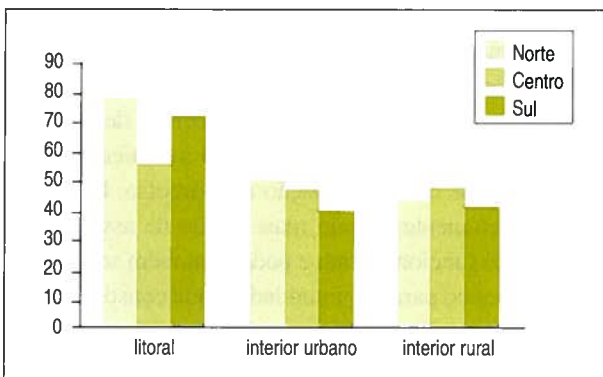


Fig. 1 - Distribuição da escovagem diária nos jovens de 12 e 15 anos (%)

**Quadro IV - Utilização de serviços pelos jovens com 12 e 15 anos (%) e associações significativas**

Média = 58		
Ass. ES*	idade	12A:55 15A:60
ES*	sexo	M:55 F:60
ES***	habitat	U:65 R:40
ES***	região	LV:70(Pt) - 36(Be)
ES***	NSE	LV:76(A) - 47(B)
ES***	LC	LV:82(Pt A) - 24(Be R)

\*\*\*  $p < 0.05$ ; \*\*\*  $p < 0.001$

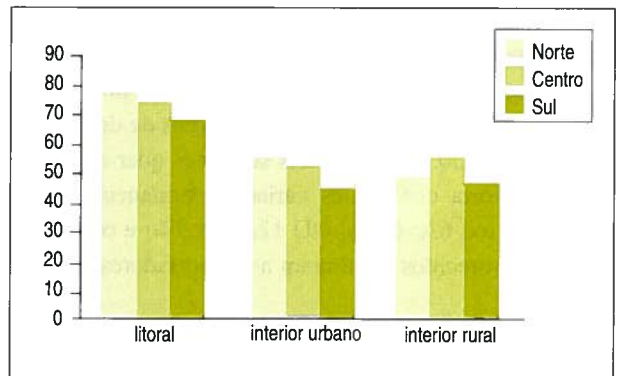


Fig. 2 - Distribuição da utilização de serviços nos jovens de 12 e 15 anos

Este o panorama em 1990. Entretanto e apesar de tudo, apresentava sinais de melhoria em relação a 1984 com redução do cpod aos 6 anos e do CPOD aos 12 anos em cerca de 10%. Desde então aquele panorama sofreu certamente alteração e admitimos que a evolução verificada tenha mantido o sentido favorável revelado no período de 1984 a 1990. Para além do aumento do número de dentistas em exercício, a capitação média de consumo de pasta dentífrica fluoretada manteve a subida anual que se vinha verificando desde 1984<sup>4</sup>. Aliás sabemos que muitos autores<sup>10</sup> têm atribuído uma importância crescente à utilização das pastas dentífricas fluoretadas na redução da prevalência da cárie dentária. Além de que o programa de saúde oral em saúde escolar introduzido pela DSO e continuado pela Divisão de Saúde Escolar, ainda que não se tenha estendido a todo o país, também já deve ter começado a produzir efeitos sensíveis, agora que já ultrapassámos o 14º ano da sua implementação. Assim como deve ser salientada a importância das campanhas promocionais das empresas do ramo.

O conhecimento que recentemente adquirimos da situação na área de um centro de saúde de Lisboa (publicação em preparação) leva-nos a admitir que pelo menos nalgumas áreas do país, nos estratos médio e baixo, a média de dentes cariados terá descido e a percentagem de isentos de cárie terá subido, mas continua a verificar-se, quer na dentição decídua quer na dentição permanente até aos 15 anos, que a grande maioria dos dentes caria-

dos não sofreu qualquer tratamento e caminha irreversivelmente para a destruição completa e consequente extracção. Esta situação verifica-se principalmente nos jovens de grupos desfavorecidos que apresentam mais elevado risco do ponto de vista global dos seus comportamentos (não escovam os dentes, têm hábitos dietéticos desorganizados, ingestão frequente de guloseimas ou outros cariogénicos, não frequentam nunca o dentista).

No momento em que se efectua a publicação deste artigo já dispomos dos dados preliminares do III Inquérito Nacional Explorador, realizado em 1999. Podemos confirmar que o sentido favorável de 1984 a 1990 se manteve no período de 1990-99, tendo-se obtido nos jovens com seis anos o cpod de 2.14 e nos jovens de doze anos o CPOD de 1.50. Mas quer aos seis anos quer aos doze anos a maioria dos dentes cariados permanecem sem tratamento (od 6A: 6.5%; OD 12A: 38.0%) e os jovens mais desfavorecidos continuam a ser portadores da pior saúde oral.

## PROPOSTAS

As dez propostas que se apresentam visam acelerar as tendências favoráveis detectadas, melhorar significativamente a assistência às situações de dor e infecção e propor programas concretos de prevenção e tratamento da cárie que têm subjacente o estabelecimento dum programa preventivo simples, a cargo do sector público, centrado sobre a escovagem dos dentes e a aplicação tópica de fluoreto sob a forma de pasta dentífrica fluoretada. Inclui medidas que já estão a ser executadas deste 1985 mas o acento tónico das acções é muito distinto. Essencialmente têm em vista que o *principal objectivo de serviços de pública dentária modernos e efectivos é evitar intervenções operatórias dentárias através do treino intensivo de higiene oral a efectuar em casa*<sup>11</sup>.

De uma forma mais pormenorizada as propostas que se formulam são as seguintes:

1 - Organização de um serviço ou sistema, de nível essencialmente municipal destinado á prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças da boca para todos os nossos jovens, desde o nascimento até aos 18 anos, definindo claramente os actos médicos preventivos e curativos a efectuar, de acordo com os níveis etários, assim como os responsáveis pela sua execução. O diagnóstico precoce, a prevenção e a orientação imediata para o tratamento poderiam ficar a cargo das valências de saúde escolar dos Centros de Saúde enquanto o tratamento, na totalidade ou em parte, seria da responsabilidade do sector privado mediante contractualização de

âmbito nacional ou no âmbito dos sistemas locais de saúde (SLS).

A organização da prestação destes serviços poderá tomar a forma de um sistema municipal estruturado para a promoção da saúde oral, integrado nos cuidados de saúde primários em saúde escolar do centro de saúde. Ou tomar mesmo a forma de um serviço autónomo de nível nacional, (eventualmente designado Serviço Nacional de Saúde Oral Escolar, SNSOE) tal como existe noutros países. Em qualquer caso articulado com a globalidade da saúde escolar na sua actuação periférica, mas dotado de autonomia suficiente em virtude da grande prevalência da cárie e da especificidade da abordagem da prevenção e tratamento das doenças orais. A este propósito pode referir-se que para um observador exterior desconhecedor dos motivos que a determinaram, a extinção da Divisão de Saúde Oral parece um recuo sobre uma decisão já de si tomada com mais de 50 anos de atraso. Na fase em que se encontra a nossa saúde oral parece que seria ainda necessária uma estrutura autónoma de gestão normativa ao nível da Direcção Geral de Saúde, ainda que se possa admitir a transferência de algumas competências, a médio prazo, para as regiões de saúde ou mesmo para os centros de saúde.

Sugere-se uma cuidadosa e clara selecção e definição dos actos preventivos e curativos abrangidos pelo sistema ou serviço, tendo em atenção que possam efectivamente vir a ser administrados a toda a população jovem sem excepções por constrangimentos previsíveis de recursos humanos, de equipamento, de meios financeiros ou outras causas. Isto é, assegurando o respeito total pelas universalidade e equidade de acesso.

2 - Prioridade para o tratamento da dor e infecção e para as acções preventivas de natureza colectiva. Pelo que respeita às acções de tratamento é necessário começar pelo que é mais urgente, o tratamento da dor e da infecção, e é indispensável organizar um sistema de atendimento imediato (nas 12 a 36 horas seguintes) para estas situações. Os jovens com poucos recursos não têm neste momento meio de resolver estes problemas. Haverá, pelo menos duas alternativas: utilização dos centros de saúde que dispõem de equipamentos dentários e instalar aí uma consulta, ou o recurso à clínica privada pelo sistema de participação e reembolso. Este último será certamente o meio mais rápido de assegurar o seu início de funcionamento e poderá também ser o meio mais económico para a comunidade. Pode constituir também o arranque das acções coordenadas e integradoras de um SLS na área da saúde oral.

Quanto às acções preventivas de natureza colectiva pri-

oridade para a educação para a saúde em saúde oral (ESSO) tendo como núcleo central a promoção de comportamentos saudáveis na higiene oral e na alimentação. Para a saúde geral é indispensável a existência de uma prática de manutenção da saúde oral e a escovagem dos dentes continua a assumir nos nossos dias um papel extremamente relevante em especial quando usada concomitantemente com a pasta de dentes fluoretada. Para a sua consolidação como hábito é importante que os jovens iniciem a sua prática de forma muito precoce, com a ajuda dos pais, desde o nascimento dos primeiros dentes. Do ponto de vista prático uma das formas de iniciarmos todos os nossos jovens nesta medida de higiene que não é senão uma das medidas básicas de higiene corporal geral, seria introduzirmos a escovagem diária dos dentes em todas as pré-escolas, talvez também, nos 1º e 2º anos do básico. Seria desejável que esta escovagem fosse executada sob a orientação dos educadores de infância, no âmbito do ensino das atitudes visando a higiene geral tal como o ensino da lavagem das mãos antes das refeições, com supervisão, 2 a 3 vezes por ano, por higienistas orais. Há jardins de infância onde esta prática já é actualmente seguida, outras suspenderam pelo receio de transmissão de doenças infecto-contagiosas. Este receio não tem, no entanto, qualquer fundamento, quando a escovagem é executada em condições normais e parece que seria importante empreender, sem grandes alardes, acções de esclarecimento sobre este tema.

Será também desejável que as crianças, e sobretudo os pais das crianças com menos de três anos, recebam influência das acções de promoção da saúde oral. Talvez que para estas crianças seja possível iniciar as acções colectivas de ESSO nas creches já em funcionamento e junto das mães que frequentam, nos centros de saúde, as consultas de obstetrícia e de saúde materno-infantil. De forma a que saibam o que devem e o que não devem dar de comer aos seus filhos e que aprendam a limpar-lhes ou escovar-lhes os dentes, uma vez ao dia, com a pasta de dentes, desde o nascimento dos primeiros dentes até aos 2 ou 3 anos, idade em que a escovagem deve passar a ser efectuada duas vezes ao dia sendo uma delas, de acordo com esta proposta, efectuada desde então no jardim infantil.

O ensino da remoção da placa bacteriana (RPB) nos jardins de infância terá em vista o progressivo assumir pelo jovem das suas responsabilidades nos auto-cuidados de higiene oral devendo o jovem vir a tornar-se totalmente autónomo pelos 6 a 8 anos. A partir do terceiro ano de escolaridade básica poderá não haver já necessidade de escovagem diária na escola mas ter-se-á em consideração

a necessidade de uma revisão individual ou colectiva anual ou bianual a realizar continuamente até cerca dos 15 anos. Da nossa experiência de contacto com estes jovens admitimos que a sua resposta é mais favorável do que se esperaria e que os valores da aparência continuam a ter um influência mobilizadora muito positiva.

Como objectivo para o controlo da RPB, a efectuar uma ou duas vezes ao ano nos jovens com mais de oito anos, propomos um mínimo de 50% de jovens com mais de 75% de placa bacteriana removida.

Afim de ajudar a implementação da escovagem dos dentes e da utilização das pastas de dentes fluoretadas admitimos que seja de analisar a hipótese da sua oferta gratuita a todos os jovens no início do ensino na creche ou no jardim infantil.

Tem de se assinalar que às crianças que efectuem diária e regularmente a sua escovagem de dentes e usam naturalmente pasta de dentes fluoretada, não se devem administrar suplementos de fluoreto de sódio por ser desnecessário e haver risco de fluorose.

Quanto à educação para a saúde em alimentação nos aspectos relacionados com a saúde oral a referência será uma alimentação saudável e os alvos principais os jovens, os pais, os educadores de infância e os professores. Deverá ser ministrado por higienistas orais com preparação complementar na área das relações entre saúde oral e dieta.

O aconselhamento dietético no âmbito da saúde oral deverá estar integrado num conceito mais alargado de nutrição saudável podendo ser um contributo muito importante para o desenvolvimento de uma escola promotora de saúde e a sua potenciação na promoção da saúde dos estudantes, dos docentes, das suas famílias e das suas comunidades, na perspectiva proposta pela OMS<sup>12</sup>. Poderá ser analisada a hipótese de o aconselhamento dietético para a prevenção da cárie ser integrado com o aconselhamento dietético a efectuar para a prevenção da diabetes, da hipertensão e da aterosclerose em perspectiva que é idêntica à das propostas dos programas CINDI<sup>13</sup>.

Parece-nos também indispensável que se revejam os critérios de selecção dos alimentos e guloseimas a vender pelas cantinas escolares e pelas pastelarias que circundam as escolas, e que se apliquem as recomendações formuladas pelo CNAN em 1987<sup>14</sup>.

3 - Implementação das acções preventivas efectuada de forma progressiva quer quanto ao território quer quanto aos jovens a abranger pelo sistema. Com a recente oficialização do ensino pré-escolar desde os três anos é a esse nível que sugerimos que se verifique a entrada dos

jovens no sistema de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, devendo abranger todos os jovens da rede privada e pública do pré-escolar, se não poder ser antes. Porque o ideal, tal como já referimos, seria uma entrada mais precoce ainda, pelos 6 a 12 meses de idade, para permitir a adequada educação em saúde oral das mães antes de se iniciarem os hábitos errados. Não devemos esquecer que aos três anos algumas crianças já têm a sua dentição totalmente destruída por hábitos tradicionais como a chupeta com mel ou açúcar ou a administração repetida de bolachas (cárie precoce da infância). Adiante referiremos que a observação inicial deverá ter o seu registo imediato em programa informático.

Talvez se justifique considerar um calendário faseado quanto às sub-regiões de saúde a abranger progressivamente com o programa preventivo estabelecendo incentivos para a sua implementação.

Enquanto propomos um acesso progressivo ao sistema preventivo, com entrada no sistema sempre pelo limite etário inferior, a admissão aos tratamentos de urgência por dor ou infecção verificar-se-ia, desde o início, para todos os jovens até aos 18 anos de idade.

Acrescente-se que a implementação dos programas preventivos deve (*tem*) de ser precedida de rastreios efectuados por observadores calibrados, segundo os critérios de diagnóstico da OMS, afim de permitir análise comparativa transversal e prospectiva dos resultados.

4 - Separação completa dos efectores da vertente preventiva e dos efectores da vertente curativa, pelo menos durante os primeiros anos de implementação do programa até uma fundamentada avaliação posterior. Portanto: todas as acções de educação para a saúde e de controlo anual ou bianual a cargo das valências de saúde escolar dos centros de saúde, todas as acções curativas a cargo do sector privado. Alguns centros de saúde já contratam higienistas orais para os seus serviços de saúde escolar, uma medida que se saúda vivamente, no entanto tem lhes sido atribuída como missão essencial ou exclusiva a aplicação de selantes de fissuras.

Sobre a utilização generalizada dos selantes de fissuras como medida colectiva de prevenção desde sempre tenho manifestado algumas reservas. Porque a sua indicação deve ser feita caso a caso, segundo critérios de inclusão específicos, caso contrário torna-se uma medida com relação custo benefício muito desfavorável. Seria importante que se procedesse a uma avaliação rigorosa dos resultados obtidos com a sua utilização nos nossos jovens.

Atente-se no facto, que não é certamente casual, de que no programa elaborado por uma comissão pan-

européia, sobre a futura política de saúde na Comunidade Europeia (27 de Outubro de 1998) e que tem o título *Saúde oral na Europa: um problema para os grupos desfavorecidos*, nem uma só palavra é dedicada ao uso de selantes de fissuras, o que penso que põe bem em evidência a importância que lhes é atribuída, como medida de prevenção a utilizar em saúde pública, pelos 17 peritos de seis países e pela conferência dos directores das administrações dos serviços de saúde pública oral (Council of Chief Dental Officers) de todos os países da Comunidade Europeia<sup>15</sup>.

Aliás de Burt e Eklund pode ser extraída a seguinte afirmação: ... *aplicar selantes somente em dentes com lesões iniciais pode ser eficiente mas a aplicação cega a todos os dentes em risco não o será*<sup>16</sup>.

5 - Introdução dos dados da observação anual de todas as crianças em sistema informático adequado parecendo importante que o serviço central, na DGS, a eles tenha acesso. Esta poderia ser, além das missões de ESSO, uma das missões essenciais dos higienistas orais. Desta forma os dados de prevalência e gravidade estarão permanentemente actualizados e será possível ir seguindo a par e passo a evolução da situação em cada jovem de todo o país. Esta observação realizada anual ou bianualmente poderia também constituir a base do diagnóstico precoce das cáries activas cavitadas exigindo tratamento operatório, podendo ser extraída de imediato do computador a informação correspondente para os serviços de tratamento (públicos ou privados). Quanto a recursos económicos para a aquisição dos computadores sugiro que seja utilizado o dinheiro gasto no programa de selantes e na aquisição de equipamentos móveis.

6 - Objectivos centrais da intervenção preventiva claros, realistas e diversificados para cada centro de saúde, de acordo com os valores de partida. Os objectivos propostos no novo *Programa de promoção da saúde oral*<sup>5</sup> parecem-me realistas e adequados. No entanto, atendendo à diversidade de situações presentes nos diferentes centros de saúde, melhor ainda será estabelecer objectivos teóricos de nível nacional diversificados de acordo com os valores actualmente presentes na área de cada centro de saúde, o que implica naturalmente uma observação pelo menos anual de todas as crianças na área do centro de saúde. Sugiro uma melhoria de 10% ao ano para o CPO/cpo aos 6 e 12 anos em cada centro de saúde. E uma subida, também de 10% ao ano na percentagem de jovens com 12 a 15 anos que removem mais de 75% da placa bacteriana.

7 - As acções preventivas do programa devem ser organizadas, supervisionadas e eventualmente executadas,

quando não possa haver delegação noutras pessoas do sistema educativo, por técnicos especificamente preparados (dentistas ou higienistas orais) e admitimos que poderá ser benéfico que constituam equipas de dois membros. Numa primeira aproximação ao cálculo dos recursos humanos necessários admitimos que cada equipa poderá supervisionar 10 a 15 000 crianças ou jovens adolescentes por ano. Seriam assim necessários 28 a 30 higienistas para supervisionar as acções preventivas das 206 000 crianças que, segundo a comunicação social, vão ingressar em 1998-99 nos jardins de infância. E seria por estes jovens, e todos eles, que deveríamos começar um programa efectivamente nacional de prevenção das doenças orais, o qual se alargaria em cada ano com as novas cohortes de jovens entrando na pré-escola e não se abandonando os já entrados no sistema nos anos anteriores.

Aqueles números tiveram a seguinte base de cálculo: 2 minutos para cada observação, 30 crianças por hora, 120 por manhã (30x4), 600 por semana (120x5), 1200 por mês para dois higienistas (600x2), num ano cerca de 13 200 jovens (1200x11), ficando ainda tempo livre para a educação para a saúde em saúde oral em que os dois membros da equipa já podem actuar separadamente, e para tarefas de ordem administrativa, coordenação e gestão. Saliento que este cálculo é somente um ponto de partida porque tem um fundamento exclusivamente teórico e não foi tomada em consideração a experiência já adquirida nos centros de saúde. Observações e instrução seriam efectuadas nas escolas. Ou observação no centro de saúde, deslocando-se as crianças em autocarro (possivelmente maior consumo de tempo e de recursos económicos). Assinala-se que para uma observação diagnóstica não é necessário qualquer equipamento dentário fixo ou móvel. Quanto ao número de higienistas necessários alargar-se-ia sucessivamente durante alguns anos com a entrada de novas cohortes de alunos. Dado o número limitado de higienistas que se formam actualmente poderia ser necessário o estabelecimento de contratos programa com as Faculdades de Medicina Dentária no sentido de formarem números adequados às necessidades dos sectores públicos e privado.

8 - Para o tratamento das cáries diagnosticadas teria de se encontrar a solução com melhor relação custo/benefício. O sistema de reembolso de tratamentos efectuados em clínica privada será uma hipótese a encarar, talvez num sistema totalmente aberto, isto é, sem contractos individualizados. Mas os serviços de saúde pública podem desejar ter serviços de tratamento próprios. Admito que para uma melhor economia de custos é

importante uma concentração de gabinetes em serviços médico-dentários de razoável dimensão (5 a 10 gabinetes) reunindo as diferentes especialidades, isto é, cirurgiões oro-maxilo-faciais, patologistas orais, médicos estomatologistas ou médicos dentistas e higienistas orais. Aliás a circular normativa da DGS<sup>5</sup> já admite um programa de intervenção médico-dentário, executado por estomatologistas e médico-dentistas, em clínica privada, sob contractualização, o que pode constituir um grande passo em frente para a saúde oral dos nossos jovens. Mas refere, por outro lado, que a vigilância de saúde dentária e tratamento de dentes permanentes cariados se verifique aos 10 e aos 16 anos. Se este normativo indica que só aos 10 e aos 16 anos haverá possibilidade de envio para tratamento tem de referir-se que se trata de uma norma que nos parece completamente desajustada das necessidades reais. A vigilância da saúde oral tem de ser constante, o que em termos práticos e para a generalidade da população, quer dizer bianual e incluir quatro Rx interproximais a intervalos de 12 a 24 meses consoante o risco individual.

9 - Estudo dos programas de saúde oral desenvolvidos pelos países do Norte da Europa. Sugiro que se estude a organização e programas que estão em vigor em países como a Irlanda, Reino Unido, Holanda, Noruega, Dinamarca ou Suíça e se estabeleçam protocolos de intercâmbio da experiência adquirida.

10 - Gestão descentralizada ao nível das regiões de saúde por profissionais com formação específica em saúde pública oral, com nível mínimo de mestrado em medicina dentária preventiva, poderia também constituir um futuro factor adicional a contribuir para o êxito de todas as acções a desenvolver em prol da saúde oral dos jovens e adultos, tendo em conta as normas orientadoras emanadas da Direcção Geral de Saúde através da Divisão de Saúde Escolar ou de uma renascida Divisão de Saúde Oral.

## BIBLIOGRAFIA

1. CALADO R, NAVARRO MF, COSTA MJB: Programa de saúde oral em saúde escolar: 1ª fase de execução. Rev Port Saúde Pública 1989;17:25-34.
2. DGCSP/DSO: Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Ano 3º - 1988/89. Lisboa: Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários 1988.
3. POLARD MA, DUGGAL MS, TOUMBA KJ, CURZON MEJ: Caries preventive strategies. Brussels: International Life Sciences Institute Europe 1995.
4. ALMEIDA CM: As doenças da cavidade oral nos jovens portugueses: estudo epidemiológico (dissertação de doutoramento). Lisboa: Faculdade de Medicina 1997.
5. DGS. Programa de promoção da saúde oral nas crianças e adolescentes. Circular Normativa, 6/DSE. Lisboa: Direcção Geral de Saúde,

6. LIMA D: A saúde escolar na ARS de Lisboa: Que perspectivas para o futuro? Rev Port Saúde Pública 1993; 11:51-60.
7. ALMEIDA CM, EMÍLIO MC, MOELLER I, MARTHALER T: 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1990; 31:137-49.
8. ALMEIDA CM, EMÍLIO MC, MOELLER I, MARTHALER T: 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1990; 31:215-30.
9. ALMEIDA CM, EMÍLIO MC, MOELLER I, MARTHALER T: 1º Inquérito Nacional Explorador de prevalência das doenças e necessidades de tratamento na cavidade oral. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1990; 32:9-22.
10. MARTHALER T: The prevalence of dental caries in Europe. Caries Res 1996; 30; 237-55.
11. SCHOU L: Behavioral aspects of dental plaque control measures: an oral health promotion perspective. In: LANG NP, ATTSTROM R, LOE H, editors. Proceedings of the European Workshop on Mechanical Plaque Control. Chicago: Quintessence 1998: 287-99.
12. NAKAJIMA H: Health-promoting schools. World Health 1996; 49th year (4):3.
13. INCP: Programa *Cindi* de prevenção da doença e promoção da saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva 1986.
14. CNAN: Contribuição para uma política alimentar e nutricional em Portugal. Situação alimentar e nutricional portuguesa. Recomendações do CNAN para a melhoria da situação existente. Lisboa: Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição 1989.
15. LENNON MA: Dental Health in Europe: a problem for disadvantaged groups. Liverpool: University of Liverpool 1999.
16. BURT BA, EKLUND AS: Community-based strategies for preventing dental caries. In: PINE C, editor. Community Oral Health, reprint. Oxford: Wright 1998:112-20.

---

NOTA DE DIRECÇÃO: Artigo publicado na Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 1999; 40, autorizado pela Direcção da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.