



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

Angela Maria Caçador Ferreira

**PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL:  
CONTRIBUTOS DO VERNIZ DE FLÚOR**

**Curso de Mestrado  
Promoção e Educação para a Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação dos  
Professor Doutor Luís Graça  
Licenciado Luís Delgado**

Dezembro de 2015

# RESUMO

A evidência sugere que medidas adequadas de promoção da saúde oral iniciadas em idades precoces têm relevantes ganhos em saúde, a baixo custo.

Este projeto de mestrado em promoção e educação para saúde surge integrado no Projeto Piloto de Intervenção em Saúde Oral da Unidade de Saúde Pública (USP), da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM).

O seu principal objetivo é desenvolver uma estratégia para a implementação do projeto da USP.

O projeto piloto de intervenção da USP decorre da execução da Orientação nº 013/2013 da Direção Geral da Saúde (DGS) para o ano letivo 2014/2015, passando posteriormente a ser uma intervenção de carácter regular, com aplicações semestrais de verniz de flúor (soluto de 50mg/ml), nas crianças com idade inferior a sete anos do distrito e que frequentem escolas públicas ou IPSS.

A amostra deste projecto são as 333 crianças nascidas em 2010, a frequentar o ensino pré-escolar público e privado do concelho de Ponte de Lima, tal como os seus pais/encarregados de educação.

Uma vez que se considera que o conhecimento é fundamental para a adaptação de comportamentos saudáveis, foram elaborados materiais adequados à capacidade de compreensão das crianças e efetuadas sessões de trabalho com os pais, no pressuposto de que a família é a primeira instância de socialização da criança e como tal de transmissão de valores e atitudes, nomeadamente no que se refere à higiene oral. É, então, importante conhecer os hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação e das crianças, para delinear estratégias para que consigamos sensibilizá-los para a importância da aplicação do verniz de flúor e da higiene oral.

Fazem parte dessas estratégias vários materiais elaborados, tais como um filme que replica a aplicação de verniz de flúor, um álbum seriado, questionários para os pais/encarregados de educação e para as crianças, e também sessões com os pais/encarregados de educação e com as crianças.

Colocado em prática este projeto de promoção e educação para a saúde é de salientar dos resultados o elevado número de autorizações para a atividade, revelando os efeitos da sensibilização realizada com os pais/encarregados de educação, e o baixo número de crianças que não deixaram colocar o verniz de flúor, demonstrando o resultado da sensibilização efetuada com as crianças.

Assim, este projeto de intervenção comunitária com a finalidade de promover a saúde oral foi de elevada importância, conseguindo sensibilizar o público alvo para a pertinência da aplicação de verniz de flúor e da higiene oral.

Palavras Chave: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DA DOENÇA, VERNIZ DE FLÚOR, CÁRIE DENTÁRIA, HIGIENE DENTÁRIA.

# ABSTRACT

Evidence suggests that appropriate measures for promoting oral hygiene from an early age have significant health benefits at low cost. This Master's degree study into health promotion and education is integrated within the Pilot Project for Oral Health Intervention set up by the Public Health Unit (*Unidade de Saúde Pública - USP*) of the Alto Minho Local Health Unit (*Unidade Local de Saúde do Alto Minho - ULSAM*). Its main goal is to develop a strategy for implementing the USP's project.

The USP intervention pilot project arises from the implementation of directive no. 013/2013 from the General Health Directorate (*Direção Geral de Saúde - DGS*) for the school year 2014/2015, which has since become a regular intervention, with biannual applications of fluoride varnish (50mg/ml solute), in children under the age of seven in the region who attend state schools or private institutions of social solidarity (IPSS).

The sample of this project are the 333 children born in 2010, attending public and private pre-school education of Ponte de Lima municipality, as their parents / guardians.

Since knowledge is considered to be essential for the adaptation of healthy behaviours, materials suited to a child's level of understanding were prepared and workshops were held with parents, on the assumption that children's primary socialization comes from their family, and with it the first transmission of values and attitudes, including those related to oral hygiene. It is, therefore, important to know the oral health habits of both children and their parents/guardians so as to devise strategies to raise awareness of the importance of applying fluoride varnish and oral hygiene.

These strategies included preparing various materials, including a film replicating the application of fluoride varnish; a serialised album; questionnaires for parents/guardians and children, as well as workshops with parents/guardians and children.

The results gathered from this study into health promotion and education show a high number of instances where oral health activity was authorised, revealing the effect of raising the awareness of parents/guardians, and a low number of children who did not allow fluoride varnish to be applied, indicating the effect of raising children's awareness.

Therefore, this community intervention study aimed at promoting oral health was highly significant, successfully raising awareness among the target group of the importance of applying fluoride varnish and oral hygiene.

Keywords: HEALTH PROMOTION, DISEASE PREVENTION, FLUORIDE VARNISH, DENTAL CAVITY, DENTAL HYGIENE.

# LISTA DE SIGLAS , ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACEP – Associação Cultural e de Educação Popular  
ADHA - American Dental Hygienists Association  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CE – Centro Educativo  
CPI – Cárie Precoce de Infância  
CPOD – Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados  
CPSMG – Casa do Povo de São Martinho da Gandra  
DGS – Direção Geral da Saúde  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
EpS – Educação para a Saúde  
F - Flúor  
FDA – Food and Drugs Administration  
FFA – Fluor fosfato Acidulado  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social  
IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo  
JI – Jardim de Infância  
NaF – Flureto de Sódio  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
pH – potencial de hidrogénio  
PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
ppm – partículas por milhão  
S-ECC – Severy Early Childhood Caries  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SOBE – Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares  
SPSS – Stastical Package for the Social Sciences  
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

USPAM – Unidade de Saúde Pública do Alto Minho

USP – Unidade de Saúde Pública

# ÍNDICE

RESUMO .....	1
ABSTRACT .....	3
LISTA DE SIGLAS , ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS .....	5
ÍNDICE .....	7
ÍNDICE DE FIGURAS .....	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	9
ÍNDICE DE TABELAS .....	9
<b>Introdução</b> .....	10
<b>1 A Promoção da Saúde e a Saúde Oral</b> .....	15
1.1 Breve contextualização da Promoção da Saúde .....	15
1.2 Promoção e Educação para a Saúde .....	16
1.3 O Higienista Oral na Promoção e Educação para a Saúde .....	22
1.4 Programas de promoção da Saúde oral em Portugal .....	24
1.4.1 Projeto Piloto de Intervenção em Saúde Oral da ULSAM .....	29
<b>2 Saúde Oral na Infância</b> .....	32
2.1 Cárie Dentária .....	33
2.2 Hábitos de Higiene Oral e Comportamentos das Crianças .....	37
<b>3 Promoção da saúde oral na infância: contributos do verniz de flúor</b> .....	40
3.1 Verniz de Flúor: Fundamentos .....	40
3.2 Evidências do Verniz de Flúor na Prevenção da Cárie .....	43
<b>4 Projeto de intervenção</b> .....	45
4.1 Finalidades e Objetivos .....	45
4.2 População e Amostra .....	46
4.3 Material Elaborado .....	47
4.4 Intervenção, Procedimentos e Avaliação .....	50
4.5 Tratamento da informação .....	56
<b>5 Resultados</b> .....	58
5.1 Hábitos de Saúde Oral dos Pais/Encarregados de Educação .....	58
5.2 A importância do verniz de Flúor para os Pais/Encarregados de Educação .....	67
5.3 Sensibilização dos pais/encarregados de educação para a Saúde Oral .....	68
5.4 Crianças: Higiene Oral e Verniz de Flúor .....	70
<b>6 Discussão</b> .....	74
<b>Conclusões</b> .....	83



<b>Bibliografia</b> .....	85
<b>Anexos</b> .....	93
Anexo 1 - Folheto da DGS sobre a Aplicação de Vernizes de Flúor.....	94
Anexo 2 - Consentimento Informado/Autorização para as crianças participarem na aplicação de vernizes de flúor.....	96
Anexo 3 – Orientação da DGS relativa à aplicação de verniz de flúor .....	98
<b>Apêndices</b> .....	104
Apêndice 1 - Questionário aos pais/encarregados de educação sobre os seus hábitos de higiene oral e os dos seus educandos.....	105
Apêndice 2 - Questionário às crianças com questões de saúde oral. ....	108
Apêndice 3 - Autorização para as Crianças participarem no Filme.....	110
Apêndice 4 - Capa e Contracapa do filme: “Aplicação de Verniz de Flúor”.....	112
Apêndice 5 - Álbum seriado, adaptação do folheto da DGS. ....	114
Apêndice 6 - Plano de sessão dos pais .....	116
Apêndice 7 - Plano de sessão das Crianças.....	118

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação das funções do Higienista Oral (ADHA,2012).....	24
Figura 2: Tríade de Keyes Modificada (Newburn, 1983).....	33

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Crianças livres de cárie em Portugal vs metas da OMS (DGS, 2000, 2008,2013; WCPD,2005).....	37
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo, no distrito de Viana do Castelo e nos Municípios de Ponte de Lima e de Vila Nova de Cerveira, em 2010 (INE, 2014).	29
Tabela 2: Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo, no distrito de Viana do Castelo e no Município de Ponte de Lima em 2010 (INE, 2014).	46
Tabela 3: Distribuição das crianças, nascidas em 2010, pelos jardins de infância, centros educativos e IPSS's do concelho de Ponte de Lima (n=333).	47
Tabela 4: Distribuição dos encarregados de educação conforme as características sociodemográficas (n=288).	59
Tabela 5: Distribuição dos encarregados de educação conforme os hábitos de higiene oral (n=288).	62
Tabela 6: Distribuição das crianças por sexo (n=288).	64
Tabela 7: Distribuição das crianças conforme os seus hábitos de higiene oral (n=288).	65
Tabela 8: Distribuição dos encarregados de educação em relação às fontes de informação sobre saúde oral (n=288).	67
Tabela 9: Distribuição dos encarregados de educação conforme os conhecimentos sobre flúor e o verniz (n=288).	68
Tabela 10: Distribuição das sessões previstas e realizadas com os pais/encarregados de educação, por agrupamento de escolas (n=20).	69
Tabela 11: Distribuição das crianças, por agrupamento de escolas e centro educativo/jardim de infância, de acordo com a autorização para participarem no projeto (N=333).	69
Tabela 12: Distribuição das crianças, por agrupamento e jardim de infância, relativamente à desmistificação da aplicação do verniz de flúor (n=333).	71
Tabela 13: Distribuição das crianças de acordo com os seus conhecimentos de saúde oral (n=43).	73

## INTRODUÇÃO

As doenças da cavidade oral são consideradas como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, devido à sua elevada incidência e prevalência, pelo seu impacto em termos de dor e sofrimento, disfunção e diminuição da qualidade de vida (Almeida, et al., 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cárie é a doença mais prevalente na infância, 60-90% da população escolarizada em todo o mundo apresenta esta doença (OMS, 2003).

Em Portugal, os estudos realizados revelam uma evolução positiva dos indicadores de cárie, tendo sido registado um aumento da percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos de 17% em 1984 (Almeida, et al., 2003) para 51% em 2005 (DGS, 2008). No III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais da DGS, dados que ainda não foram publicados mas que foram apresentados no Dia Mundial da Saúde Oral em março de 2015, foi referido que 54% da população com 6 anos de idade estava livre de cárie (Bernardo, Gomes, & Mendes, 2015).

A situação da saúde oral na população infantil e juvenil é ainda mais preocupante, se considerarmos a evidência que confirma que a cárie e as doenças periodontais, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (DGS-CNnº1, 2005).

As doenças da cavidade oral têm um forte impacto na qualidade de vida (Zimmer, et al., 2010). Nas crianças podem ainda afetar o seu desempenho a nível escolar e o seu sucesso no futuro (Kwan, et al., 2005). Os problemas de saúde oral, além de representarem um problema de saúde sério, têm fortes repercussões económicas para os indivíduos e para os sistemas de saúde (Patel, 2012).

Portugal, subscreveu a declaração de Liverpool para o Promoção da Saúde Oral no Séc. XXI, da Organização Mundial de Saúde, que afirma que: “A escola deve ser usada como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e prevenção da doença nas crianças e jovens, envolvendo as famílias e as comunidades.” (WCPD, 2005, p.2). Neste âmbito, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), existe desde 2005, e tem

sofrido diversas alterações ao longo dos tempos, sendo as mais evidentes, a contratualização com serviços privados de medicina dentária, com o cheque-dentista, e mais recentemente, em 2011, o Projeto Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares (SOBE). Trata-se de um projeto inovador, centrado na utilização pelos profissionais de saúde e pela comunidade educativa de um conjunto de materiais informativos e didáticos, especialmente concebidos para fins pedagógicos e disponibilizados aos docentes e alunos nas Bibliotecas Escolares da Rede Nacional, as quais se tornaram assim, autênticas instituições promotoras da Saúde Oral (Direção Geral da Saúde; Rede de Bibliotecas Escolares; Plano Nacional de Leitura, 2014).

Ainda ao nível da promoção da Saúde Oral e da prevenção da cárie, o flúor tem sido uma das estratégias mais frequentemente utilizada, nomeadamente sob a forma de comprimidos, gotas ou soluto para bochecho, ainda que com difícil controlo de adesão.

Neste sentido, surge a Orientação nº 013/2013, da Direção-Geral da Saúde (2013), que orienta para a aplicação semestral de verniz de flúor (soluto de 50mg/ml) em crianças com idade inferior a 7 anos, e que frequentem o jardim de infância. Esta é uma dinâmica nova, que deve ser explicada e esclarecida junto dos pais/encarregados de educação, dada a existência de vários estudos que evidenciam a associação entre a prevalência de cárie na criança, os níveis de conhecimento de saúde oral, o nível socioeconómico, o nível de escolaridade e a frequência de visita a profissionais de saúde oral por parte dos pais/encarregados de educação (Rajab, et al., 2002; Szatkho, et al., 2004). Com vista a uma implementação mais eficaz das orientações da DGS e do projeto de intervenção da ULSAM, propôs-se ao nível da área de influência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alto Minho algumas estratégias que facilitem a sua operacionalização, tais como, a criação de elementos facilitadores da intervenção (ações esclarecimento, filmes informativos, álbum seriado). Pretendeu-se que, estas intervenções, fossem esclarecidos conceitos fundamentais relativos à saúde oral, fatores de risco e medidas preventivas a adotar.

As crianças do ensino pré-escolar, ou seja as que se encontram no 2º estadio de desenvolvimento (no estadio pré-operatório), ainda não sabem ler. O material de apoio, anexo à circular disponibilizado pela DGS, não vai, de todo, esclarecer as dúvidas destas crianças por se tratar de material escrito, pelo que se torna necessário a sua adequação à população alvo, com recurso a métodos ativos, participativos e promotores da verbalização, como a contagem de histórias ou o “jogo simbólico”, que, conforme Carvalho (2014), são mais eficazes.

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho de projeto, partindo da inquietação de que é necessário:

- consciencializar os pais/encarregados de educação para a necessidade e pertinência da aplicação de verniz de flúor;
- preparar as crianças para a aplicação de verniz de flúor;
- sensibilizar as crianças para a importância da promoção da saúde oral.

Para isso, avaliamos os comportamentos de saúde oral dos pais/encarregados de educação e a sua perceção sobre o impacto das dinâmicas familiares de higiene oral no estado de saúde oral dos seus educandos, fazemos uma avaliação do processo de implementação do projeto e adaptação dos materiais disponíveis para que as crianças alvo deste processo fossem capazes de compreender a ação.

O higienista oral, foi o técnico de saúde responsável pela operacionalização deste projeto, por ser um técnico com elevados conhecimentos na área da saúde oral, nomeadamente os determinantes que originam o desenvolvimento das doenças orais e os elementos facilitadores da sua prevenção, para além de poder associar estratégias de educação e promoção da saúde. Desta forma pode avaliar a saúde oral e elucidar os pais/encarregados de educação e os seus educandos, em relação a qualquer dúvida ou inquietação.

Este trabalho de projeto encontra-se estruturado em capítulos.

No capítulo 1, é descrito, de forma breve, o percurso da promoção da saúde, a sua evolução, as teorias e modelos de ação, procurando assim explicar os processos organizacionais, o planeamento, a execução e a

avaliação das ações de promoção e educação para a saúde, os programas de promoção para a saúde oral e a sua aplicabilidade, nomeadamente o projeto de intervenção em saúde oral da USP da ULSAM.

No capítulo 2 são apresentados os aspetos relacionados com a saúde oral na infância, hábitos e comportamentos, os valores do índice de dentes cariados, perdidos e obturados de referência e a contextualização nacional e regional.

No capítulo 3 é explicado o que é o verniz de flúor, os seus mecanismos de ação e as evidências para a saúde oral.

No capítulo 4 é descrito o Projeto definem-se os objetivos das medidas introduzidas no projeto, para de seguida se abordar a metodologia geral do projeto e a investigação empírica desenvolvida num estudo, onde é apresentada a especificação dos procedimentos metodológicos, a população e amostra, os instrumentos de avaliação, os procedimentos seguidos e as medidas estatísticas utilizadas na análise de dados.

No capítulo 5, esquematizam-se as intervenções realizadas com os Pais/Encarregados de Educação e com as crianças, avalia-se a perceção dos Pais/Encarregados de Educação sobre o impacto das dinâmicas familiares nos hábitos de higiene oral e no estado de saúde oral dos seus educandos.

No capítulo 6, discutem-se os resultados obtidos.

Por fim, a conclusão, onde são apresentadas as principais evidências da intervenção e da avaliação, as limitações e ainda as sugestões.

As referências bibliográficas, um conjunto de documentos em anexos e em apêndices, também integram este trabalho e suportam a compreensão da pesquisa efetuada.

## 1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A SAÚDE ORAL

Neste capítulo pretende-se contextualizar a promoção da saúde, fazendo um breve resumo da sua história, abordar diferentes fases da educação para a saúde, e esclarecer o papel do higienista oral como promotor e educador para saúde.

### 1.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde começou a ser tida em conta com a declaração de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde (OMS), quando desenvolveu o conceito de cuidados de saúde primários. Em 1978, esta declaração trouxe mais um importante marco no movimento da “Saúde para Todos”, ao reconhecer que a saúde é um objetivo social de primeira importância, instituindo uma nova orientação para a política de saúde, atribuindo especial ênfase ao desenvolvimento das pessoas, à cooperação da sociedade, bem como à criação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Martins, 2005).

Em 1986, realizou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que aconteceu em Ottawa, no Canadá, e aqui se debateu o conceito de promoção da saúde e se deu início ao percurso para a nova saúde pública. A promoção da saúde é definida como o “ processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1998, p.1). Para atingir um estado completo bem-estar físico, mental, e social o individuo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 1998).

Foi assim que a promoção da saúde passou a ser levada em consideração, realmente valorizada e debatida.

Novas conferências e encontros internacionais foram realizados, com o objetivo de fomentar e solidificar as estratégias da Carta de Ottawa e o seu sentido, assim esta carta é, ainda hoje, uma fonte de inspiração e de



orientação para todas as ações de promoção da saúde que se realizaram (Martins, 2005).

Na Conferência de Adelaide, na Austrália, em 1988, tratou-se de dar continuidade às orientações estabelecidas em Alma-Ata e Ottawa, sendo a conferência centrada nas políticas. Em Sundsvall (1991), na Suécia, apelou-se ao empenho ativo em tornar os ambientes (físico, social, económico e político) mais favoráveis à saúde, em vez de contribuírem para a sua deterioração (OMS, 1991). Na Conferência de Jacarta, na Indonésia, em 1997, o objetivo era refletir sobre o que se aprendeu quanto a uma efetiva promoção da saúde, bem como responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI (OMS, 1997). Na Conferência da Cidade do México (2000), concluiu-se que a promoção da saúde deve ser uma componente fundamental das políticas e programas públicos de todos os países na procura pela equidade e por uma saúde melhor para todos (OMS, 2000). Em 2005, em Bangkok, na Tailândia, na sexta Conferência Global da Promoção da Saúde, o principal objetivo foi estabelecer compromissos necessários para abordar questões pertinentes da saúde de forma a promovê-la, redigindo-se o documento Promoção da Saúde num Mundo Globalizado (OMS, 2005).

A sétima Conferência Global de Promoção da Saúde decorreu em Nairobi em 2009, tendo sido a primeira a decorrer em Africa e teve por lema: reduzir o fosso com a promoção da saúde e do desenvolvimento.

Mais recentemente em 2013, em Helsínquia teve lugar a última conferência global de promoção da saúde, centrada em todas as políticas de saúde.

## 1.2 PROMOCÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Todas as Conferências Globais de Promoção da Saúde encontram-se ancoradas na Carta de Otawa, onde para além da definição de Promoção da Saúde, são elencadas as áreas de Promoção da Saúde e os pressupostos para a sua concretização.

Na 1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde estabeleceram-se como áreas de intervenção em promoção da saúde:

- Construir políticas saudáveis que visam “intervir no domínio das políticas públicas saudáveis e advogar, em todos os setores, um claro compromisso político para a saúde e a equidade” (OMS, 1986, p.8);
- Criar ambientes saudáveis em que se pretende “contrariar as pressões a favor dos produtos nocivos e da depleção de recursos, das más condições de vida, dos meios insalubres e da má nutrição; e centrar a atenção em temas de saúde pública, tais como a poluição, os riscos ocupacionais, as condições de habitação e os aglomerados populacionais” (OMS, 1986, p.8);
- Reforçar a ação comunitária que tem por objetivo “combater as desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades” (OMS, 1986, p.8);
- Reorientar as práticas profissionais em que se procura “reorientar os serviços e o modo como se organizam no sentido da promoção da saúde; partilhar o poder com outros setores, outras disciplinas e, acima de tudo, com as próprias populações” (OMS, 1986, p.9).
- Desenvolver competências pessoais cuja finalidade é “reconhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de meios financeiros ou outros, e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar” (OMS, 1986, p.8).

Nesta última, incluiu-se a Educação para a Saúde (EpS) que funciona como um recurso da promoção para a saúde.

A par da evolução histórica, social e cultural, também a EpS se adaptou acompanhando os progressos das ciências da saúde, educação e da comunicação. Com esta evolução foram surgindo modelos de EpS, seguindo as novas linhas de pensamento, realidade social e desenvolvimentos tecnológicos e científicos (Gonzalez, 2002; Koelen & Van den Ban, 2004; Navarro, 1995, 1998; Sanmarti, 1985; Santos, 2000). Existindo por isso vários autores a defenderem diferentes modelos e abordagens. Segundo Sanchez

Moreno, Ramos Garcia e Maset Campos (2000) podem-se observar três gerações da EpS:

- Educação para a Saúde de primeira geração ou centrada na informação, onde se defende que é a ausência de conhecimento que leva a comportamentos não saudáveis. Valoriza a transmissão de saberes do perito de forma unidirecional, variando a sua atitude de democrática a autoritária. Esta abordagem também foi considerada por Lopez Santos em 2000, no modelo biomédico assistencial ou tradicional (Capdevila, Soler, & Fernández, 1999) e na abordagem médica (Koelen e Van den Ban, 2004);
- Educação para a Saúde de segunda geração ou centrada no comportamento. A EpS centrada na informação mostrou-se ineficaz quanto às doenças diretamente relacionadas com os estilos de vida, tornando-se necessário incluir fatores sociais e culturais, reconhecer grupos de risco, considerar a motivação e ferramentas de educação e persuasão, com o objetivo de alterar os comportamentos. Estas iniciativas são orientadas por profissionais envolvendo sempre a comunidade. Esta abordagem pauta-se por privilegiar uma comunicação bidirecional. Também se encontra documentada como de enfoque comportamental (Santos, 2000), modelo preventivo ou crítico (Capdevila, Soler, & Fernández, 1999) ou abordagem persuasiva (Koelen & Van den Ban, 2004). Neste âmbito, para além de se terem desenvolvido vários modelos na área da psicologia, desenvolveram-se ainda modelos específicos, como os Modelos das Crenças em Saúde e Modelo PRECEDE (Moreno, Garcia, & Campos, 2000);
- Educação para a Saúde de terceira geração ou crítica. Tendo as abordagens anteriormente descritas se revelado insuficientes, surgiram outras com o objetivo da mudança social, onde se cria a associação entre a morbimortalidade e determinantes sociais. Aqui a relação profissional-cliente pauta-se pela troca e interação, ou seja de maior simetria. O objetivo é o de capacitar o cliente, para que este possa identificar as necessidades ou os problemas, decidir quais os recursos necessários e ou disponíveis, utilizando-os de forma a solucionar as questões identificadas.

Esta abordagem potencia a participação da comunidade, empoderamento, transformação social e a equidade. Encontra-se ainda relatada como de enfoque integral (Santos, 2000), modelo comunitário (Capdevila, Soler, & Fernández, 1999) ou abordagem participativa (Koelen & Van den Ban, 2004). Neste caso, os modelos operacionais têm por base a Investigação-Ação e a Metodologia de Trabalho por Projetos (Moreno, Garcia, & Campos, 2000).

Segundo Graça (2010), nos dias de hoje existem quer defensores quer críticos dos vários modelos, sendo a complementaridade a forma mais utilizada, e valorizada a capacidade para solucionar as necessidades identificadas.

Assim, a EpS é um processo complexo, quer pelos determinantes que se inter-relacionam, quer pelas diversas áreas do conhecimento que estão implícitas, quer ainda pela multiplicidade de atores. Podemos encontrar uma vastidão de definições em que umas têm por base os propósitos que pretendem alcançar, outras as variáveis que abarcam ou outras as práticas e estratégias que empregam.

Segundo a OMS, a EpS “compreende as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente, que pressupõe uma forma de comunicação destinada a melhorar a alfabetização sanitária, incluindo a melhoria dos conhecimentos das populações relativamente à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzam à saúde individual e da comunidade” (OMS, 1998,p.13).

Para Koelen e Van den Ban (2004) esta definição torna-se pertinente ao conter o ideia da literacia em saúde, pois assim incluiu as competências cognitivas e sociais, indispensáveis para entender e fazer uso da informação obtida, e, conseqüentemente, aumentar a confiança dos sujeitos para participarem na promoção e manutenção da saúde, na alteração das suas condutas, estilos e condições de vida.

Os profissionais e as instituições devem facultar informação adequada, e pertinente, de forma acessível, de modo a que os sujeitos possam fazer o seu

uso de forma útil, e assim reconhecerem os seus conhecimentos e competências (Graça, 2010).

No entanto, a eficácia da EpS está dependente da existência conjunta de outras medidas.

A EpS deve ser considerada como um processo global de educação e formação dos sujeitos, sendo que a família é o primeiro ambiente natural onde estes processos ocorrem, quer pelos cuidados, quer pela satisfação das necessidades, quer pela socialização. O envolvimento e companheirismo potenciam o aumento da autoestima, da comunicação, do pensamento crítico, e do empoderamento. Esta é a direção a seguir para que se possa valorizar a saúde numa perspetiva holística, fazer análise dos seus determinantes, de forma a intervir sobre estes (Graça, 2010).

Neste prisma, a EpS, estabelece-se como uma ferramenta de promoção da saúde e um meio basilar para os profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e nos mais variados contextos de intervenção (Graça, 2010), onde podemos incluir os higienistas orais dos cuidados de saúde primários.

Bennet e Murphy (1999) reconhecem que os cuidados e a promoção saúde se baseiam na proposição de que as crenças e ações das pessoas e as situações em que vivem têm impacto, benéfico ou adverso, sobre a qualidade de vida e que a aquisição de hábitos saudáveis pode melhorar as condições de saúde.

Com já foi referido anteriormente, ao longo dos tempos foram vários os modelos desenvolvidos para potenciar a alteração de hábitos dos indivíduos e ou das comunidades, entre eles estão: o Empoderamento e as Crenças em Saúde.

Em promoção da saúde, o empoderamento para a saúde (Empowerment for health) é o processo através do qual os indivíduos adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que dizem respeito à sua saúde (OMS, 1998).

O empoderamento para a saúde pode ser considerado um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos ou os grupos sociais são capazes de expressar a suas necessidades e

preocupações, delinear políticas, alterações sociais e culturais de forma a fazer frente às necessidades. Com este processo, as pessoas são capazes de criar uma relação mais estreita entre as suas metas e os meios para as alcançar e uma correspondência entre os seus esforços e os resultados obtidos.

A promoção da saúde visa desenvolver intervenções que permitam aos indivíduos fortalecer as habilidades básicas e capacidades para a vida e ainda ações que influenciem nas condições sociais e económicas subjacentes nos determinantes que influenciam a saúde. Neste sentido, a promoção da saúde está direcionada para criar as melhores condições para que haja uma relação entre os esforços dos indivíduos e os ganhos em saúde obtidos.

Podemos diferenciar o empoderamento para a saúde do indivíduo e o empoderamento para a saúde da comunidade. Sendo que o empoderamento individual diz respeito principalmente à capacidade do indivíduo tomar decisões e exercer o controlo da sua vida pessoal, e o da comunidade pressupõe que os indivíduos atuem de forma coletiva com a finalidade de conseguir uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e da qualidade de vida da sua comunidade, sendo este o importante objetivo da ação comunitária para a saúde (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

O modelo da crenças em saúde, surge pela preocupação das instituições, quer públicas quer privadas, de saúde, ao verificarem que certos sujeitos se apresentavam relutantes ao serem convocados para monitorizar o seu estado de saúde (Sora, 2010). Assim, este modelo aparece no intuito de prevenir estes acontecimentos e de oferecer alternativas que visam diminuir a renitência dos indivíduos a optarem pelos cuidados de saúde. Tem por base três elementos: perceções individuais, fatores de mudança e variáveis que influenciam a possibilidade de ação, ou seja “ parte da suposição de que os comportamentos saudáveis são racionalmente determinados pela perceção da vulnerabilidade das pessoas às ameaças à sua saúde. A estas perceções o indivíduo acaba por atribuir um valor, valor esse que o leva a acreditar ou não na eficácia das ações tendentes à melhoria da sua saúde ” (Couto, 1998, p.5).

A EpS, constitui-se um importante recurso para a Promoção da Saúde, para a modificação de comportamentos não saudáveis e para a intervenção dos atores sociais.

### 1.3 O HIGIENISTA ORAL NA PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A profissão de Higienista Oral foi integrada na carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica em 1988, (DL nº 247/1988). Em 1989 (Portaria nº 303/1989) foi regulamentado o conteúdo profissional onde se define que o higienista oral exerce a sua atividade integrado em equipa de saúde, sob supervisão de médico ou de médico dentista.

O Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, regulamenta as atividades do higienista oral e estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, onde evidencia o papel destes profissionais no Sistema Nacional de Saúde (SNS), como agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

A profissão de higienista oral tem como objetivo as ações de promoção da saúde oral dos indivíduos e das comunidades, apontando métodos epidemiológicos e atividades de educação para a saúde, assim como a prestação de cuidados individuais com a finalidade de prevenir e curar doenças orais (Comissão Europeia, 2005). No SNS, fazem parte das suas funções as atividades de diagnóstico e a aplicação de medidas preventivas relativamente à cárie dentária, de que são exemplo a aplicação de selantes de fissuras (Portaria nº 303/1989), de flúor tópico (DGS-O nº13, 2013) e a referenciação para cheque-dentista (DGS-CInº15, 2009).

Assim, os Higienistas Oraís têm um papel essencial de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e são fundamentais na educação para a saúde das pessoas e das comunidades, ajudando-as a equilibrar e a manter um bom nível de Saúde Oral. É da competência destes profissionais alertar e motivar as pessoas para os cuidados com a boca, nomeadamente no que se refere aos cuidados de higiene oral, a técnica mais adequada para escovar os dentes, o horário e frequência das escovagens e uso de métodos

complementares de higienização da cavidade oral adequados à necessidade e motricidade fina (por exemplo, se deve usar fio ou fita dentária ou escovilhões). É ainda da sua competência, incentivar os hábitos preventivos como as visitas regulares ao higienista oral para observação e manutenção da motivação (Costa, 2011).

A sociedade tem vindo a colocar uma exigência crescente na prevenção das doenças orais e no acesso a cuidados de Saúde Oral e, neste âmbito, o higienista continua a ser fulcral na prestação e orientação para estes cuidados. A crescente importância dada à Saúde Oral, e o desenvolvimento desta área nas últimas décadas, traduz a necessidade de profissionais autónomos, habilitados a exercer uma prática clínica baseada na evidência, capazes de trabalhar em diversos contextos e de se adaptarem de forma eficaz à mudança (Pereira, 2013).

A saúde comunitária é outra área da sua atuação, onde estes profissionais colaboram na recuperação e manutenção da saúde oral em grupos de risco, como por exemplo: crianças em idade pré-escolar e escolar, adolescentes, idosos, grávidas, indivíduos portadores de deficiência e indivíduos com doenças crónicas. Neste âmbito, cabe-lhes ainda avaliar o estado de saúde oral da população e desenvolver programas de prevenção das doenças orais, sensibilizar os indivíduos para a importância da manutenção da saúde oral através de hábitos corretos e regulares de higiene (Costa, 2011).

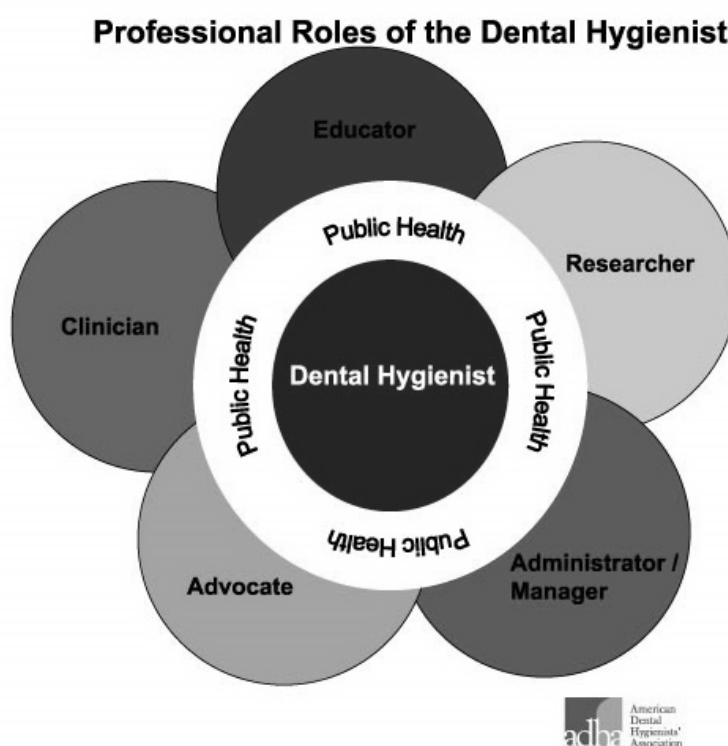
No decurso da sua atividade, os higienistas orais trabalham em equipas multidisciplinares, normalmente constituídas por médicos dentistas, enfermeiros, estomatologistas e outros médicos especialistas e, na área da educação para a saúde, para além destes, intervêm com assistentes sociais, psicólogos, educadores e professores. A capacidade de trabalhar em equipa torna-se, assim, uma qualidade importante, tal como a capacidade de comunicação.

Grande parte das pessoas que recorrem a profissionais de saúde oral, tendem a sentir-se ansiosas e com certo receio durante os tratamentos, pois, na maioria dos casos, ainda está muito enraizado o medo em relação procedimentos realizados pelos profissionais da área da saúde oral, sendo, por



isso importante saber criar uma relação de confiança com as pessoas, de forma a acalmá-las. Esta capacidade de comunicação é também importante quando estes profissionais necessitam de fazer intervenção em grupos.

A American Dental Hygienists Association (ADHA) (figura1) resume, num esquema (figura 1), o papel do Higienista Oral, ou seja, o seu principal papel é o de promotor de saúde pública e individual, no entanto exerce também papel de educador (nos ensinamentos de técnicas e correção de hábitos), de clínico (na execução de tratamentos e procedimentos), de gestor (de compromissos e habilidades/destreza dos seus utentes), de investigador (estando sempre a par das atualizações científicas e de investigação na área) e de advogado (orientando o seu utente no melhor caminho, tendo em conta o caso que apresenta).



**Figura 1:** Representação das funções do Higienista Oral (ADHA,2012)

#### 1.4 PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL EM PORTUGAL

O desenvolvimento dos programas de saúde oral fundamentou-se numa linha orientadora de intervenção baseada na promoção da saúde e na

prevenção da formação da cárie dentária. Inicialmente, foi desenvolvido apenas em meio escolar, e depois foi alargado a outros grupos.

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, surge em 1985. Desde a sua génese até que se extinguiu com este nome, em 1999, foi dada grande ênfase à intervenção em meio escolar, por se considerar as crianças como uma população com défices nos hábitos diários de saúde oral, e que os ganhos da intervenção nesta população poderiam ser ampliados com a alteração de comportamentos e a aquisição de hábitos de saúde oral.

O principal objetivo do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar era a redução da incidência e prevalência da cárie dentária na população escolar.

No sentido de alcançar esse objetivo, o programa incluía a educação para a saúde, abrangendo a educação alimentar, a higiene oral (escovagem com pasta dentífrica com flúor até 1500ppm, pelo menos duas vezes ao dia, recomendava-se ainda que uma delas fosse efetuada no estabelecimento de ensino, a limpeza dos espaços interdentários com o fio dentário após os 8 anos de idade, informação e formação de educadores, professores e pais) e a administração de flúor (racionalizando as dosagem conforme a idade da criança e o teor do elemento nas águas de abastecimento público, recomendando comprimidos de flúor diários nas crianças da pré-escola e aplicação quinzenal de bochechos de flúor nas escolas do 1º Ciclo). Este programa contemplava ainda o rastreio e acompanhamento (CSP-SO, 1985).

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar, foi revisto em 1999 (DGS-CN nº6/DSE, 1999) passando a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. Iniciou-se a prevenção da cárie com a aplicação de selantes de fissuras e a contratualização para tratamentos dentários, e este Programa esteve no terreno até 2005.

Em 2005, surge o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), através da Circular Normativa nº 1, da Direção-Geral da Saúde. Mais tarde foi publicado o Despacho onde é aprovado o PNPSO e a sua inclusão no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. O PNPSO, foi desenvolvido em várias etapas e desenha uma estratégia global de intervenção que assenta na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se

ao longo do ciclo da vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (DGS-CN nº1, 2005).

Este programa continua a sofrer alterações, para que cada vez mais utentes do SNS sejam por ele abrangidos.

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 SNS às crianças e jovens em programa, são prestados através de contratualização, com o cheque-dentista (DGS-CN nº1, 2005).

A promoção da saúde e a prevenção da doença, asseguradas pelas equipas de saúde escolar, são o suporte indispensável da intervenção, uma vez que na maioria dos casos, nas crianças de 7, 10 e 13 anos de idade, é esta equipa que faz a ponte com as escolas para obter os dados para posterior emissão dos cheques-dentista. Saliente-se que este processo tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas integradas em programa de saúde oral e que desenvolveram cárie dentária (Castro, 2012).

No Orçamento do Estado de 2008, o Governo anunciou novas metas e novo público-alvo na área da saúde oral. Assim, no que se refere às crianças, o PNPSO vigente, apesar de, nesta altura, já cobrir 60.000 crianças e jovens, encontrava-se desajustado. Foi revisto e reestruturado de forma a assegurar a prestação equitativa de cuidados de saúde oral com base em procedimentos simplificados e orientados para a satisfação das necessidades de saúde, garantindo o melhor acesso aos serviços e o alargamento progressivo até 80.000 crianças e jovens (DGS, 2009).

As mulheres grávidas representam um grupo populacional a merecer a atenção dos profissionais de saúde, uma vez que as alterações hormonais características deste período aumentam a frequência das doenças periodontais, como a gengivite gravídica e o granuloma piogénico que, por sua vez, condicionam negativamente, dificultando as práticas de higiene oral,

favorecendo o aumento da incidência e da gravidade da cárie dentária. O programa visava abranger 65.000 mulheres grávidas (DGS, 2008).

Também no decorrer de 2008, os idosos foram abrangidos pelo programa, pois o processo de envelhecimento contribui para o aumento de ocorrência de problemas de saúde oral, designadamente doenças do periodonto e perda de peças dentárias, criando uma maior necessidade de cuidados médicos dentários (DGS, 2008). O programa previa abranger cerca de 90.000 pessoas idosas com baixos rendimentos (Campos, 2007), ou seja, beneficiários do complemento solidário para idosos.

A partir de 2010, passaram a ter acesso a cheque-dentista as crianças de 8, 11 e 14 anos, que frequentassem estabelecimentos públicos de ensino e IPSS, com situações de cárie em dentes permanentes, que tivessem tido acesso ao Programa através da Saúde Escolar em ano anterior e que tivessem terminado os respetivos Planos de Tratamento (DGS, 2010). Também, em 2010, passaram a ser beneficiários de cheque-dentista pessoas com infeção por HIV/SIDA, pois entre os muitos fatores que influenciam a qualidade de vida destes doentes, incluem-se os cuidados em Saúde Oral (DGS, 2010).

Em 2011, surge o Plano B do PNPSO, tratando-se de um conjunto de reflexões e sugestões e que não implicam a alteração das boas práticas que já estavam a ser implementadas no terreno, se esses programas funcionassem e se existissem resultados dessa estratégia, sendo sugerida a divulgação dessas experiências e dos seus resultados. O princípio básico do Plano B era criar um conjunto de desafios que promovessem: a acessibilidade e adequação do PNPSO; a utilização de metodologias proativas; o envolvimento dos utentes; o trabalho em equipa; o reconhecimento da necessidade de avaliar as ações desenvolvidas; a adoção de estratégias de impacto; a melhoria contínua do PNPSO (DGS, 2011).

No ano de 2012 é inaugurado o projeto SOBE – Saúde Oral nas Bibliotecas Escolares, no dia Mundial da Saúde Oral. A DGS, o Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares, criaram um projeto de estreita colaboração por considerarem ser efetivas as interdependências dos planos de saúde, dos cuidados de higiene e da promoção da leitura, (DGS, 2014). Assim,

este projeto propõe vários desafios, entre os quais: aumentar a qualidade da divulgação e informação sobre saúde oral; incrementar parcerias com as escolas e IPSS; consciencializar as famílias para a importância desta área da saúde; fazer prevenção da saúde oral junto das crianças; criar estratégias de promoção da leitura e da escrita tendo como pretexto o desenvolver do programa de promoção da saúde oral (DGS, 2014).

Em 2013 foi publicada uma nova estratégia de intervenção do PNPSO, que calendariza a operacionalização da Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE de 09/01/09, que diz respeito à emissão de cheques-dentista. No mesmo ano, o programa foi alargado às crianças e jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos (16 anos) que aos 13 anos de idade utilizaram cheque-dentista ou documento de referenciação para higiene oral (DGS, 2013). Em outubro do mesmo ano, saiu uma orientação, que informa os profissionais de saúde para uma nova estratégia preventiva de promoção da saúde oral, trata-se da aplicação de vernizes de flúor semestralmente, em saúde comunitária (DGS, 2013).

A partir de 1 de março de 2014, o PNPSO é alargado passando a incluir a intervenção precoce no cancro oral, este alargamento traduz-se na possibilidade de emissão de um cheque-diagnóstico pelo médico assistente e de um cheque-biópsia pelo médico dentista, caso seja necessário (DGS, 2014). Assim, verifica-se que continuam a ser as crianças, o grupo populacional mais abrangido pelas medidas do PNPSO, mais uma vez justificado pela capacidade deste grupo em absorver as mensagens de promoção da saúde, de as levar para casa e as fazer chegar aos membros da sua família. Por outro lado, porque a prevalência da cárie, a forma recorrente com que se manifesta e o seu mecanismo silencioso, a torna uma das questões mais graves da população infantil e juvenil, e que influencia o sono, a alimentação, o estudo e até o desempenho social.

### 1.4.1 PROJETO PILOTO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE ORAL DA ULSAM

A Unidade de Saúde Pública do Alto Minho (USPAM) responsável pela Gestão dos Programas de Saúde em Meio Escolar, em colaboração com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC's) e com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's), desenvolveu no ano letivo 2014/2015 a atividade de aplicação de vernizes de flúor, prevista na Orientação nº 013/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS) designando-a de Projeto Piloto de Intervenção em Saúde Oral.

Trata-se da aplicação de um verniz de flúor (25 ou 50mg/ml) duas vezes ao ano, na escola/jardim-de-infância.

Os objetivos específicos deste projeto piloto de intervenção eram:

- obter a autorização de 100% dos encarregados de educação das crianças para beneficiarem da aplicação de vernizes de flúor;
- efetuar educação para a saúde sobre a prevenção da cárie dentária e a aplicação de verniz de flúor a todas as crianças alvo da intervenção;
- proceder à aplicação do verniz de flúor a 95% das crianças autorizadas pelos Encarregados de Educação.

A população alvo deste projeto piloto de intervenção foram todas as crianças nascidas no ano 2010, a frequentar o Ensino Pré- Escolar público e privado do concelho de Ponte de Lima e Vila Nova de Cerveira (tabela 1).

**Tabela 1:** Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo, no distrito de Viana do Castelo e nos Municípios de Ponte de Lima e de Vila Nova de Cerveira, em 2010 (INE, 2014).

TERRITÓRIOS		Total	Masc.	Fem.
Âmbito Geográfico	Anos	2010		
Distrito	Viana do Castelo	1852	975	877
Município	Ponte de Lima	372	178	194
Município	Vila Nova de Cerveira	81	42	39

Esta prática compreendia a sensibilização da comunidade escolar (educadores, encarregados de educação, técnicos operacionais e crianças) e eventuais parcerias com as autarquias.

O trabalho foi desenvolvido pela equipa de saúde escolar alargada (USPAM, UCCs e UCSPs) no âmbito do PNPSO em curso e executado, no ano letivo 2014/15 pelos higienistas orais do distrito, que participaram na formação de vernizes de flúor ministrada pela DGS ou pela Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

A Circular Normativa Nº 01/DSE, de 18/01/05, define uma atuação abrangente para a intervenção em saúde oral ao longo do ciclo de vida e em ambientes onde as crianças vivem e estudam, mas que tem como pilares a prevenção primária e secundária das doenças orais, principalmente da cárie dentária. Desta abordagem preventiva destaca-se, para além das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, a utilização de flúor, quer o sistémico (em comprimidos) quer o tópico (em soluto ou verniz), seguindo as orientações da OMS para a sua administração.

A aplicação de verniz de flúor foi priorizada pela USPAM, tendo em conta os índices de cárie do distrito, e porque tem vindo a ser descrita como:

- uma medida eficaz no combate à cárie, reduzindo a sua prevalência entre 30 e 40%;
- pelo seu baixo custo, 2,60€/criança/ano;
- por ser de fácil aplicação, podendo ser utilizada quer como medida de prevenção individual quer comunitária;
- segura, com reduzida probabilidade de alergias ou toxicidade;
- bem tolerada, quer pelas crianças quer adultos (USPAM, 2014).

E, ainda, porque esta medida sendo realizada por técnicos qualificados desta unidade, dá a garantia da aplicação ser efetivamente realizada e de ser seguido o protocolo de aplicação da DGS.

Este projeto de educação e promoção para a saúde oral, desenvolveu-se nas escolas em três fases:

Na primeira fase, tratou-se de dar a conhecer o programa aos professores promotores da saúde e professores de cada agrupamento escolar, às autarquias e aos serviços de saúde locais.

Na segunda fase, deu-se a conhecer este programa aos pais e encarregados de educação das crianças alvo, através de uma sessão de

sensibilização, de cerca de 30 minutos, onde foram abordados temas como a percentagem de crianças livres de cárie do concelho (56% em Ponte de Lima em 2014, e 63% em Vila Nova de Cerveira em 2013, no estudo realizado pela USPAM), as metas da OMS (65% para 2010), o que se pode fazer enquanto pais e encarregados de educação para melhorar estes valores, foi explicada a pertinência e necessidade da aplicação de verniz de flúor. Tendo sido ainda distribuído aos pais/encarregados de educação o folheto explicativo da DGS e o formulário de autorização de participação dos seus educandos na aplicação de verniz de flúor.

Na terceira fase, tratou-se da aplicação do verniz de flúor.

O projeto piloto de intervenção pretendia ainda contribuir com a experiência para o planeamento da continuidade desta intervenção, como evolução do programa de saúde oral e possibilitar a formação aos profissionais de saúde das UCC's responsáveis pela saúde oral, para que assegurem a continuidade da aplicação da Orientação nº 013/2013, com o apoio da equipa de saúde oral.



## 2 SAÚDE ORAL NA INFÂNCIA

Tendo em conta que a cárie começa por se estabelecer na infância, os promotores/educadores para a saúde têm-se direcionado na generalidade para alterar os comportamentos das crianças (Rodrigues, 2010), pois as crianças e jovens tendem a partilhar em casa os ensinamentos assimilados na escola, o que torna mais efetivos e alargados os resultados das atividades de promoção da saúde (Silva & Pereira, 2010). É ainda de salientar que os pilares da saúde oral do adulto se baseiam nos anos pré-escolares onde são estabelecidos o padrão e o risco de cárie da criança (Tinanoff, 1995).

A cárie dentária, pode ocorrer em qualquer elemento da dentição desde que tenha erupcionado o primeiro dente decíduo. Depois da doença instalada e por se tratar de uma doença infecciosa, esta pode percorrer “as três dentições” (decídua, mista e definitiva). Pois pode ser transmitida de dente para dente, sejam eles decíduos ou permanentes (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008).

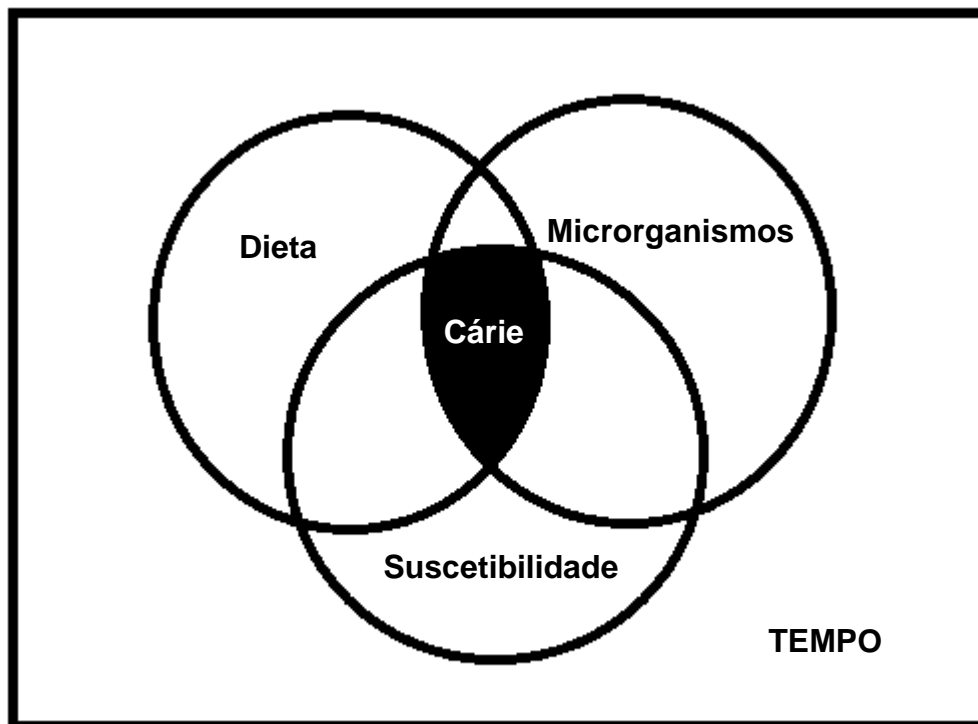
É uma doença com presença global e embora apresente grandes variações de prevalência, todos os indivíduos estão propensos ao seu desenvolvimento (Pitts, 2004; US Department of Health and Human Services, 2000). Uma cárie ativa condiciona a saúde geral dos indivíduos, uma vez que diminuí a sua capacidade mastigatória, altera o seu desenvolvimento psicossocial (Ribeiro, 2007) e o de todo o organismo, pode levar à alteração da estética facial, provocar perturbações fonéticas (Almeida, et al., 2010), pode originar complicações infecciosas locais ou gerais (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008), sendo ainda a primeira causa de dor oral e perda de peças dentárias (US Department of Health and Human Services, 2000). As consequências da cárie estendem-se ao âmbito socioeconómico, uma vez que representa um elevado custo económico, no que diz respeito ao seu tratamento, e causa absentismo no trabalho e na escola.

Os estudos epidemiológicos são frequentemente efetuados em crianças de 6 anos, pois nesta idade podemos avaliar a dentição decídua, e aos 12, para avaliarmos a dentição permanente e por serem idades chave para comparação com as mestas da OMS. Os dados recolhidos aos 12 anos, permitem ainda definir um padrão de contextualização da população

observada, sendo considerado nesta idade o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) um indicador-sentinela em todo o mundo.

## 2.1 CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária é uma doença de origem polimicrobiana e multifatorial (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008), sendo determinada por fatores comportamentais e fisiológicos. Pereira (1995), descreve a cárie como uma doença pós-eruptiva, infecciosa, transmissível, influenciada pela dieta e que é na maioria dos casos, caracterizada por uma destruição gradual e axípeta dos tecidos duros das peças dentárias. É um processo crónico, que se desenvolve na presença de quatro fatores primários: a suscetibilidade, a presença de microrganismos, a cariogenicidade da dieta e o intervalo de tempo entre as escovagens (Costa, et al., 2012; Moraes, Júnior, & Rolim, 2010), como representa a Tríade de Keyes Modificada.



**Figura 2:** Tríade de Keyes Modificada (Newburn, 1983).

A organização de um sistema eficaz de prevenção da cárie pressupõe, por um lado, o claro entendimento de etiopatogenia da cárie como uma

perturbação do equilíbrio ecológico entre desmineralização e remineralização, nos múltiplos micro-ambientes que se distribuem sobre a superfície dentária, e, por outro lado, o envolvimento das próprias comunidades, ou seja um envolvimento do centro de saúde ou das unidades locais de saúde, em estreita integração com a saúde escolar, a autarquia e as famílias.

Na declaração de Liverpool, da Organização Mundial de Saúde, relativamente à saúde oral afirma-se no ponto 4 que: “a escola deve ser usada como plataforma para a promoção da saúde, da qualidade de vida e prevenção da doença nas crianças e jovens, envolvendo as famílias e as comunidades.” (WCPD, 2005, p.2).

Almeida, Barros, Costa e Alves (2010), afirmam que o núcleo central da prevenção das duas doenças orais com maior prevalência, a cárie e as doenças periodontais, é a aplicação tópica de fluoreto, pelo menos duas vezes ao dia desde a erupção do primeiro dente aos seis meses, e o progressivo desenvolvimento da capacidade para remover a placa bacteriana. Defendem ainda, que há famílias que ainda não reconhecem a higiene oral como parte integrante da higiene corporal básica. E que a escovagem, quer pela efetiva remoção da placa bacteriana, quer pela sua redução ou desorganização, é a base da prevenção da cárie, e é também, parte da prevenção do outro grande grupo de doenças que afetam a cavidade oral dos adultos e idosos, as doenças periodontais. Daí defender de forma persistente a introdução da escovagem dos dentes com dentífricos fluoretados, com até 1500ppm, nos jardins de infância públicos, das zonas em que prevalecem os comportamentos menos saudáveis (Almeida, 2000; Almeida, Barros, Costa, & Alves, 2010).

Podemos ainda subdividir o tema da cárie, e abordar a cárie precoce de infância (CPI) que se trata de uma doença crónica que atinge os dentes decíduos das crianças em idade pré-escolar, até aos 71 meses ou seis anos de idade. Caracteriza-se pela presença de um ou mais dentes com cárie (lesões cavitadas ou não), de dentes perdidos ou ausentes (devido à cárie) ou de dentes restaurados (Andrade, et al., 2010). Este processo dá-se de uma forma muito mais agressiva e rápida causando, na maioria dos casos, a destruição da peça dentária (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008). A American Academy of

Pediatric Dentistry sugere ainda que, em crianças com menos de três anos, qualquer sinal cárie em qualquer superfície dentária seria considerada como cárie precoce severa (*Severy Early Childhood Caries – S-ECC*) (Arcieri, et al., 2006). Os fatores etiológicos destes casos, parecem estar relacionados com a transmissão dos micro-organismos patogénicos por parte dos cuidadores, pelo hábito de adormecer a criança com o biberão ou com a chupeta com hidratos de carbono altamente cariogénicos, como o açúcar, o mel ou outros, e uma maior suscetibilidade da estrutura dentária (Andrade, et al., 2010).

Nos vários estudos realizados sobre a prevalência da cárie dentária, o indicador de saúde oral utilizado foi o índice de CPOD.

Este índice, foi proposto em 1973 por Klein e Palmer como indicador de saúde oral que permite calcular a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos por cárie e obturados ou restaurados num determinado grupo de indivíduos, utilizando-se a designação de cpod (em minúsculas) para dentes decíduos e de CPOD (em maiúsculas) para dentes definitivos (Cortelli, et.al, 2004). Assim, mede a história passada e presente de cárie dentária, sendo por isso uma medida frequentemente adotada em estudos relativos ao padrão de cárie dentária. O desdobramento deste índice permite avaliar os seguintes parâmetros:

Dentes Cariados - Considera-se o número de dentes que à observação apresentam perda de substância, uma cavidade com amolecimento de fundo ou uma parede amolecida. Consideraram-se igualmente cariados os dentes que apresentem uma obturação provisória e os que, apesar de restaurados ou selados, têm uma superfície cariada ou com recidiva de cárie (DGS, 2008).

Dentes Perdidos - Considera-se o número dentes extraídos devido a cárie dentária (idem).

Dentes Obturados - Considera-se o número dentes que apresentam a existência de uma ou mais obturações ou restaurações permanentes sem recidivas ou mais áreas cariadas (idem).

Em Portugal, têm-se realizado ao longo do tempo, vários estudos em saúde oral. O primeiro registo é de 1983-84, numa parceria entre várias instituições (OMS/DGS/ESMDL) e deu-nos o primeiro retrato da saúde oral dos

jovens portugueses. Neste estudo, os índices cpod aos 6 anos era de 5,2 e o CPOD, na mesma idade, era de 0,5. O índice CPOD, aos 12 anos, era de 3,8 (Almeida, et al., 1987).

Jesus, Toscano e Almeida (2000), realizaram em 1999 um estudo, com uma amostra de conveniência, que revelou valores médios de CPOD, aos 12 anos, de 1,5. Revelou, ainda, diferenças acentuadas entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos.

Ainda que a amostra seja de conviniencia, observa-se uma diminuição acentuada entre o CPOD aos 12 anos dos dois estudos.

Em 2000, a Direção-Geral da Saúde publicou o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. O objetivo deste estudo era avaliar na população que frequentava escolas públicas, com 6, 12 e 15 anos de idade, a prevalência da cárie dentária.

Com este estudo verificou-se uma percentagem de crianças livres de cárie dentária, aos 6 anos de 33% e que o índice CPOD, aos 12 anos de idade, era de 2,95 (DGS, 2000) (gráfico nº1). Por livre de cárie, deve entender-se a inexistência de qualquer experiência de cárie em nenhuma das dentições (DGS, 2000).

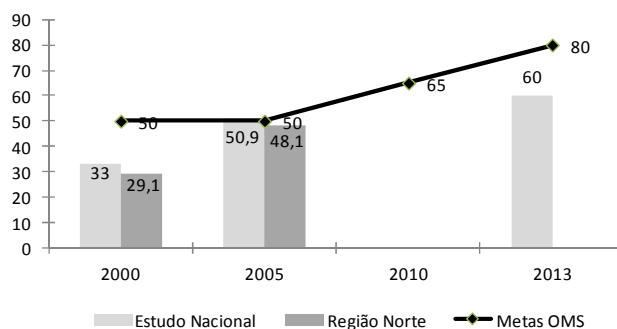
Em 2005-2006 a DGS, com o apoio técnico da OMS, coordenou a realização do Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Este estudo foi planificado de forma a determinar a prevalência da cárie dentária e das doenças periodontais, da fluorose dentária, e ainda, avaliar os determinantes comportamentais relacionados com a saúde oral (DGS,2008).

Os resultados deste estudo mostraram uma percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos de 51%, aos 12 anos de 44% e aos 15 anos de 28% (DGS, 2008), como podemos constatar no grafico nº1. Tanto a nível nacional como especificamente na região norte, verificou-se um aumento da percentagem de crianças livres de cárie entre 2000 e 2005, sendo de 17,9% a nível nacional e de 19% na região norte (DGS, 2008).

Em Espanha, em 2005, a percentagem de crianças livres de cárie aos 6 anos era de 64% (DGS, 2008).

O índice cpod aos 6 anos era de 2,10 e o índice de CPOD na mesma idade foi de 0,07, aos 12 de 1,48 e aos 15 de 3,04 (DGS, 2008).

Em 2005, noutros países da Europa o índice CPOD, aos 12 anos era: Espanha 1,33, França 1,2, Suécia 1,0, Dinamarca 0,8, Alemanha e Reino Unido 0,7 (DGS, 2008). Apresentando Portugal os valores mais elevados deste grupo de países.



**Gráfico 1:** Crianças livres de cárie em Portugal vs metas da OMS (DGS, 2000, 2008,2013; WCPD,2005).

No entanto entre 2000 e 2005, houve um aumento da percentagem de crianças livres de cárie no país e na região norte, mas mantemo-nos abaixo daquilo que eram as metas da OMS, quer para 2000 (50%), quer para 2010 (65%).

## 2.2 HÁBITOS DE HIGIENE ORAL E COMPORTAMENTOS DAS CRIANÇAS

Vários autores consideram a cárie como uma doença de comportamento que pode ser prevenida com boa higiene oral e restrições na frequência e quantidade do consumo de alimentos açucarados (Andrade, et al., 2010; Araújo, et al., 2013).

A Sociedade Portuguesa de Pediatria defende que os seus associados devem ter um papel ativo quer no diagnóstico quer na orientação para comportamentos preventivos dos pais e das crianças (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008).

No que se refere aos hábitos alimentares é desencorajado o uso de açúcares ou outro edulcorante no leite ou na chupeta, e mais tarde aconselhar o consumo de doces no final das refeições e não a sua completa proibição, e ainda salientar a importância de não levar para o quarto ou para a cama

bolachas, leite com chocolate, ou outros doces sublinhando a necessidade escovar os dentes antes de deitar, para prevenir a cárie (Azevedo, Henriques, & Melo, 2008).

É importante referir que as crenças de saúde dos pais têm bastante influência sobre os comportamentos de saúde oral das crianças. Essas crenças são particularmente importantes em famílias de poucos recursos, pois aqui a saúde oral não é vista como uma prioridade pela família, principalmente quando comparada com outras questões, como o desemprego ou outras (Peterson-Sweeney & Stevens, 2010).

Esta ideia é corroborada por Ferreira (2012), quando refere que entre os pais de crianças de famílias carentes verifica-se o pensamento de que a saúde oral é mais importante para crianças mais velhas do que para as mais novas, e de que os hábitos de higiene oral não são tão importantes como outras questões relacionadas com as doenças e a saúde em geral.

No estudo nacional realizado pela DGS em 2005-2006, sobre a Prevalência das Doenças Orais, podemos constatar que:

- 50% das crianças de 6 anos e 67% e 69% dos jovens de 12 e 15 anos, escovam os dentes, duas vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada;
- 50% dos jovens escovavam os dentes, sempre ou quase sempre, ao deitar;
- 14% e 10% dos jovens de 12 e 15 anos, respetivamente, utilizavam diariamente o fio dentário;

No que diz respeito aos comportamentos alimentares, os jovens de 12 e 15 anos responderam que os alimentos ingeridos com maior frequência eram a fruta (93%) e o leite (90%), seguidos dos sumos naturais (86%), chocolates (85%), bolos de pastelaria (80%), refrigerantes com gás (78%), leite achocolatado (78%), rebuçados e gomas (77%) (DGS, 2008) pelo que se observa elevada preferência de alimentos cariogénicos.

Num outro estudo realizado em Portugal por Rodrigues (2010) acerca dos comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças e a percepção dos pais/encarregados de educação, conclui-se que existe preocupação por parte dos pais e encarregados de educação em relação aos

hábitos de higiene oral, e que estes revelam ter alguns conhecimentos fundamentais de saúde oral de forma a proporcionar uma boa educação, nesta área, aos seus filhos. No entanto, a grande maioria revela nunca ter assistido a reuniões de saúde oral. Quanto a ajudar os filhos na escovagem, a maioria dos pais diz que o faz, mas apenas uma minoria das crianças refere ser ajudada durante a escovagem. Quanto aos hábitos alimentares, dos quais dizem estar consciencializados para as restrições a cariogenicidade, a maior parte admite que os seus filhos comem doces, mas só às vezes (menos de uma vez por dia). Esses doces são, na maioria dos casos, doces retentivos.

Assim, numa estratégia de promoção da saúde, devemos proporcionar conhecimentos mais corretos e comportamentos mais adequados e assim reduzir os riscos de doenças crónicas, entre elas as doenças orais (DGS, 2008).

É, ainda, importante referir que a Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, em parceria com o Ministério da Educação publicaram o documento "A escovagem dos dentes em contexto escolar" (DGE, 2014), onde referem que todas as crianças, dos 3 aos 6 anos, que frequentam estabelecimentos de ensino devem executar uma escovagem dos dentes no jardim de infância, com o objetivo de responsabilizar progressivamente as crianças pelo autocuidado de higiene oral.

Assim a higiene oral é uma responsabilidade dos múltiplos educadores com que a criança interage durante o seu ciclo de vida.



### **3 PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL NA INFÂNCIA: CONTRIBUTOS DO VERNIZ DE FLÚOR**

Neste capítulo, vamos explorar a prevenção da cárie através da aplicação de verniz de flúor. Será feita uma abordagem sobre o verniz, o seu mecanismo de ação e as evidências dos seus efeitos na prevenção desta doença.

#### **3.1 VERNIZ DE FLÚOR: FUNDAMENTOS**

Os fluoretos são a forma iônica do flúor. Estes têm vindo a ser utilizados sob diferentes formas, e a serem considerados como um método eficaz e seguro para a prevenção e controle da cárie dentária (Andrade, et al., 2010; Andrade, et al., 2009; Baratieri, et al, 2001; Narvai, et al., 2002). Os fluoretos podem ser administrados de forma sistémica, através da rede pública de abastecimento de água e suplementos (comprimidos ou gotas) ou sob a forma tópica utilizando para isso dentifrícios, vernizes, soluções para bochecho ou géis. O flúor pode ainda ser encontrado em alimentos, tais como o ovo, o agrião, o alho, a aveia, a cebola, a couve, a couve-flor, o espinafre, os brócolos, a maçã, o fígado de vaca e os frutos do mar.

Os vernizes de flúor são materiais que aderem às superfícies dentárias com o propósito de reagirem com estas, reduzindo a prevalência da cárie e reduzindo a velocidade de progressão de novas lesões, e ainda de manterem uma libertação contínua de fluoretos para a cavidade oral durante um maior período de tempo (Ministério da Saúde, 2009). O verniz não é algo permanente como os selantes, mas antes uma substância que se mantém aderida à superfície dentária por período de tempo limitado (Geurink, 2002).

Os vernizes de flúor começaram a ser utilizados na década de 60, do século passado, para que houvesse uma forma de aplicação tópica profissional de flúor e que permitisse um contato mais prolongado dessa substância com o esmalte do dente sem, com isso, aumentar a duração da consulta dentária (Carvalho et al., 2010). Hoje, existem variadíssimas fórmulas comerciais de vernizes de fluor, de que são exemplo: Duraphat® (5% NaF - fluoreto de sódio),

Duraflor® (5 %NaF) e Fluor Protetor® (1,0% Difluorsilano) (Carvalho, et al., 2010).

Os vernizes fluoretados têm sido descritos como a forma mais conveniente de uso profissional de flúor tópico em pré-escolares com base na premissa de que são de fácil execução técnica, rápida aplicação, boa aceitação pela criança, além de seguros em relação à toxicidade aguda (Aliança para um futuro livre de cárie, 2012). O tempo que demora a aplicação do verniz, varia de 1 a 4 minutos por criança, dependendo do número de dentes presentes, e logo após a aplicação do produto a criança pode fechar a boca, pois o verniz endurece em contato com a saliva e forma uma película que adere às superfícies dentárias (DGS-O nº13, 2013). Recomenda-se apenas que as crianças evitem alimentos duros durante as duas horas seguintes à aplicação do verniz e não escovem os dentes nesse dia (Carvalho, et al., 2010). Assim, o verniz pode permanecer em contato com o esmalte dentário por mais tempo (Almeida, et al, 2007).

A aplicação de verniz de flúor tem como principal objetivo fazer com que o flúor fique em contacto com a superfície dentária por um longo período de tempo, sendo que a sua concentração é superior à dos géis (12.300ppmF para FFA e 9.200ppmF para NaF 2%) (Almeida, et al, 2007) servindo de reservatório de iões de flúor de dissolução lenta (Corrêa, 1998). Durante o tempo que o verniz flúor estiver aderido à superfície dentária, os iões de flúor estarão disponíveis para interferir no progresso da cárie dentária (Chedid & Cury, 2004). Este procedimento tem o reconhecimento e aprovação da Associação Dentária Americana, da Associação Dentária Canadiense, bem como da US Food and Drug Administration (FDA),entre outras (Corrêa, 1998).

Como já vimos anteriormente, a cárie dentária é um processo multifatorial, e dois dos fatores que potenciam esta patologia é o acumular de bactérias sobre as superfícies dentárias e a exposição regular aos açúcares fermentáveis. Cada vez que introduzimos açúcares ou alimentos com açúcar na boca, as bactérias do biofilme vão produzir ácidos que desmineralizam o esmalte e a dentina enquanto o pH estiver baixo. Após algum tempo, o pH,

volta a subir e dá-se o processo de remineralização, potenciado pela saliva (Ministério da Saúde, 2009).

Uma vez que os minerais da estrutura do esmalte e da dentina são dissolvidos por ácidos e a fluorapatite é menos solúvel que a hidroxiapatita, a fluorapatite tem uma tendência maior para se precipitar quer no esmalte quer na dentina do que a hidroxiapatite, durante os processos de desmineralização e remineralização (Thylstrup & Fejerskov, 1995). Assim, mesmo que se dê a queda do pH de forma a potenciar a dissolução da hidroxiapatite, se existir iões flúor na cavidade oral, seja nos fluídos do biofilme seja na saliva, a fluorapatite continuará a ter tendência para se precipitar. Por consequência, para determinados níveis de pH, existirá, ao mesmo tempo, dissolução de hidroxiapatite e precipitação de fluorapatite, contrabalançando a perda de minerais da estrutura do dente e consequente perda de velocidade na propagação da cárie (Ministério da Saúde, 2009; Thylstrup & Fejerskov, 1995). Assim, considera-se pH crítico para o esmalte de uma população não exposta diariamente a nenhuma forma de fluoretos, 5,5 e de 4,5 quando exposta. É nos valores de pH entre 4,5 e 5,5, que as populações expostas a fluoretos registam ganhos, ou seja, é neste intervalo de valores que verificamos a redução da desmineralização do esmalte e/ou dentina (Castro, 2000; Ministério da Saúde, 2009).

Sendo assim, os fluoretos atuam diretamente nos processos de desmineralização e de remineralização sendo eficazes na prevenção da cárie dentária e como a sua presença ativa a remineralização, diminui a solubilidade do esmalte, sendo que o efeito preventivo do flúor está relacionado com a frequência de aplicação e o tempo de contato com a superfície dentária. Considerando estes fatores, surgiu o verniz flúor com objetivo de aumentar o tempo de exposição do esmalte à ação do flúor (Castro, 2000).

### 3.2 EVIDÊNCIAS DO VERNIZ DE FLÚOR NA PREVENÇÃO DA CÁRIE

Os vernizes de flúor têm demonstrado eficácia na prevenção da cárie na dentição decídua e na permanente (Cascaes, et al., 2012; Marinho, et al., 2002). A sua eficácia na redução da incidência de cárie dentária situa-se por volta dos 30%, sendo de 30% a 40% para a dentição permanente e de 7% a 44% na decídua (Carvalho, et al., 2010). Existem, no entanto, alguns resultados que são inconclusivos em relação à frequência de aplicação semestral em dentes decíduos com alto risco à cárie (Corrêa, 1998). Em crianças de baixo risco à cárie, uma aplicação semestral tem-se mostrado eficaz, sendo necessárias aplicações trimestrais para crianças de maior risco (Corrêa, 1998; Marinho et al., 2002; Narvai et al., 2002).

Para além da questão da eficácia em relação à prevenção da cárie, existe ainda a questão da toxicidade por flúor e da fluorose. Num estudo realizado por Almeida et al (2007), podemos ler que os métodos de aplicação tópica de flúor de baixa concentração e alta frequência de utilização foram considerados os que apresentam maior risco, em termos de fluorose dentária, principalmente no caso de crianças que vivem em regiões que são abastecidas por água fluoretada, contrapondo com os métodos de aplicação em consultório de medicina dentária, no qual podemos incluir a aplicação de verniz de flúor em ação comunitária, o que é corroborado no Guia de Recomendações para o uso de fluoretos no Brasil (2009).

Considerando que pode haver risco de toxicidade aguda durante a aplicação de flúor em gel, se houver a ingestão do gel (Baratieri, et al., 2001; Corrêa, 1998), os vernizes de fluor deveriam, segundo o mesmo estudo, ser o método de escolha para aplicação em crianças de zero a seis anos de idade, uma vez que os níveis sanguíneos de flúor são menores do que quando da aplicação de flúor em gel com moldeiras (Baratieri, et al., 2001).

Para a aplicação de verniz de flúor, as superfícies dentárias devem estar limpas, (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; DGS-O, 2013; Ministério da Saúde, 2009) pressupondo por isso uma escovagem prévia à aplicação.

Este método de prevenção da cárie, é complemento a outros já implementados, como o bochecho de fluor, com o objetivo futuro de substituir este na íntegra. A vantagem desta forma de aplicação de flúor é que ao ser realizada por um profissional de saúde, garante-se a efetividade da sua realização e aplicação do protocolo da DGS (Anexo 1).

No entanto, conforme Almeida (2010), é muito mais efetivo e eficiente estimular a remineralização do esmalte com duas aplicações tópicas diárias de fluoreto incorporado na pasta dentífrica, realizando duas escovagens diárias, do que utilizar selantes para eliminar nichos de acumulação de placa bacteriana que, de fato, já desapareceram durante a auto limpeza oclusal resultante da mastigação dos alimentos.

Assim, a aplicação tópica de verniz de flúor continua a justificar-se devido aos deficientes cuidados de saúde oral da população infanto-juvenil, servindo como um complemento importante à escovagem.

## 4 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Pela análise crítica à Orientação Nº13/2013 da DGS realizada conclui-se que esta se baseava em indicações técnicas. Pela ausência de estratégias de implementação no público alvo, surgiu a necessidade de desenvolver uma atividade de literacia em saúde para os pais e adequar os materiais da DGS às crianças. Sustentado em pressupostos de metodologia de projeto, segundo Barbier (1993), em que existe uma primeira etapa de sistematização da metodologia de projeto, com a racionalização da organização do trabalho social e das atividades. Uma segunda, de racionalização da organização do trabalho e das atividades, trata-se da reflexão da implicação dos atores e a articulação das ações com o contexto, levando à ação, pesquisa e formação.

### 4.1 FINALIDADES E OBJETIVOS

Este projeto de promoção e educação para a saúde visa contribuir para a Promoção da Saúde Oral das crianças. Para tal traçaram-se os seguintes objetivos:

- conhecer os hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação e das crianças nascidas em 2010, a frequentar os jardins de infância e IPSS's de Ponte de Lima;
- sensibilizar estes os pais/encarregados de educação, a frequentar os jardins de infância e IPSS's de Ponte de Lima, para a importância da higiene oral;
- sensibilizar os pais/encarregados de educação das crianças nascidas em 2010, a frequentar os jardins de infância e IPSS's de Ponte de Lima, sobre a importância da aplicação do verniz de flúor;
- preparar as crianças nascidas em 2010, que frequentam os estabelecimentos de ensino públicos e privados de Ponte de Lima, para a aplicação do verniz de flúor;
- sensibilizar estas crianças para a importância da higiene oral;

- Aplicar o verniz de flúor.

#### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O Projeto Piloto de Intervenção em Saúde Oral da ULSAM, a aplicação de verniz de flúor, tem como âmbito geográfico de intervenção o distrito de Viana do Castelo, abrangendo uma população de 1852 crianças com 4 anos, a frequentar os jardins de infância e IPSS's, que numa, primeira fase, foram seleccionados os concelhos de Ponte de Lima e Vila Nova de Cerveira, conforme foi referido anteriormente. Neste projeto de promoção da saúde oral: contributos do verniz de flúor, no âmbito do mestrado em promoção e educação para a saúde, apenas foi considerado o concelho de Ponte de Lima, sendo a população alvo todas as crianças nascidas no ano 2010, a frequentar o ensino pré-escolar público e privado do concelho de Ponte de Lima, tal como os seus pais/encarregados de educação. Segundo o INE, nasceram em Ponte de Lima, em 2010, 372 crianças (tabela 1). As crianças com 4 anos que frequentam os agrupamentos das escolas de Ponte de Lima são 333, constituindo como tal a amostra deste projecto de promoção e educação para a saúde.

**Tabela 2:** Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo, no distrito de Viana do Castelo e no Município de Ponte de Lima em 2010 (INE, 2014).

TERRITÓRIOS		Total	Masc.	Fem.
Âmbito Geográfico	Anos	2010		
Distrito	Viana do Castelo	1852	975	877
Município	Ponte de Lima	372	178	194

Verifica-se uma diferença de 39 crianças entre os nascimentos em 2010 e as que frequentam estabelecimentos de ensino, algumas justificações que se encontrou prendem-se com a não resposta de uma das IPSS's (a Santa Casa da Misericórdia), das emigrações e de algumas das crianças ainda não frequentarem qualquer estabelecimento de ensino, ficando em casa ao cuidado dos pais ou outros familiares.

Das crianças de Ponte de Lima que nasceram em 2010 e que no ano letivo 2014-15 frequentaram os centros escolares, constatou-se que o Agrupamento António Feijó comporta o maior número de crianças (135) sendo que o de Freixo e o Agrupamento de Escolas de Ponte de Lima tem sensivelmente o mesmo número de crianças (53 e 56 crianças respetivamente). O Agrupamento de Arcozelo é frequentado por 86 crianças.

**Tabela 3:** Distribuição das crianças, nascidas em 2010, pelos jardins de infância, centros educativos e IPSS's do concelho de Ponte de Lima (n=333).

<b>Agrupamento</b>	<b>Jardim de Infância/Centro Educativo</b>	<b>Número de crianças</b>
<b>António Feijó</b>	Ponte de Lima	<b>42</b>
	Ribeira	<b>20</b>
	Trovela	<b>26</b>
	Rebordões de Souto	<b>9</b>
	Feitosa	<b>12</b>
	S. Martinho da Gandra	<b>14</b>
	Casa do Povo de S. Martinho	<b>12</b>
<b>Arcozelo</b>	Vilar	<b>25</b>
	Lagoas	<b>34</b>
	Cepões	<b>12</b>
	Brandara	<b>3</b>
	Calheiros	<b>3</b>
	Refoios	<b>12</b>
<b>Freixo</b>	Freixo	<b>19</b>
	Poiares	<b>9</b>
	Sandiães	<b>4</b>
	Cabaços	<b>6</b>
	Vitorino de Piães	<b>15</b>
<b>De Escolas de Ponte de Lima</b>	Correlhã	<b>30</b>
	Facha	<b>26</b>

No que se refere aos pais /encarregados de educação foram considerados 333, no pressuposto de que num mesmo ano a probabilidade de ocorrer mais do que um nascimento na mesma família é reduzido.

#### 4.3 MATERIAL ELABORADO

Para a execução deste projeto foram elaborados vários materiais de apoio, nomeadamente o filme, o álbum seriado, o *PowerPoint* para as sessões com os



pais, os questionários para os pais e encarregados de educação e para as crianças. Em seguida serão descritos os processos de elaboração dos vários materiais, tal como as diversas colaborações recebidas.

- O Filme (Apêndice 3)

Achou-se pertinente a realização deste filme, pois o folheto explicativo da DGS (anexo 1) apresenta demasiado texto, tornando-se este mais apropriado para os adultos do que para crianças de 4 anos que ainda não sofreram o processo de alfabetização estando no 2º estadio de desenvolvimento (no estadio pré-operatório). Achamos, ainda, que facilitaria a promoção para a saúde, tornando a explicação da atividade às crianças mais perceptível e adequado para o seu nível de desenvolvimento cognitivo. Por outro lado, porque para além da prevenção da cárie, através da aplicação de verniz de flúor, era para nós importante fazer EpS mais centrada na informação, com o objetivo de contribuir para a adoção de comportamentos de saúde oral. Nesta perspetiva a EpS funciona como uma das dimensões da EpS.

Este filme foi realizado nas instalações da ACEP (Associação Cultural e de Educação Popular) com a colaboração das crianças lá inscritas e devidamente autorizadas pelos seus pais/encarregados de educação a participar nesta atividade, contamos ainda com a colaboração de uma higienista oral, colaboradora da ACEP e de uma educadora da ACEP, para além da coordenação da instituição para entrega e recolha das autorizações para as filmagens.

Foi explicado às crianças o que se pretendia, que eles realizassem a escovagem dos dentes e que depois iríamos proceder à aplicação de verniz de flúor nos dentes de um deles, tudo isso seria filmado.

As crianças colaboraram e um deles inclusive se voluntariou para que lhe fosse aplicado o verniz.

A montagem do filme foi realizada no IPVC pelo gabinete de comunicação e imagem, com o qual foram realizadas algumas reuniões, uma primeira para apresentar a nossa proposta e saber da disponibilidade do

peçoal do gabinete. Realizaram-se as filmagens e reunimos novamente para entregar o material obtido. O gabinete trabalhou o vídeo e chamou-nos para apresentação da primeira versão foram sugeridas alterações e mais tarde reunimos novamente. Nesta terceira reunião estava praticamente tudo como o pretendido, ficando a faltar pequenos detalhes e a ficha técnica do filme. Na quarta reunião foi apresentada e aceite a versão final do filme.

### Ficha técnica

Autor do Guião: Angela Ferreira

Montagem: IPVC TV

Musica: Escolinha de Musica – Lavar os dentes

- O Álbum seriado (Apêndice 4)

Esta ideia surgiu igualmente da necessidade de adaptar os materiais disponíveis ao desenvolvimento cognitivo do público alvo deste projeto. Segundo Carvalho (2014), o recurso a métodos ativos, participativos e promotores da verbalização, como a contagem de histórias ou o “jogo simbólico”, são mais eficazes no estadio pré-operatório, daí optarmos pelo álbum seriado.

Para a sua realização contamos com sugestões e análise crítica do corpo docente da ACEP e de uma educadora e colega deste mestrado, que o finalizou com uma quadra elaborada por ela. À medida que íamos progredindo na execução do álbum iam sendo sugeridas alterações no sentido de que este ficasse realmente uma versão adaptada do folheto da DGS.

- O *PowerPoint*

Para as sessões com os pais foram elaborados *PowerPoint* 's para guia destas sessões, para que fossem abordados os mesmos temas em todas e não esquecêssemos de focar nenhum dado importante. Para tal contamos com a ajuda da higienista oral da USPAM, pela sua experiência profissional quer como higienista na área comunitária quer como formadora da ARS-Norte.

Assim procedemos a realização do *PowerPoint*, aproveitando também os conhecimentos prévios da formação inicial de formadores para a realização dos planos de sessão (Apêndice 5) que serviram de guião para a apresentação.

#### 4.4 INTERVENÇÃO, PROCEDIMENTOS E AVALIAÇÃO

O PNPSO (Portaria nº 301/2009), normalizado através da Circular Normativa Nº 01/DSE), define uma atuação abrangente para a intervenção em saúde oral ao longo do ciclo de vida e em ambientes onde as crianças vivem e estudam, que tem como pilares a prevenção primária e secundária das doenças orais, principalmente da cárie dentária. Desta abordagem preventiva destaca-se a aplicação de flúor, quer o sistémico (em comprimidos ou gotas) quer o tópico (em soluto, géis ou verniz), seguindo as orientações da OMS para a sua administração.

Tal como referimos anteriormente na área de influência da ULSAM, optou-se pelo verniz de flúor como medida preventiva de cárie por sugestão da DGS através da Orientação nº13/2013, pelo seu baixo custo e pelo controlo na aplicação.

Ora sendo a aplicação do verniz de flúor, uma dinâmica nova, considerou-se que deveria ser explicada e esclarecida junto dos pais/encarregados de educação, a sua aplicação, vantagens e cuidados e porque são estes quem decidem e autorizam a participação dos seus filhos/educandos. Cumitantemente a evidência científica correlaciona a prevalência de cárie na criança e os níveis de conhecimento de saúde oral, o nível socioeconómico, o nível de escolaridade e a frequência de visita a profissionais de saúde oral, por parte dos pais/encarregados de educação (Rajab, et al., 2002; Szatkho, Wierzbicka, Dybizbanska, Struzycha, & Iwanicha-Frankowska, 2004), pelo que analisamos os hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação e das crianças.

Este projeto desenvolve-se nas escolas em três fases.

Na primeira fase, deu-se a conhecer o projeto aos professores promotores da saúde e educadores de infância de cada agrupamento escolar, às autarquias e aos serviços de saúde locais.

Numa segunda fase, apresentou-se o projeto aos pais/encarregados de educação das crianças alvo, através de sessões de trabalho.

- As sessões com os pais foram efetuadas em 8 das 19 escolas do concelho (tabela 9) e consistiram em reuniões de 40 minutos, aproximadamente, marcadas em horário pós-laboral. Tinham como objetivo geral que no final da sessão, os pais e encarregados de educação, se sentissem motivados e estivessem informados quanto à aplicação de verniz de flúor e para as práticas de saúde oral, e como objetivos específicos que no final da sessão os pais e encarregados de educação fossem capazes de descrever a importância da aplicação de verniz de flúor e os cuidados a ter, de descrever uma técnica de escovagem e a quantidade de pasta dentífrica apropriada. Os conteúdos da sessão passaram pela apresentação da formadora, do tema da sessão e dos seus objetivos, desenvolvendo-se para os temas da saúde oral, da higiene oral e o que é o verniz de flúor. Para tal abordaram-se os seguintes tópicos: a dentição, a patologia oral (placa bacteriana, cáries, gengivite), higiene oral (técnica de escovagem de Bass modificada, exemplificação com recurso a imagens), o verniz de flúor, sua importância e cuidados a ter antes e depois da aplicação, tais como:
  - informar que as crianças que podem comer e beber normalmente antes da aplicação;
  - recomendar e avisar que não devem ser tomados quaisquer tipos de suplementos de flúor até dois dias depois da aplicação, passado esse tempo, continuar normalmente a administração dos suplementos;
  - alertar que, após a aplicação do verniz de flúor, os dentes irão ficar ligeiramente amarelados durante algumas horas e que só devem escovar os dentes na manhã seguinte.

No final fez-se uma pequena síntese dos conteúdos e deu-se espaço às questões dos presentes. A sessão desenvolveu-se utilizando o método

expositivo associado com as técnicas de exposição, demonstração e de avaliação por questionário (Apêndice 5).

Foram ainda analisados os hábitos de higiene oral dos pais/encarregados de educação e das crianças, através de questionário (Apêndice 1).

- O questionário foi elaborado para avaliar a perceção dos mesmos em relação à sua saúde oral e à dos seus educandos, perceber qual a importância reservada na família à saúde oral, quais as rotinas familiares de higiene oral, quais as fontes de informação a que recorrem e nos desse a possibilidade de delinear estratégias para aproximar as famílias das práticas de saúde oral. Este questionário foi entregue aos pais e encarregados de educação através do vaivém dos seus educandos no dia seguinte à sessão e devolvidos utilizando a mesma forma no prazo de uma semana.

Também foi enviado o folheto elaborado pela DGS, que foi adaptado à realidade local no que diz respeito aos contactos (Anexo 1), sobre esta atividade, tal como o consentimento informado para a participação dos seus educandos na aplicação de verniz de flúor (Anexo 2).

Utilizou-se esta forma de comunicação por ser o método com que todos estavam familiarizados e para que não houvesse repetição ou duplo envio do mesmo.

Na terceira fase procedeu-se à explicação da atividade junto das crianças e à aplicação do verniz de flúor.

Para desmistificar a aplicação de verniz de flúor realizaram-se várias atividades. Nomeadamente, sessões de intervenção com as crianças.

- As sessões decorreram em todas as escolas no mesmo dia da aplicação de verniz de flúor mas previamente a esta. Demoram entre 10 a 15 minutos e tiveram como objetivo geral que no final da sessão, as crianças, estivessem sensibilizadas e esclarecidas para aplicação de verniz e para a escovagem dos dentes. Iniciou-se a sessão fazendo a apresentação da/das técnica/s de saúde oral, do tema da sessão e dos objetivos. Em seguida, abordou-se sucintamente os temas da saúde oral, higiene oral, o que é o verniz de flúor e visualizaram o pequeno filme (Apêndice 3), onde é explicado às crianças

o processo de aplicação do flúor. O filme foi elaborado para o efeito, onde todo o processo de aplicação de verniz é replicado em ambiente escolar, com crianças do mesmo grupo etário, com referência à escovagem. Achamos que seria mais fácil aplicar o verniz se as crianças tivessem prévio conhecimento do que consistia a atividade. Este filme foi elaborado por acharmos que o material de apoio da Orientação não era suficientemente elucidativo e adequado às crianças e aos pais/encarregados de educação. Também estes tiveram a oportunidade, na sessão de sensibilização a eles dedicada, de visualizar o filme. Para concluir a sessão e antes da aplicação, fez-se uma pequena síntese dos conteúdos e colocaram-se algumas questões às crianças para avaliar os conhecimentos adquiridos (Apêndice 6).

Houve centros educativos/ jardins de infância onde se proporcionou uma conversa mais alargada com as crianças sobre questões de promoção da saúde oral, nomeadamente sobre a escovagem, uma atividade que eles conhecem e que a maioria tem por rotina do dia a dia. Foi ainda possível explorar o álbum seriado (Apêndice 4) que se trata de uma versão adaptada do folheto da DGS (Anexo 1), de forma a tornar possível que as crianças de 4 anos, o alvo desta intervenção, percebessem a explicação da DGS para a atividade. Consideramos que o folheto disponibilizado, apresenta demasiado texto e poucas imagens, tornando-se inadequado para a fase de desenvolvimento das crianças de 4 anos. Assim neste álbum seriado (Apêndice 4) traduzimos para imagens o que nele se encontra por escrito. Com as crianças destes centros educativos, conseguimos realizar um inquérito (Apêndice 2) com questões sobre saúde oral, se escovar os dentes é bom, se se deve escovar a língua, quantas vezes ao dia devemos escovar os dentes, o tamanho ideal da escova e o que é o flúor. Conseguindo, assim, perceber se realizam a escovagem diariamente, de que forma o fazem, com que recursos e se estão elucidados acerca do objetivo dessa atividade.

- Por fim realizou-se a aplicação do verniz de flúor que seguiu o Protocolo de aplicação descrito na Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 013/2013

(Anexo 3), que define as diretrizes básicas de aplicação dos vernizes de flúor em comunidade, e que deve ocorrer duas vezes por ano.

Assim, a aplicação foi efetuada na escola/jardim de infância por um ou dois higienistas orais, dependendo das escolas, que participaram na formação sobre vernizes de flúor ministrada pela Direção-Geral da Saúde ou pela Administração Regional de Saúde do Norte.

A confirmação da autorização expressa dos pais/encarregados de educação de cada criança foi obtida através da assinatura do consentimento informado, todos devolveram os respetivos consentimentos, reunindo 314 crianças, das 333, requisitos para a aplicação do verniz fluoretado, sendo que 19 estavam não autorizadas.

Para a aplicação os materiais foram adquiridos através dos sistemas normais de fornecimento da ULSAM e consta de:

- Máscara (uma por turma);
- Luvas (um par por criança);
- Desinfetante das mãos;
- Rolos de algodão;
- Aplicador descartável (um por criança);
- Verniz de flúor (0.25ml por criança).

A preparação do local onde se iria proceder aplicação do verniz de flúor era simples, na maioria dos jardins de infância realizou-se na sala de aula, naqueles em que isso não aconteceu, realizou-se na biblioteca. A preparação constava de:

- Colocar o equipamento num local acessível, normalmente, em cima da mesa, tendo o cuidado de evitar que o mesmo ficasse ao alcance das crianças;
- Colocar 0.25 ml de verniz de flúor nas costas da luva da mão esquerda;
- Sentar a criança numa cadeira confortável e assegurar uma boa iluminação da zona da boca;
- Cumprir sempre as regras de controlo da infeção cruzada.

Antes da aplicação, realizou-se um exame preliminar com componente extraoral e intraoral. Da componente extraoral, constava a zona dos

lábios de forma a detetar lesões/infeções, a face e as áreas à volta da boca de forma a detetar manchas, inflamação ou áreas com edema. Nos casos em que as crianças manifestaram sinais óbvios de doença sistémica (ex. constipação, gripe) ou outra alteração a nível da face, lábios ou tecidos moles da boca (ex. aftas, herpes) a aplicação de verniz de fluor, nesta criança, foi adiada. Da componente intraoral, constava a observação da face interior dos lábios, as superfícies superiores e inferiores da língua, os dentes e a gengiva para detetar sinais de cárie dentária e/ou inflamações. Nos casos em que não foram detetadas alterações, realizou-se a aplicação do verniz de flúor. Se alguma criança estivesse com dores, sinais de infeção ou lesões de cárie muito extensas, com exposição pulpar, atuar-se-ia para que o cheque Saúde Oral em Saúde Infantil (SOSI) fosse ativado, o que não aconteceu.

Em relação à aplicação propriamente dita, o protocolo de aplicação da DGS (DGS-O nº13, 2013) refere que, é importante recordar que cada criança é única e as condições das instituições também, que não existem metodologias rígidas para a aplicação, mas que existem recomendações, fundamentais, para que o método de aplicação seja corretamente executado, e que se a criança estivesse com medo, chorasse, protestasse, ou recusasse a aplicação deveria ser cancelada, o que aconteceu com 5 crianças.

Relativamente às técnicas utilizadas para a aplicação, foram basicamente as descritas no mesmo protocolo da DGS (DGS-O nº13, 2013):

- Retraiu-se o lábio superior com o dedo e iniciamos no maxilar superior do lado direito, secou-se do incisivo central até ao último molar com um rolo de algodão;
- Aplicou-se o verniz de flúor nas superfícies vestibulares, palatinas e oclusais dos molares presentes (temporários ou/e definitivos) e nas superfícies vestibulares e palatinas dos caninos e incisivos;
- De seguida, retraiu-se novamente o lábio superior com o dedo e secamos do incisivo central ao último molar do lado esquerdo, com o mesmo rolo de algodão;



- Aplicou-se o verniz de flúor nas superfícies vestibulares, palatinas e oclusais dos molares presentes (temporários ou/e definitivos) e nas superfícies vestibulares e palatinas dos caninos e incisivos;
- Repetiu-se o mesmo processo para os dentes inferiores.

O material que foi usado foi colocado em recipientes adequados ao depósito dos resíduos produzidos, de acordo com a legislação aplicável.

A listagem dos alunos aos quais foi aplicado verniz de flúor, foi atualizada durante a aplicação, no momento dos exames preliminares. E caso surgisse alguma manifestação alérgica, que não aconteceu, as indicações eram para que se removesse o verniz com uma escova de dentes ou rolo de algodão e pedir à criança para bochechar com água. Posteriormente, enviar para o médico de família com a descrição da situação.

Após a aplicação, lembrou-se os educadores, pois já lhes tinha sido referido na reunião em que se apresentou esta atividade (na primeira fase da intervenção e no folheto), que as crianças não poderiam comer nem beber, nos 60 minutos seguintes à aplicação do verniz de flúor, de que as crianças, deviam, se possível, comer alimentos moles durante o resto do dia e de que as crianças não poderiam escovar os dentes, até à manhã seguinte, altura em que deveria recomeçar o ritmo normal de escovagem dos dentes (2 vezes por dia, sendo uma delas obrigatoriamente antes de deitar). Nos casos em que o médico assistente tivesse prescrito suplementos de flúor à criança, estes não deviam ser tomados nos dois dias seguintes à aplicação do verniz de flúor e que depois disso a utilização deveria seguir como estava planeado. Lembrou-se também, os educadores que a aplicação do verniz coloriu, temporariamente, os dentes das crianças.

No final, as salas de aula ou bibliotecas ficaram limpas e arrumadas.

#### 4.5 TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Relativamente ao questionário aos pais/encarregados de educação e aos das crianças foi efetuada análise estatística com recurso a técnicas descritivas, tendo em consideração as variáveis quanto à escala de medida.

Assim, recorreu-se à distribuição frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão).

Para o tratamento de dados utilizou-se o SPSS 20.0 para o Windows.

Das atividades realizadas procedemos à apresentação dos resultados.

## 5 RESULTADOS

Os resultados reportam-se às intervenções que foram efetuadas e são apresentados conforme os objetivos.

### 5.1 HÁBITOS DE SAÚDE ORAL DOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

Dos 333 questionários entregues, 288 foram devidamente preenchidos e devolvidos, registando-se uma diferença de 45. Em relação às características sociodemográficas (Tabela 4) constatamos que dos 288 inquiridos são maioritariamente do sexo feminino (92,7%). No que se refere à idade, varia entre 20 e 57 anos, com média  $35,12 \pm 5,34$  anos e mediana 35 anos. Quando consideramos os grupos etários o mais representado é dos 30 a 39 anos (62,5%), seguido dos 40 a 49 anos (21,9%).

Quanto à escolaridade a maioria tem o 3º ciclo (36,8%), seguido do ensino secundário (24,0%) e do superior (20,1%). Os respondentes com o primeiro ciclo representam 1,0%, e com o segundo ciclo 17,4%.

No que diz respeito às profissões (Tabela 4), e para proceder à organização das mesmas, foi utilizada a Classificação Nacional das Profissões 2010, do Instituto de Nacional de Estatística. Os desempregadas/os e domésticas/os não têm correspondência nesta classificação, daí terem sido agrupados em não incluídos na classificação. Temos 3,5% que não responderam. O grupo mais representado é o dos não incluídos na classificação (24,3%), seguido dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies (20,8%), dos trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (17,7%), dos especialistas da atividades intelectuais e científicas (12,2%), e dos operadores de máquinas e trabalhadores de montagem (9,0%). Os restantes grupos representam 12,4%.

Quando observamos o estado civil, a maioria é casada (90,6%), seguido dos divorciados (2,8%). Os solteiros e os que responderam outro estado civil têm a mesma proporção (2,1%), o estado civil com menor distribuição é o dos viúvos (1,7%), sendo que 0,7% não respondeu a esta questão.

Em relação ao número de pessoas que constituem o agregado familiar, agrupamos as respostas em dois grupos, sendo que a maioria dos agregados familiares são compostos por mais de duas pessoas (97,3%) e uma minoria é constituído por duas pessoas (1,0%).

**Tabela 4:** Distribuição dos encarregados de educação conforme as características sociodemográficas (n=288).

<b>Sexo</b>	n	%
Masculino	20	6,9
Feminino	267	92,7
Não responde	1	0,3
<b>Idade</b>		
De 20 a 29 anos	41	14,2
De 30 a 39 anos	180	62,5
De 40 a 49 anos	63	21,9
Mais de 50 anos	1	0,3
Não responde	3	1,0
<b>Escolaridade</b>		
1º ciclo	3	1,0
2º ciclo	50	17,4
3º ciclo	106	36,8
Ensino secundário	69	24,0
Ensino superior	58	20,1
Não responde	2	0,7

**Tabela 4:** Distribuição dos encarregados de educação conforme as características sociodemográficas (n=288) (continuação).

<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Profissões das forças armadas	2	0,7
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	5	1,7
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	35	12,2
Técnicos e profissões das ciências e engenharia de nível intermédio	9	3,1
Pessoal administrativo	9	3,1
Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	51	17,7
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	5	1,7
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	60	20,8
Operadores de máquinas e trabalhadores de montagem	26	9,0
Trabalhadores não qualificados	6	2,1
Desempregado/doméstica	70	24,3
Não responde	10	3,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	8	2,1
Casado	261	90,6
Divorciado	8	2,8
Viúvo	5	1,7
Outro	6	2,1
Não responde	2	0,7
<b>Número de pessoas do agregado familiar</b>		
2 pessoas	3	1,0
Mais de duas pessoas	280	97,3
Não responde	5	1,7

No que se refere aos hábitos de higiene oral (Tabela 5), a grande maioria dos 288 respondentes, escovam os dentes duas vezes por dia (67,7%), existindo 17,0% que escova três vezes ao dia, e 14,6% que escova uma vez no

dia. Um encarregado de educação (0,3%) declara não fazer qualquer escovagem.

Em relação à escovagem da língua, a maioria respondeu afirmativamente (70,1%), sendo que 29,2% refere não escovar. Quanto à periodicidade de mudança da escova, o maior número de respostas (63,5%) recai em de 3 em 3 meses, seguido de de 4 em 4 meses a 6 em 6 meses (29,2%), e por último mais de 6 em 6 meses (4,5%).

Relativamente à frequência de utilização do fio dentário, a maioria respondeu que não usa fio dentário (55,9%), dos que referem usar, 54,0% utilizam-no pelo menos diariamente, 27,0% utilizam algumas vezes por semana, e 10,3% os que raramente usam fio.

A frequência de utilização de elixir na higiene oral foi de 44,8%, destes 38,8% usa pelo menos uma vez por dia, 30,2% usam pelo menos uma vez por semana, os que referem a utilização pelo menos uma vez por mês são 10,9%, e 7,8% referem raramente utilizar elixir, havendo 12,4% que não responderam. Quando questionados em relação ao tempo que demoram a realizar a higiene oral a maioria refere ser mais de 5 minutos (46,8%), seguidos dos de 2 a 3 minutos (24,3%) e dos de 4 a 5 minutos (22,6%). Um pequeno grupo respondeu menos de 2 minutos (3,5%) e 8 encarregados de educação não responderam a esta questão.

No que se refere à regularidade que vai ao dentista, a maioria dos inquiridos refere que vai uma vez por ano (56,3%), seguida dos que referem de 6 em 6 meses (22,6%), havendo 2,4% que nunca consultou. Quando questionamos sobre o motivo da consulta a maioria foi por vigilância (78,6%), referindo 13,2% que foi por dor, e 5,6% por outro motivo.

**Tabela 5:** Distribuição dos encarregados de educação conforme os hábitos de higiene oral (n=288).

<b>Número de vezes por dia que escova os dentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 vez	42	14,6
2 vezes	195	67,7
3 vezes	49	17,0
Nenhuma	1	0,3
Não responde	1	0,3
<b>Escovagem da lingual</b>		
Sim	202	70,1
Não	84	29,2
Não responde	2	0,7
<b>Periocidade de muda de escova</b>		
De 3 em 3 meses	183	63,5
De 4 em 4 meses a 6 em 6 meses	84	29,2
Mais de 6 em 6 meses	13	4,6
Não responde	8	2,8
<b>Utilização de fio dentário</b>		
Sim	126	43,8
Não	161	55,9
Não responde	1	0,3
<b>Frequência da utilização do fio dentário (n=126)</b>		
Pelo menos diariamente	68	54,0
Algumas vezes por semana	34	27,0
Raramente	13	10,3
Não responde	11	8,7
<b>Utilização de elixir</b>		
Sim	129	44,8
Não	156	54,2
Não responde	3	1,0

**Tabela 5:** Distribuição dos encarregados de educação conforme os seus hábitos de higiene oral (n=288) (continuação).

<b>Frequência de utilização de elixir (n=129)</b>	n	%
Pelo menos 1 vez por dia	50	38,8
Pelo menos 1 vez por semana	39	30,2
Pelo menos uma vez por mês	14	10,9
Raramente	10	7,8
Não responde	16	12,4
<b>Tempo que demora a higiene oral</b>		
Menos de 2 minutos	10	3,5
2 a 3 minutos	70	24,3
4 a 5 minutos	65	22,6
Mais de 5 minutos	135	46,8
Não responde	8	2,8
<b>Regularidade de consulta ao dentista</b>		
Nunca consultei	7	2,4
De 6 em 6 meses	65	22,6
1 vez por ano	162	56,3
Outro	53	18,4
Não responde	1	0,3
<b>Motivo da consulta (n=280)</b>		
Vigilância	220	78,6
Acidente	2	0,7
Dor	38	13,6
Outro	16	5,7
Não responde	4	1,4

Relativamente às características demográficas das crianças (Tabela 6), os encarregados de educação que responderam aos questionários, são maioritariamente responsáveis por crianças do sexo feminino (51,7%), havendo um encarregado de educação não respondeu a esta questão.



**Tabela 6:** Distribuição das crianças por sexo (n=288).

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	138	47,9
Feminino	149	51,7
Não responde	1	0,3

Quando analisamos as respostas referentes aos hábitos de higiene oral das crianças (Tabela 7), no que concerne ao número de vezes que escova os dentes ao dia, observamos que a maioria (66,7%) realiza 2 escovagens, havendo 30,9% que escova uma vez por dia, e um pequeno grupo (2,4%) escova 3 vezes ao dia. Em relação ao tempo que o educando demora a efetuar a escovagem, a maioria dos inquiridos (45,1%) respondeu de 2 a 3 minutos, sendo que de 4 a 5 minutos foi o intervalo que em seguida apresentou maior número de respostas (27,8%), e menos de 2 minutos foi referido por 14,2%, existindo quem respondesse que o seu educando demora mais de 5 minutos a escovar os dentes (10,1%).

Quando questionados acerca da supervisão da escovagem, a grande maioria (95,8%) respondeu afirmativamente, sendo a pessoa mais referida a mãe (63,8%), seguida do pai (31,2%), depois o irmão/irmã (2,5%) e por fim outro (2,2%).

No que se refere ao tipo de pasta a mais frequente é fluoretada (83,7%), havendo 10 encarregados de educação que não responderam a esta questão. Quando questionados, se a criança fazia complemento de flúor 95,1% respondeu que não, havendo 3,8% que refere que sim. Destes, 1 faz comprimido, 3 gotas e 7 outro tipo de complemento.

A regularidade das consultas ao dentista foi referida pela maioria (60,4%) nunca ter levado o seu educando a uma consulta desta especialidade. Dos que levaram 23,3% refere fazê-lo 1 vez por ano, 8,7% de 6 em 6 meses, um grupo ainda mais reduzido (7,3%) respondeu levar os seus educandos com outra regularidade. Quando questionados acerca do motivo que os levaram a consultar um médico dentista, 83,2% respondeu por vigilância, 9,7% refere ter sido por a criança ter tido dor, 4,4% por outro motivo e uma pequena minoria (2,7%) refere tê-lo feito porque a criança sofreu um acidente.

**Tabela 7:** Distribuição das crianças conforme os seus hábitos de higiene oral (n=288).

<b>Número de vezes por dia que escova os dentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 vez	89	30,9
2 vezes	192	66,7
3 vezes	7	2,4
<b>Tempo de demora da escovagem</b>		
Menos de 2 minutos	41	14,2
2 a 3 minutos	130	45,1
4 a 5 minutos	80	27,8
Mais de 5 minutos	29	10,1
Não responde	8	2,8
<b>Supervisão da escovagem</b>		
Sim	276	95,8
Não	12	4,2
<b>Supervisão da escovagem</b>		
Pai	86	31,2
Mãe	176	63,8
Irmão/Irmã	7	2,5
Outro	6	2,2
Não responde	1	0,4
<b>Utilização pasta com flúor</b>		
Sim	241	83,7
Não	37	12,8
Não responde	10	3,5
<b>Utilização de complemento de flúor</b>		
Sim	11	3,8
Não	274	95,1
Não responde	3	1,1

**Tabela 7:** Distribuição das crianças conforme os hábitos de higiene oral (n=288) (continuação).

<b>Tipo de complemento de flúor (n=11)</b>	n	%
Comprimido	1	9,1
Gotas	3	27,3
Outro	7	63,6

<b>Regularidade com que vai ao dentista</b>	n	%
Nunca consultou	174	60,4
De 6 em 6 meses	25	8,7
1 vez por ano	67	23,3
Outro	21	7,3
Não responde	1	0,3

<b>Motivo da ida ao dentista (n=113)</b>	n	%
Vigilância	94	83,2
Acidente	3	2,7
Dor	11	9,7
Outro	5	4,4

Ao analisarmos as respostas às perguntas de quem prestou informação sobre saúde oral (Tabela 8), constatamos que a maior parte dos encarregados de educação (68,8%) referem ter recebido orientações sobre este tema, havendo 30,9% que refere nunca ter recebido qualquer tipo de orientação. Dos que receberam orientações, a maioria (57,1%) refere ter sido o médico/enfermeiro de família, seguida do Pediatra (19,7%), do Dentista (18,2%), havendo 3,0% que refere ter recebido orientações junto de outros profissionais/meios.

**Tabela 8:** Distribuição dos encarregados de educação em relação às fontes de informação sobre saúde oral (n=288).

<b>Recebeu orientações sobre a saúde oral do seu educando</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	198	68,8
Não	89	30,9
Não responde	1	0,3

<b>Quem o informou sobre saúde oral (n =198)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Médico/enfermeiro de família	113	39,2
Pediatra	39	13,5
Dentista	36	12,5
Outro	6	2,1
Não responde	94	32,6

## 5.2 A IMPORTÂNCIA DO VERNIZ DE FLÚOR PARA OS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

De seguida analisaremos a informação recebida nos questionários que nos permitirá perceber os conhecimentos dos pais/encarregados de educação em relação ao flúor e ao verniz de flúor (Tabela 9).

Assim, os pais/encarregados de educação quando questionados sobre se já tinham ouvido falar em flúor, 91,3% responderam afirmativamente, já no que se refere a ter ouvido falar em verniz de flúor, 55,2% afirma não ter conhecimento desta forma de flúor. À pergunta, se o verniz protege os dentes do educando, dos que já tinham ouvido falar 96,8% referem que sim. Tendo em consideração o objetivo do projeto, questionámos acerca da concordância com a aplicação do verniz de flúor, tendo sido referido pela quase totalidade (95,4%) que concordavam, percentagem próxima dos que consideram benéfica a aplicação de verniz de flúor para a saúde oral do educando (92,3%).

**Tabela 9:** Distribuição dos encarregados de educação conforme os conhecimentos sobre flúor e o verniz (n=288).

<b>Ouviu falar de flúor</b>	n	%
Sim	263	91,3
Não	22	7,6
Não responde	3	1,0
<b>Ouviu falar de verniz de flúor</b>		
Sim	126	43,8
Não	159	55,2
Não responde	3	1,0
<b>O verniz protege os dentes do educando (n=126)</b>		
Sim	122	96,8
Não respondeu	4	3,2
<b>Concordância com a aplicação de verniz de flúor</b>		
Sim	275	95,4
Não	4	1,4
Não respondeu	9	3,1
<b>Beneficia da aplicação de verniz de flúor para a saúde oral do educando</b>		
Sim	265	92,3
Não	3	1,0
Não respondeu	19	6,6

### 5.3 SENSIBILIZAÇÃO DOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ORAL

Das 20 sessões com os pais/encarregados de educação programadas (Tabela 10) para o concelho de Ponte de Lima, realizaram-se 8 (40,0%), a elas compareceram 47,1% dos 191 convocados (os pais/encarregados de educação do Agrupamento de Escolas de Ponte de Lima e do António Feijó). Nos agrupamentos de Arcozelo e Freixo não se realizou qualquer sessão com os pais/encarregados de educação, pois os educadores de infância destes

agrupamentos não acharam necessário, não tendo assim os pais/encarregados e educação visualizado o filme explicativo da aplicação.

**Tabela 10:** Distribuição das sessões previstas e realizadas com os pais/encarregados de educação, por agrupamento de escolas (n=20).

<b>Agrupamento de Escolas</b>	<b>Nº de Sessões previstas</b>	<b>Nº de Sessões realizadas</b>
António Feijó	7	7
Arcozelo	6	0
Freixo	5	0
Mega de Ponte de Lima	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>8</b>

Quando observamos os resultados obtidos em relação às autorizações para as crianças participarem neste projeto (Tabela 11), temos que a maioria foi autorizada (94,3%), das 19 não autorizadas pelos pais/encarregados de educação, 42,1% têm o diagnóstico de atopias.

**Tabela 11:** Distribuição das crianças, por agrupamento de escolas e centro educativo/ jardim de infância, de acordo com a autorização para participarem no projeto (N=333).

<b>Agrupamento de Escolas</b>	<b>CE/JI</b>	<b>Crianças nasc. em 2010</b>	<b>Autorizadas</b>	<b>Não autorizadas</b>	<b>Asmáticas (n=19)</b>
António Feijó	P.Lima	42	32	10	3
	Feitosa	12	12	0	0
	Gandra	14	13	1	1
	Ribeira	20	19	1	1
	Trovela	26	26	0	0
	C.P S.M.G.	12	11	1	1
	Reb. Souto	9	7	2	2
Arcozelo	Vilar	25	25	0	0
	Brandara	3	3	0	0
	Calheiros	3	3	0	0
	Lagoas	34	33	1	0
	Paredes//Cepões	12	12	0	0
	Refoios	12	12	0	0
Freixo	Freixo	19	19	0	0
	Vit. Piães	15	12	3	0
	Poiães	9	9	0	0
	Sandiães	4	4	0	0
	Cabaços	6	6	0	0
Mega de Ponte de Lima	Correlhã	30	30	0	0
	Facha	26	26	0	0
<b>TOTAIS</b>		<b>333</b>	<b>314</b>	<b>19</b>	<b>8</b>
			94,3%	5,7%	42,1%

#### 5.4 CRIANÇAS: HIGIENE ORAL E VERNIZ DE FLÚOR

As sessões com as crianças relativas à aplicação do verniz de flúor tinham como objetivos que estas ficassem sensibilizadas e esclarecidas para aplicação de verniz e para a escovagem dos dentes.

As sessões com as crianças iniciaram-se com a apresentação da/s higienista/s que também procederiam a aplicação do verniz de flúor. Em seguida visualizaram o filme realizado especificamente para estas sessões. No final, fez-se uma pequena síntese de conteúdos e houve, ainda, espaço para que as crianças expusessem as suas dúvidas.

Nos jardins de infância do Centro Educativo da Feitosa, da Casa do Povo de S. Martinho da Gandra (C.P.S.M.G.), de Brandara, de Calheiros, Poiares e Sandiães, os educadores mostraram-se recetivos a trabalhar mais o tema da saúde oral, disponibilizando-se para dar continuidade à intervenção com a exploração do álbum seriado elaborado para o efeito. Houve, inclusive jardins de infância que iniciaram a atividade de escovagem diária no estabelecimento de ensino inscrevendo-se no Projeto SOBE e recebendo os kit's de escovagem da DGS. São exemplo disso os jardins de infância de Vilar (3 turmas), Paredes/Cepões (2 turmas), Brandara (1 turma), Calheiros (1 turma), Poiares (1 turma), Sandiães (1 turma), Feitosa (1 turma), do Centro Educativo das Lagoas (4 turmas) e C.P.S.M.G. (1 turma).

No jardim de infância de Ponte de Lima foi realizada uma sessão com todos alunos do estabelecimento de ensino (5 turmas), conjugando este projeto com o PASSEzinho (Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar), sobre saúde oral com alusão à escovagem dentária com pasta dentífrica fluoretada, com até 1500ppm de flúor e aplicada uma dinâmica sobre o mesmo tema. A dinâmica chama-se: "O meu dentinho é branco?" e tem como objetivo práticas corretas de higiene oral (Cláudio, Menezes, Sousa, & Tinoco, 2009). Esta dinâmica desenvolveu-se através de uma conversa sobre hábitos de higiene dentária, em seguida dividiu-se a turma em 2 grupos, os dentistas/higienistas orais (podem ser diferenciados p.ex. com máscaras ou bonés) e os pacientes. Aos dentistas/higienistas orais distribuiu-se imagens de copos, escovas e pasta dos dentes. Eles andaram pela sala e os pacientes

preguntavam aos dentistas/higienistas orais se “o meu dente é branco?”. O dentista/higienista respondia: “ainda não!” e dáva-lhe uma imagem, assim sucessivamente. Quando todas as imagens foram distribuídas, faz-se análise das imagens que cada um recolheu, e o que aconteceria em cada caso.

No final, fez-se a sistematização das aprendizagens junto da mascote do PASSEzinho (Cláudio, Menezes, Sousa, & Tinoco, 2009).

Nos restantes jardins de infância do concelho, dinamizou-se a sessão com as crianças descrita no início deste ponto.

Assim, obteve-se a colaboração de 98,5% das crianças para que lhes fosse aplicado o verniz de flúor, 100% das crianças viram o filme participando nas sessões mais reduzidas e 12,9% exploraram o álbum seriado e responderam ao questionário que tinha por objetivo avaliar os conhecimentos das crianças sobre saúde oral (tabela 12).

**Tabela 12:** Distribuição das crianças, por agrupamento e jardim de infância, relativamente à desmistificação da aplicação do verniz de flúor (n=333).

Agrupamento de Escolas	CE/JI	Crianças nasc. em 2010	Não deixaram aplicar o verniz	Viram o filme	Exploraram o álbum seriado/ questionário
António Feijó	P. Lima	42	0	42	0
	Feitosa	12	0	12	12
	Gandra	14	0	14	0
	Ribeira	20	1	20	0
	Trovela	26	0	26	0
	C.P. S.M.G.	12	0	12	12
	Reb. Souto	9	0	9	0
Arcozelo	Vilar	25	0	25	0
	Brandara	3	0	3	3
	Calheiros	3	0	3	3
	Lagoas	34	1	34	0
	Paredes/ /Cepões	12	0	12	0
	Refoios	12	0	12	0
Freixo	Freixo	19	0	19	0
	Vitorino de Piães	15	2	15	0
	Poiares	9	0	9	9
	Sandíães	4	0	4	4
	Cabaços	6	0	6	0
Mega de Ponte de Lima	Correlhã	30	1	30	0
	Facha	26	0	26	0
<b>TOTAIS</b>		<b>333</b>	<b>5</b> 1,5%	<b>333</b> 100%	<b>43</b> 12,9%



Passámos à análise dos questionários com questões de saúde oral colocados aos educandos (Tabela 13), estes questionários tinham como objetivo percebermos se realizam a escovagem diariamente, de que forma o fazem, com que recursos e se estão elucidados acerca do objetivo dessa atividade.

Eles foram aplicados apenas às crianças nascidas em 2010, que frequentavam os jardins de infância do Centro Educativo da Feitosa (12 crianças), da Casa do Povo de S. Martinho da Gandra (12 crianças), de Brandara (3 crianças), de Calheiros (3 crianças), Poiares (9 crianças) e Sandiães (4 crianças), ou seja, foi aplicado a 43 utilizadores dos jardins de infância do concelho de Ponte de Lima (tabela 11).

A exploração do álbum seriado e a aplicação do questionário só foi possível nestes 6 jardins de infância e a estes 43 utilizadores, porque só aqui os educadores se mostraram recetivos e colaborantes com intervenções mais alargadas com as crianças.

No que diz respeito aos conhecimentos das crianças após a intervenção pode observar-se que 83,7% concordam que ao escovar os dentes a boca fica contente, 74,4% dos inquiridos, dizem ser benéfico escovar os dentes e a língua.

Em relação ao número de vezes que devemos escovar os dentes, 93,0% consideram correto escovar pelo menos duas vezes ao dia. Quanto ao tamanho da escova, 95,3% concordam que deve ser pequena e macia.

No que respeita ao flúor, 69,8% das crianças consideram o flúor como um escudo que protege os dentes.

**Tabela 13:** Distribuição das crianças de acordo com os seus conhecimentos de saúde oral (n=43).

<b>Se escovar a minha boca fica contente</b>	n	%
Correto	36	83,7
Incorreto	7	16,3
<b>Posso escovar dentes e língua</b>		
Correto	32	74,4
Incorreto	11	25,6
<b>Deve lavar os dentes pelo menos duas vezes ao dia</b>		
Correto	40	93,0
Incorreto	3	7,0
<b>A minha escova deve ser pequena e macia</b>		
Correto	41	95,3
Incorreto	2	4,7
<b>O flúor é um escudo que protege os dentes</b>		
Correto	30	69,8
Incorreto	13	30,2

## 6 DISCUSSÃO

Este projeto articula-se com o “Projeto Piloto de Intervenção em Saúde Oral”, da USP da ULSAM, e teve como objetivos conhecer os hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação e das crianças nascidas em 2010, a frequentar os jardins de infância e IPSS’s de Ponte de Lima, sensibilizar os pais/encarregados de educação destas crianças para a importância da aplicação do verniz de flúor e da higiene oral, preparar as crianças de 4 anos, deste concelho para a aplicação do verniz de flúor, sensibilizá-las para a importância da higiene oral e aplicar o verniz de flúor.

Assim, iniciou-se este projeto com a sua apresentação aos profissionais de saúde, professores promotores da saúde e autarquia de Ponte de Lima.

De seguida apresentou-se o mesmo projeto aos pais/encarregados de educação com educandos nascidos em 2010 e que frequentam jardins de infância do concelho de Ponte de Lima, estando previstos 372. Esta apresentação incluiu a sensibilização dos pais/encarregados de educação para a saúde oral e para a aplicação do verniz de flúor.

Para avaliação dos hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação utilizamos um questionário.

Os inscritos no jardim de infância da Santa Casa da Misericórdia, e porque a instituição não respondeu aos vários contatos realizados, não foram contabilizados nem as crianças entraram no “Projeto Piloto Intervenção em Saúde Oral”. A somar a estes, temos ainda os que mudaram a zona de residência e conseqüentemente de estabelecimento de ensino e os que não frequentam qualquer tipo de estabelecimento público ou privado de ensino.

A amostra ficou constituída por 333 encarregados de educação, sendo que 45 não devolveram os questionários.

O questionário foi auto preenchido no domicílio tendo sido entregues em envelope aos educandos e devolvidos pelo mesmo método.

Assim e após a análise dos resultados obtidos nos questionários no que respeita às características sociodemográficas, a maioria dos respondentes são do sexo feminino, provavelmente porque os assuntos relacionados com a educação dos filhos continua ser considerado uma responsabilidade da mulher.

Têm idades entre os 30 e os 39 anos, o que está relacionado com o fato dos filhos serem pequenos e estas se encontrarem em idade fértil.

Vários estudos relacionam o nível de conhecimento dos pais/encarregados de educação com os seus conhecimentos, atitudes e hábitos de saúde oral das crianças (Rajab, et al., 2002; Szatkho, et al., 2004), sendo que a amostra tem na maioria o terceiro ciclo de escolaridade, podemos esperar um domínio razoável das questões de saúde oral. De acordo com Szatkho et al. (2004) existe uma interdependência entre os nível de escolaridades das mães e o nível de conhecimento em saúde oral, o que podia justificar alguns dos hábitos referidos pelos pais/encarregados de educação.

Quanto à profissão o maior número encontra-se desempregado ou é doméstica, seguidos dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies, o que se articula com nível de escolaridade e com a possível crise económica com consequências na empregabilidade.

A grande maioria é casada e com um agregado familiar com mais do que duas pessoas.

Quando observamos os dados relativos aos hábitos de higiene oral dos encarregados de educação, verificamos que a grande maioria (67,7%) escova os dentes duas vezes por dia, que é o mínimo recomendado (DGS, 2005; Quinderé & Teixeira, 2010), o ideal seriam três vezes ao dia (Andrade, et al., 2010) que é o que fazem 17,0% dos encarregados de educação. Quanto à escovagem da língua 70,1% dos inquiridos fazem-no, como é sugerido pela DGS no PNPSO (DGS, 2005), existindo ainda 29,2% dos inquiridos que não o fazem. Relativamente à periodicidade de mudança da escova a grande maioria (63,5%) cumpre com as recomendações, ou seja, muda a sua escova a cada três meses (DGS, 2005), havendo ainda inquiridos (32,8%) que o fazem num período mais alargado, de 4 em 4 meses ou mais. Quando passamos à utilização do fio dentário, apenas 43,8% usam o fio e destes só 54,0% o fazem diariamente, quando a recomendação é pelo menos uma vez por dia (DGS, 2005; Quinderé & Teixeira, 2010). De uma forma geral trata-se de uma população que refere razoáveis hábitos de higiene oral. A periodicidade do fio dentário pode ser justificada pelo fato de ter surgido após a escovagem, de

ainda hoje não se valorizar o efeito da utilização do fio na saúde oral, de muitos ainda não terem tido acesso à técnica correta de executar tal procedimento. Mesmo nas crianças só está recomendada a utilização do fio a partir dos 8 anos de idade (DGS, 2005), sendo assim, estes pais poderão ainda não ter tido acesso a informação através das consultas de saúde oral dos seus filhos.

Em relação ao elixir, considerado um complemento à escovagem com dentífrico fluoretado e ao fio dentário ou recomendado em situações de doença ou inflamações agudas (Carranza, et al., 2007), temos que 44,8% utilizam elixir e que destes 38,8% o faz de forma diária, 30,2% pelo menos uma vez por semana, 10,9% pelo menos uma vez por mês.

Quando analisamos a frequência das consultas ao dentista, percebemos que 2,4% dos encarregados de educação que nunca consultaram um médico dentista, 22,6% fazem-no de 6 em 6 meses e 56,3% uma vez por ano. Sendo que a grande maioria diz fazê-lo por vigilância (78,6%), verificando-se que ainda há 13,6% que afirma que o motivo de ir ao dentista é a dor. Na literatura podemos encontrar que quando a situação de doença está controlada e o paciente tem hábitos eficazes de higiene oral, as consultas de vigilância podem ser até uma vez por ano, sendo o ideal de seis em seis meses (Andrade, et al., 2009; Andrade, et al., 2010; Carranza, et al., 2007). Assim se maioria dos inquiridos vai ao dentista por vigilância, e o faz ou de 6 em 6 meses ou uma vez por ano, podemos afirmar que a maioria faz uma boa vigilância de saúde oral.

Ao analisarmos os hábitos de higiene oral das crianças, descritos pelos pais e encarregados de educação, observamos o que a maioria escova duas vezes por dia (66,7%), 83,7% fá-lo com um dentífrico fluoretado e 45,1% demora 2 a 3 minutos a escovar, estes valores correspondem aos mínimos das recomendações gerais da DGS (2005).

A grande parte dos educandos tem a sua escovagem supervisionada (95,8%), o que é o ideal tendo em conta a sua idade, e o vigilante pode verificar a quantidade de dentífrico colocado na escova, ir corrigindo a técnica de escovagem, lembrando sítios que possam ficar esquecidos e evitar que eles engulam dentífrico. Na maior parte dos casos quem supervisiona é a mãe

(63,8%), talvez pela responsabilidade da educação ainda recai muito sobre esta.

A maioria nunca consultou um dentista (60,4%), dos que já foram grande parte foi por vigilância (83,2%), havendo 9,7% dos educandos que foram ao dentista por dor. Estes comportamentos devem ser alterados pois existem recomendações para que a vigilância se inicie entre o ano de vida e o ano e meio.

Em geral verifica-se que a maioria dos pais cumpre com a algumas das recomendações como escovar duas a três vezes por dia com dentífrico fluoretado, e supervisionar a escovagem do educando até à aquisição do controle dos movimentos finos, que ocorre pela mesma altura do domínio da escrita, ou seja aos 7 anos (Andrade, et al., 2009; Andrade, et al., 2010; DGS, 2005). No entanto, ainda há melhorias que podem ser feitas e bastante trabalho a fazer, principalmente no que diz respeito às consultas no dentista. Embora em Portugal não exista um protocolo definido, as recomendações da Associação Americana de Dentisteria Pediátrica são para que a primeira consulta seja realizada entre os 12 e os 18 meses de idade, já a disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, orienta para que a primeira consulta seja efetuada no período entre a erupção do primeiro dente e os 12 meses de idade (Andrade, et al., 2009; Andrade, et al., 2010), assim deve-se encorajar os pais/encarregados de educação a levarem os seus filhos/educandos a uma consulta com um profissional de saúde oral. Isto, provavelmente, tornar-se-ia mais fácil e acessível se todos os centros de saúde dispusessem de higienistas orais nos seus recursos.

No que respeita aos conhecimentos de saúde oral, a maioria dos encarregados de educação diz ter recebido orientações sobre a saúde oral do seu educando (68,8%), sendo que destes predominam os que afirmam tê-las recebido junto do seu médico/enfermeiro de família (39,2%), reforçando a eficácia da relação de proximidade entre o profissional de saúde familiar e a família nas consultas de acompanhamento e desenvolvimento da criança (Rodrigues, 2010). A globalidade dos encarregados de educação já tinha ouvido falar de flúor (91,3%), mas quando questionados se já tinham ouvido

falar em verniz de flúor, a maioria afirmou desconhecer esta forma de flúor (55,2%), o que vem reforçar a necessidade de informar os pais relativamente a estas questões. Dos que conheciam esta apresentação de flúor, a generalidade afirmou que esta medida irá proteger os dentes dos seus educandos (96,8%). Informar a equipa de saúde familiar desta medida, os seus efeitos e objetivos deve ser uma prioridade, pois podem funcionar como meio para informar ou complementar informação junto dos pais/encarregados de educação nas suas consultas, ou esclarecer alguma dúvida, no caso de estes recorrerem a eles.

Devemos ter em consideração que alguns destes pais/encarregados de educação estiveram presentes nas sessões realizadas antes da entrega dos questionários, o que pode ter influenciado algumas respostas, pelo que o desconhecimento deste tema pode ser ainda maior.

A maioria concorda com esta medida preventiva (95,4%) e acha-a benéfica para a saúde oral dos seus educandos (92,3%), estando, assim, de acordo com as políticas de promoção da saúde da DGS na Orientação nº13 de 2013, e que estão a ser implementadas no Alto Minho pela Equipa de Saúde Oral da Unidade de Saúde Pública da ULSAM.

Para sensibilizar os pais/encarregados de educação para a importância da aplicação de verniz de flúor e da higiene oral, foram programadas intervenções em grupo.

Quanto às intervenções com os pais/encarregados de educação foram realizadas nos agrupamentos de Escolas de Ponte de Lima e no António Feijó. No Mega Agrupamento de Escolas de Ponte de Lima optou-se, por sugestão da coordenadora dos jardins de infância e por ser prática habitual do agrupamento, fazer em conjunto os dois centros educativos, realizando apenas uma sessão. No Agrupamento António Feijó realizaram-se 7 sessões, uma por cada centro educativo e uma na IPSS da C.P.S.M.G..

Realizando-se 8 sessões no total. Todas tiveram lugar em horário pós-laboral, nas horas sugeridas pelos educadores de infância, variando entre as 17:30 e as 19:00 horas.

No total, foram convocados 191 pais/encarregados de educação, tendo comparecido 90 (47,1%). Podemos questionar se a forma como a convocatória

foi feita aos pais/encarregados de educação terá afetado ou não o nível de adesão às sessões, uma vez que foi efetuada pela escola, pelas vias por eles normalmente utilizadas. Os educadores alertaram para a provável fraca adesão, dizendo ser comum. Sugeriram que em anos posteriores fossem aproveitadas as reuniões de início de ano letivo ou de fim de período, normalmente com maior afluência.

Nestas sessões, com os objetivos de sensibilizar os pais/encarregados de educação para a aplicação de verniz de flúor e da importância da higiene oral, foi visualizado o filme, realizado em parceria pelo IPVC e a USP da ULSAM, que demonstra a aplicação de verniz de flúor em meio comunitário, foi também explicado o mecanismo de ação do flúor, cuidados e contraindicações e a sua pertinência com base nos índices de cárie do concelho. Esta estratégia revelou-se eficaz, uma vez que apenas 19 crianças não estavam autorizadas para a aplicação, e dessas 8 possuem atopias. Contudo, não nos é possível afirmar se os pais/encarregados de educação dos educandos que não tiveram autorização para a aplicação de verniz, estiveram ou não presentes nas sessões realizadas. Aproveitou-se para os sensibilizar para a higiene oral, tendo sido apresentadas várias patologias orais causadas por fracos cuidados de higiene oral, em seguida abordou-se a escovagem e apresentou-se a técnica de escovagem de Bass modificada. Partilhou-se conhecimentos técnicos para que sejam os próprios perceber a necessidade de mudar os seus comportamentos, tendo por base o conhecimento, aumentando assim a literacia em saúde.

Nos agrupamentos de Arcozelo e Freixo não se realizou qualquer intervenção com os encarregados de educação, uma vez que, após reunião com os educadores de infância, estes não acharam necessária a presença de um técnico de saúde oral para os esclarecer, sentindo-se capazes de esclarecer as dúvidas que surgissem e por acharem que um rosto familiar a informar desta nova medida de prevenção da saúde traria uma maior aceitação da mesma, não tendo estes pais/encarregados de educação participado nas sessões de esclarecimento.



Relativamente à intervenção de aplicação de verniz de flúor, no dia previsto para cada um dos centros educativos ou jardins de infância, antes de se iniciar a aplicação e com o objetivo de a desmistificar, foram realizadas sessões com todas as crianças alvo. Estas sessões consistiram numa pequena conversa e na visualização do mesmo filme que os pais/encarregados de educação já tinham tido oportunidade de assistir.

Em seguida, procedeu-se à aplicação de verniz de flúor, foi realizada seguindo o Protocolo de aplicação descrito na Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 013/2013 (Anexo 3).

Foram, primeiramente, confirmadas as autorizações dos pais/encarregados de educação de cada criança para a atividade, autorizações que foram obtidas através da assinatura do consentimento informado, todos os consentimentos foram devolvidos, reunindo 314 crianças, das 333, requisitos para a aplicação do verniz fluoretado, sendo que 19 estavam não autorizadas. Destas 19 crianças, 8 sofriam de atopias estando automaticamente excluídas da prática, as restantes 8 não foram autorizadas pelos pais/encarregados de educação, algumas com indicação verbal de que estavam a ser seguidas pelo médico dentista não considerando necessário este procedimento.

Procedeu-se à aplicação do verniz de flúor e das 314 crianças devidamente autorizadas, obteve-se a colaboração de 98,5% para que lhes fosse aplicado o verniz, ou seja apenas 5 crianças não se mostraram colaborantes, não se insistiu com elas e por isso não lhes foi aplicado o verniz. Estas crianças assistiram, no entanto, à aplicação nos seus colegas com o intuito de que na próxima aplicação se mostrem colaborantes.

Tendo estes valores em consideração, consideramos que a estratégia desenhada e implementada parece ter funcionado. Acreditamos que ao proporcionar o prévio conhecimento da atividade às crianças, utilizando para isso o filme realizado, tal como a disponibilidade para falar do assunto, explicar-lhes o porquê desta atividade, os motivos e os objetivos pretendidos, assim como lhes dar a oportunidade de verem os materiais que seriam utilizados contribuiu para a elevada cooperação do público alvo. Ao explicar-lhes que o objetivo do verniz é proteger os seus dentes das cáries, tornando-os mais

fortes na luta contra esta doença mas que, por outro lado, eles têm de continuar com as boas práticas, escovando bem os seus dentes, todos os dias, duas vezes ao dia, fazer uma alimentação equilibrada, evitando os refrigerantes e os doces estão a contribuir para terem uns dentes fortes e saudáveis.

Por fim, e no sentido de dar continuidade ao processo de sensibilização das crianças para a higiene oral, foram propostas aos educadores de infância várias atividades, tais como aplicação de questionários, sessões de esclarecimento, aplicação de dinâmicas, exploração do álbum seriado e iniciar a escovagem na escola.

Apesar da escassa adesão a esta atividade, foram aplicados questionários às crianças nascidas em 2010, que frequentavam os jardins de infância do Centro Educativo da Feitosa (12 crianças), da Casa do Povo de S. Martinho da Gandra (12 crianças), de Brandara (3 crianças), de Calheiros (3 crianças), Poiares (9 crianças) e Sandiães (4 crianças). Pois estes foram os jardins de infância onde os educadores de infância se mostraram recetivos a trabalhar mais o tema da saúde oral, a fazer trabalho com as crianças, fazer sessões de esclarecimento e aplicação de dinâmicas alusivas ao tema, explorar o álbum seriado elaborado para o efeito e inclusive iniciaram a escovagem diária na escola. O álbum seriado foi uma atividade muito apreciada pelas crianças, tendo sido descrita como algo pouco usual nos dias de hoje, dando a oportunidade a alguns de terem contato com um álbum seriado pela primeira vez. Ficaram especialmente interessados pela sua exploração participando ativamente e de forma voluntária na atividade. No jardim de infância de Vilar e do Centro Educativo das Lagoas, também se iniciou a escovagem, e no de Ponte de Lima foi realizada uma intervenção com todos alunos sobre saúde oral e aplicada uma dinâmica, quatro semanas após a intervenção sobre o verniz de flúor com visualização do filme e à aplicação do verniz de flúor. Nos restantes jardins de infância, foram realizadas apenas as intervenções essenciais à aplicação do verniz de flúor por diversos motivos, como a falta de tempo, outras atividades já programadas, plano curricular já

muito extenso ou até que este tema deveria ser abordado em casa e a escovagem feita em casa e não na escola.

Assim, nos jardins de infância onde foram aplicados os questionários, foram obtidas respostas que demonstram preocupação e trabalho quer em casa, dos pais/encarregados de educação, quer na escola, dos educadores de infância, pois as crianças interagem com à vontade no tema “Saúde Oral”, relembrando atividades já realizadas nos jardins, e percebem o efeito da escovagem na sua boca, pois a maioria respondeu que a sua boca fica contente se escovar, que é correto para além dos dentes escovar ainda a língua, que devemos escovar pelo menos duas vezes ao dia os dentes (DGS, 2005). Nestes estabelecimentos iniciou-se a escovagem em ambiente escolar, e os resultados obtidos nestes questionários estão de acordo com as respostas dadas pelos pais/encarregados de educação. Percebem que a sua escova de ser pequena e macia, adequada ao tamanho da sua boca (DGS, 2005), tal como a escova que receberam ao iniciar a escovagem no estabelecimento de ensino e o que o flúor é um escudo que protege os seus dentes.

## CONCLUSÕES

Durante o processo educativo devem ser valorizadas todas as práticas de cuidados de saúde e envolver os encarregados de educação no processo de desenvolvimento e crescimento.

Com este trabalho, que teve como principal objetivo aplicar o verniz de flúor, para isso sensibilizou-se os pais/encarregados de educação, em relação à pertinência da atividade de aplicação de verniz de flúor, mas também para a importância da promoção da saúde oral e perceber questões de prática dos pais e de dinâmicas familiares em relação à saúde oral, conclui-se que os pais/encarregados de educação estão em concordância com a maioria das recomendações relativas a saúde oral dos seus educandos. Há ainda que trabalhar as questões das consultas ao dentista/higienista oral, uma vez que a grande maioria das crianças com quatro anos ainda não o fez, e as medidas de proteção de saúde oral individual, como o complemento de flúor em crianças com cpo elevado, e até que fomentar junto dos pais e dos educadores de infância a necessidade das crianças efetuarem uma escovagem em ambiente escolar.

Os pais e encarregados de educação mostraram-se colaboradores com este trabalho, participando na resposta aos questionários, no entanto a presença destes nas sessões de esclarecimento, ficou aquém das expectativas. Sensibilizar as crianças para a importância da promoção da saúde oral, também era objetivo deste trabalho, elas assimilaram a informação que lhes foi transmitida, mostraram-se recetivas a este tipo de atividades e colaboraram, na aplicação do verniz de flúor.

Sabemos, porém, que no sentido de motivar as crianças não chega aumentar os seus conhecimentos em saúde oral, mais concretamente em relação à cárie dentária. É de todo importante envolver os pais e encarregados de educação em ações de promoção da saúde oral, para assim os esclarecer em conceitos essenciais das diversas doenças da cavidade oral, quais os seus fatores de risco e as medidas preventivas que podemos adotar, estando a maioria delas ao alcance de qualquer cidadão comum.

Deste trabalho conclui-se, ainda, pelas diversas dificuldades levantadas, que existe um grande número de coordenadores de estabelecimentos de ensino e professores/educadores que não valorizam a saúde oral em contexto sala de aula, remetendo este tema para a família e em casa.

Assim, as limitações deste projeto prenderam-se com a baixa adesão dos pais às sessões, à pouca colaboração dos educadores, e à pequena representatividade da saúde oral nos currículos escolares.

Para ultrapassar estes entraves, sugere-se aceitar a sugestão de um dos coordenadores de jardins de infância em apresentar esta prática na reunião com os pais do início do ano letivo, criar estratégias para que se aproximem os profissionais de educação e os da saúde através de um maior envolvimento na programação das atividades e facilitando o trabalho de parceria, motivar os docentes para as práticas de saúde oral com os seus alunos, com por exemplo: formações certificadas, realizar monitorizações mais regulares ou estudos por coortes, a fim de perceber a evolução dos conhecimentos e a constatar os resultados dos esforços comuns.

Em suma, com a construção e adaptação dos materiais (filme e álbum seriado) à idade do público alvo conseguiu-se a colaboração da grande maioria das crianças, tal como a autorização dos pais/encarregados de educação, por isso acredita-se que o grande objetivo alcançado. Conseguiu-se, também, perceber os hábitos de saúde oral dos pais/encarregados de educação, a grande maioria das crianças teve autorização para participar na atividade de aplicação de verniz de flúor daí concluímos que os pais/encarregados de educação perceberam a importância desta atividade. Quanto à sua sensibilização para a higiene oral, só se terá dados no futuro e se se realizarem estudos ou monitorização do mesmo tema. Sensibilizar as crianças para a higiene oral é algo que só se poderá perceber no futuro, mas que se acredita que independentemente do sucesso desta intervenção, deve continuar a ser trabalhado, motivando as crianças para estas práticas. Mas para tal acontecer deve ser realizada uma monitorização e acompanhamento mais próximo desta população relativamente a estas práticas.

## BIBLIOGRAFIA

- ADHA. (2012). *American Dental Hygienist's Association*. Obtido em 29 de setembro de 2014, de ADHA: <http://www.adha.org/>
- Aliança para um futuro livre de cárie. (2012). *Aliança para um futuro livre de cárie*. Obtido de Prevenir agora para um futuro livre de cárie: [www.aliançaparaumfuturolivredecarie.org](http://www.aliançaparaumfuturolivredecarie.org)
- Almeida, C. M. (2000). Um programa de saúde oral para os jovens portugueses - Dez propostas. *Ata Médica Portuguesa*, 295-7.
- Almeida, C., André, S., Petersen, P., & Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6-and12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dent Health*, 20, pp. 211-6.
- Almeida, C. M., Barros, L., Costa, Í. d., & Alves, M. d. (2010). *Promoção da Saúde Oral - Contributos para a organização e aplicação de programas* (1ª Edição ed.). Lisboa: Coisas de Ler Lda.
- Almeida, C., Emílio, M., Marthaler, T., & Moller, I. (1987). *Inquérito Nacional Preliminar de Saúde Oral*. Lisboa: Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa.
- Almeida, G. J., Baldani, M. H., Corleto, R., Fadel, C. B., & Yamamoto, R. (2007). Indicações de odontopediatras quanto ao uso de flúor tópico por crianças entre zero e os seis anos de idade: dados para a elaboração de um protocolo de ações. *Salusvita*, pp. v. 27, n. 3, p. 373-20.
- Andrade, C., Areias, C., Frias-Bulhosa, J., Guimarães, H., & Macho, V. (2009). Saúde Oral em Pediatria. *Ata Pediátrica Portuguesa*, 40 (3), 126-7.
- Andrade, C., Areias, C., Guedes-Pinto, Guimarães, H., Macho, V., Melo, P., et al. (2010). Cárie precoce da infância - o estado da arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41 (5), 217-5.
- Araújo, F., Barata, C., Coelho, I., Mendes, C., Ribeiro, O., & Veiga, N. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 54 (1), 27-6.
- Arcieri, R. M., Brandão, I. M., Moimaz, S. A., & Sundefeld, M. L. (junho de 2006). Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, pp. 1247-10.
- Azevedo, A., Henriques, M., & Melo, P. (03 de 10 de 2008). Cárie dentária - a doença antes da cavidade. *Acto Pediatria Portuguesa*, 39(6), pp. 253-7.

- Baratieri, L. N., Cury, J., & al, e. (2001). *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Santos.
- Barbier, J. M. (1993). *Elaboração De Projectos de Acção E Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Bennet, Paul & Murphy, Simon (1999). *Psicologia e promoção de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bernardo, M., Gomes, C., & Mendes, S. (10 de abril de 2015). Prevalência e gravidade de cárie na dentição decídua nas crianças de 6 anos de Mafra. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofaxial*, 2, pp. 103-6.
- Campos, A. C. (2007). Intervenção do Ministro da Saúde no encerramento do XVI Congresso dos Médicos Dentistas. *XVI Congresso dos Médicos Dentistas*. Lisboa.
- Capdevila, A. E., Soler, M. T., & Fernández, M. P. (1999). Educación Sanitaria. In A. M. Zurro, & J. C. Pérez, *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (4ª edição ed., Vol. I, pp. 541-77). Barcelona: Harcourt Brace.
- Carranza, F. A., Newman, M. G., Takei, H. H., & Klokkevold, P. R. (2007). *Carranza Periodontia Clínica* (10 ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier Editora Ltda.
- Carvalho, D. M., Coutinho, E. S., Oliveira, B. H., & Salazar, M. (2010). O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia* , pp. 13(1): 139-49.
- Cascaes, A. M., Peres, M. A., Peres, K. G., & Kamimura, L. (2012). Conhecimentos sobre o uso de fluoretos em saúde bucal coletiva entre coordenadores municipais de saúde bucal do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Epidemiologia Serviço de Saúde* , 21 (1), 89-10.
- Castro, Estela (2012). *Programa de Saúde Oral: Evolução, Instrumentos e Resultados*. Braga: Universidade de Minho.
- Castro, G. F. (Nov./Dez. de 2000). Possibilidade de utilização dos vernizes fluoretados. *Revista Brasileira de Odontologia* , pp. vol.57, n. 6, p. 363-5.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* , 50, 1 - 42.
- Chedid, S. J., & Cury, J. A. (v.18,n 1,Jan./Mar. de 2004). Effect of 0,02% NaF solution on enamel demineralization and fluoride uptake by deciduous teeth in vitro. *Brazilian Oral Research*.

- Cláudio, D., Menezes, Â., Sousa, N. P., & Tinoco, R. (2009). *“PASSE zinho” Manual do Dinamizador Jardim-de-Infância* (1ª ed.). Porto: ARS - Norte.
- Comissão Europeia. (2005). *THE EU SINGLE MARKET*. Obtido em 09 de 03 de 2015, de [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=regprof&id\\_regprof=10163&id\\_profession=1020&tab=countries&quid=2&mode=asc&pagenum=1](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?action=regprof&id_regprof=10163&id_profession=1020&tab=countries&quid=2&mode=asc&pagenum=1)
- Corrêa, M. S. (1998). *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos.
- Cortelli, S., Cortelli, J., Prado, J., Aquino, DR, & Jorge, A. (2004). *DMFT in school children relate to caries risk factors*. Cienc Odontol Bras.
- Costa, C. d. (19 de março de 2011). *o higienista oral*. Obtido em 18 de julho de 2014, de o higienista oral: <http://ohigienistaoral.blogspot.pt/p/o-que-e-o-higienista-oral.html>
- Costa, S. d., Adelário, A. K., Vasconcelos, M., & Abreu, M. H. (2012). Modelos Explicativos da Cárie Dentária: Do Organicista ao Ecosistêmico. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada* , 285-7.
- Couto, A. J. (1998). O Modelo de Crenças em Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Referência - Revista de Enfermagem* , 5-9.
- DGE. (2014). *Plataforma Moodle da Direção-Geral da Educação*. Obtido em 29 de setembro de 2014, de Currículo e Programas Educação para a Saúde: <http://www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=56>
- DGS-CN nº1/DSE. ( 18 de 01 de 2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *CN nº01/DSE*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS - CN nº09/DSE. (19 de 07 de 2006). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *CN nº09/DSE*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2000). *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie na População Escolarizada*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2008). *II Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2013). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS- N nº2. (25 de 02 de 2014). Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral* . Lisboa: Direção-Geral da Saúde.



- DGS. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (17 de 09 de 2014). *SOBE*. Obtido de [www.sobe.pt](http://www.sobe.pt): [http://www.sobe.pt/epages/2933-120726.sf/pt\\_PT/?ObjectPath=/Shops/2933-120726/Categories/SOBE](http://www.sobe.pt/epages/2933-120726.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/2933-120726/Categories/SOBE)
- DGS-CInº15. (27 de 05 de 2009). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Triagem. *Circular Informativa da Direção-Geral da Saúde nº15 de 2009*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº2. (27 de 10 de 2010). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. *Circular Normativa nº2 Direção-Geral da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº2. (09 de 01 de 2009). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. *Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº6/DSE. (20 de 05 de 1999). Circular Normativa. *Divisão da Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº7. (15 de 04 de 2008). Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – grávidas e pessoas idosas - Informações Técnicas. *Circular Normativa nº 07/DSPPS/DCVAE*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº7. (29 de 06 de 2006). Programa Nacional de Saúde Escolar - Divisão de Saúde Escolar. *Circular Normativa nº 7 Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-CN nº8. (20 de 04 de 2010). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias - Revogação da CN nº4, de 10 de Março de 2010. *Circular Normativa nº 08/DSPPS/DCVAE*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-N nº013. (01 de 08 de 2013). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Crianças e Jovens da rede pública e IPSS da coorte dos 15 anos completos. *Norma da Direção-Geral da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-O nº13. (24 de 11 de 2013). Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50 mg/ml) em saúde comunitária. *Orientação nº13 da Direção-Geral da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS-O nº7. (25 de 03 de 2011). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - Plano B. *Orientação da Direção-Geral da Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- DL nº 247. (13 de julho de 1988). Diário da República. *Decreto-Lei nº 247/88, de 13 de julho*. Lisboa.
- DL nº 564. (21 de dezembro de 1999). Diário da República. *Decreto-Lei nº 564/99*. Lisboa.
- Ferreira, R. (2012). *Crenças, Conhecimentos e atitudes de crianças pré-escolares acerca da saúde oral*. Lisboa: Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.
- Geurink, K. (2002). *Community oral health practice for the dental hygienist*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Gonzalez, M. I. (2002). La Educación de la Salud: tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad? In M. I. Serrano Gonzalez, *La Educación para la Salud del siglo XXI: comunicación y salud* (2ª ed., pp. 23-9). Madrid, Espanha: Ediciones Diazde Santos.
- Graça, L. C. (2010). Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno. *Tese de doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- INE. (07 de 05 de 2014). *PORDATA, Fundação Manuel Dos Santos*. Obtido em 05 de 06 de 2014, de INE: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)
- Jesus, S., Toscano, A., & Almeida, C. (2000). Third National Pathfinder (1999): Preliminary results in 6 and 12 year-old Continental Portuguese Schoolchildren. *Caries Research*, 34, 308-69.
- Klein, Henry & Palmer, C. E. (1937). Dental caries in American indian children. *U. S. Public Health Bulletin*. Washington D.C. 239,1-54.
- Koelen, M., & Van den Ban, A. (2004). *Health education and Health Promotion*. Netherlands, Netherlands: Wageningen Academic Publishers.
- Kwan, Stelal, Petersen, Poul, Pine, Cynthia, & Borutta, Annerose(2005) Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 83 (9),677-8.
- Maciel, M. E. (out/dez de 2009). EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS E PROPÓSITOS. *Cogitare Enfermagem*, pp. 773-6.
- Marinho, V., & al, e. (2002). Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *The Cochane Database of Systematic Reviews*.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number, análise e gestão de informação, Ida.
- Martins, M. d. (2005). *A Promoção da Saúde: percursos e paradigma*.

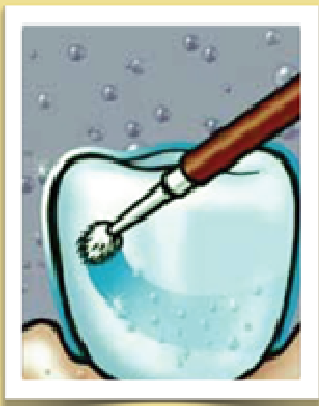
- Ministério da Saúde. (2009). Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. *Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, Brasil: Brasília D. F.
- Moraes, A. A., Júnior, A. C., & Rolim, G. S. (2010). Medicina Dentária Psicologia Aplicada à Saúde. In C. M. Almeida, L. Barros, I. d. Costa, & M. d. Alves, *Promoção da Saúde Oral - Contributos para a Organização e Aplicação de Programas* (pp. 93-12). Lisboa: Coisas de Ler Lda.
- Moreno, A. S., Garcia, E. G., & Campos, P. M. (2000). *Enfermería Comunitária 3: actuación en enfermería comunitaria – sistemas y programas de salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Narvai, P. C., & al., e. (2002). Uso de produtos fluorados conforme o risco de cárie dentária: uma revisão crítica. *Revista da APCD*, pp. v.56, n. 2, p.101-7.
- Navarro, M. F. (1998). Educação Educar para a Saúde ou para a Vida? – Conceitos e fundamentos para novas práticas. *I Encontro Nacional de Educação para a Saúde*. Braga: Universidade do Minho,.
- Navarro, M. F. (1995). Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 13, 77-7.
- Ogawa, H., & Petersen, P. (2005). Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: the WHO Approach. *Jornal Periodonto*.
- OMS. (2005). Carta de Bangkok. *Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (1991). *Carta de Sundsväl*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2003). Continuous improvement of oral health in th 21st century - The aproach of the WHO Global Health Programme. *The World Oral Health Report*. Geneva: World Health Organization.
- OMS. (2000). Declaração da Cidade do México. *Rumo a uma maior equidade*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (1997). *Declaração de Jacarta*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2008). *Health Beaviour in School-aged Children*. Organização Mundial de Saúde.

- OMS. (1999). *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal* (4<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- OMS. (2009). *Technical Primer on Mainstreaming Health Promotion*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Patel, R. (2012). *The State of Oral Health in Europe*. Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe.
- Pereira, A. (1995). *Cáries Dentárias, Etiologia e Prevenção*. Porto: Editora Medisa.
- Pereira, F. (29 de outubro de 2013). *APHO: Promoção da arte e da ciência da Higiene Oral*. Obtido em 18 de julho de 2014, de Exlibris, Comunicação e Informação: <http://www.exlibrisci.pt/?p=301>
- Peterson-Sweeney, K., & Stevens, J. (2010). Optimizing the Health of Infants and Children: Their Oral Health Counts! *Journal of Pediatric Nursing*, 25(4), pp. 244-6.
- Pitts, N. (2004). *Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice?* *Caries Res.*
- Portaria nº 303. (21 de abril de 1989). Diário da República. *Portaria nº 303/89 de 21 de Abril*. Lisboa.
- Quinderé, L. B., & Teixeira, K. M. (2010). Odontologia para bebés: Acções Educativas, Preventivas e Terapêuticas. In C. M. Almeida, M. d. Alves, L. Barros, & I. d. Costa, *Promoção da Saúde Oral: Contributos para a Organização e Aplicação de Programas* (pp. 169-10). Lisboa: Coisas de Ler.
- Rajab, L., Petersen, P., Bakaeen, G., & Hamdan, M. (2002). Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *Internacional Journal Paediatric Dentistry*, 168-77.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, C. M. (2010). Comportamentos, Hábitos e Conhecimentos de Saúde Oral das Crianças: Perceção dos Pais/Encarregados de Educação. In C. M. Almeida, L. Barros, I. d. Costa, & M. d. Alves, *Promoção da Saúde Oral - Contributos para a Organização e aplicação de Programas* (pp. 55-29). Lisboa: Coisas de Ler Lda.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores. Coimbra. *Formasau, Formação e Saúde*.
- Sanmarti, L. S. (1985). *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.

- Santos, V. L. (2000). Marco conceptual de Educación para la Salud. In A. Frias Osuna, *Salud Pública y Educación para la Salud* (pp. 341-13). Barcelona: Masson SA.
- Shimabukuro, A. T. (2004). Uso do flúor no processo dinâmico da cárie dental: riscos e benefícios. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.
- Silva, S. F., & Pereira, A. C. (2010). Análise da Aplicação do Programa de Promoção da Saúde Oral nas Escolas de Castelo Branco. In C. M. Almeida, L. Barros, I. D. Costa, & M. d. Alves, *Promoção da Saúde Oral - Contributos para a organização e Aplicação de Programas* (pp. 145 - 12). Lisboa: Coisas de Ler Lda.
- Sora, A. M. (2010). Educação para a saúde: conceito e prática dos alunos de enfermagem. *Monografia*. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- Szatkho, F., Wierzbicka, M., Dybizbanska, E., Struzycha, I. & Iwanicha-Frankowska, E., (2004). Oral health of Polish three-year-olds and mothers' oral health-related Knowledge. *Community Dental Health*, 21(2), 175-5.
- Thylstrup, A., & Fejerskov, O. (1995). *Cariologia Clínica*. Rio de Janeiro: Santos.
- Tinanoff, N. (1995). Dental caries risk assessment and prevention. *Dental Clinic North American*, 39, 709-11.
- US Department of Health and Human Services. (2000). *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*. Rockville: National Institute of Dental and Craniofacial Research.
- WCPD, 8. t. (2005). *The Liverpool Declaration: Promoting Oral Health in the 21st Century*. WHO Oral Health Programme.
- Zimmer, S., Bergmann, N., Gabrun, E., Barthel, C., Raab, W., & Ruffer, J. (2010). Association between oral health-related and general health-related quality of life in subjects attending dental offices in Germany. *Journal Public Health Dent*, 167-71.

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - FOLHETO DA DGS SOBRE A APLICAÇÃO DE VERNIZES DE FLÚOR.



**DGS**  
Direção-Geral de Saúde

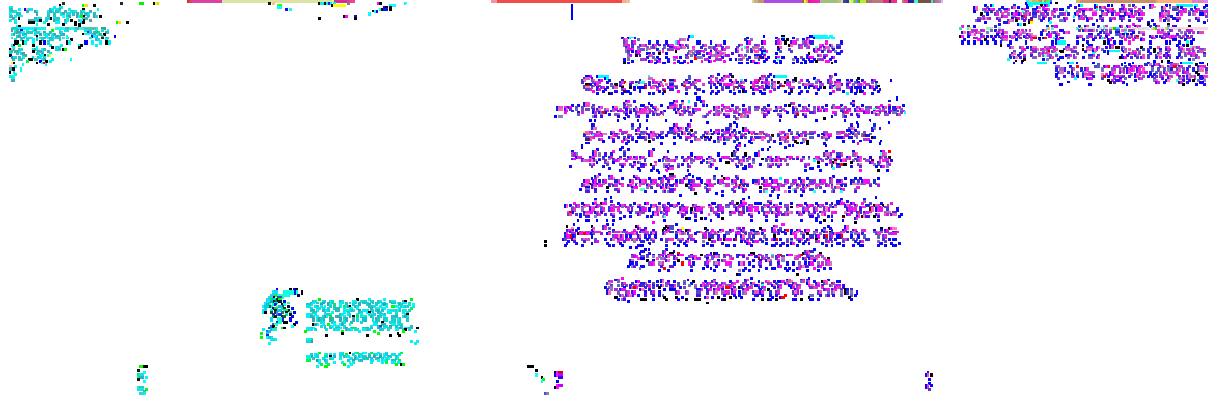
www.dgs.pt

**DGS**  
Direção-Geral de Saúde

*Aplicação de*

**VERNIZES DE FLÚOR**

*O que deve saber.*



### Aplicação de vernizes de flúor

Para ajudar a proteger os dentes do seu filho da cárie dentária, vamos aplicar-lhes um verniz de flúor.


**Em caso de dúvidas contacte o responsável pela saúde oral do seu Concelho.**

**CONTACTOS:**

*Os vernizes de flúor aplicam-se duas vezes por ano. Entretanto, há muita coisa que devemos e podemos fazer para proteger os dentes das crianças.*

*A escovagem dos dentes é um ato familiar. Todos o devem fazer, duas vezes por dia, sendo uma delas preferencialmente ao deitar.*

*Evitem os açúcares, usem um dentífrico com flúor, façam desporto, riem muito, sejam felizes!*



Vamos pintar os dentes para que eles fiquem mais seguros! Mas não se assustem, esta pintura é provisória, só dura umas horas.

**RECOMENDAÇÕES**

- Após a aplicação, as crianças devem ficar uma hora sem comer. Durante o resto do dia devem evitar comer alimentos duros.
- Depois da aplicação do verniz de flúor, as crianças não podem escovar mais os dentes até à manhã seguinte. Nessa altura, deverão recomençar o ritmo normal de escovagem dos dentes: 2 vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar.

**NÃO ESQUECER:**

- Depois de escovar os dentes, bocheche com pouca água ou opte por cuspir bem a pasta em vez de bochechar. Use uma quantidade de dentífrico fluoretado pequena, do tamanho de uma ervilha.
- Se estiver a tomar comprimidos de flúor ou gotas, deve parar a sua toma, nos dois dias seguintes à aplicação dos vernizes.



ANEXO 2 - CONSENTIMENTO INFORMADO/AUTORIZAÇÃO PARA AS CRIANÇAS PARTICIPAREM NA APLICAÇÃO DE VERNIZES DE FLÚOR.

## Unidade de Saúde Pública do Alto Minho

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação

Informa-se VEx. que a Unidade de Saúde Pública do Alto Minho, responsável pela Gestão dos Programas de Saúde em Meio Escolar e pelas atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, vai implementar a aplicação de vernizes de flúor, prevista pela Direção-Geral de Saúde, na Orientação nº013/2013 de 24 de outubro de 2013, na escola que o seu/sua educando(a) frequenta.

A aplicação de verniz de flúor constitui uma das estratégias utilizadas em vários países, para a redução da cárie dentária. É uma medida simples e de fácil execução, sendo efetuada nas instalações do jardim-de-infância / escola, duas vezes por ano. Proporciona grande benefício às crianças e jovens alvo desta intervenção.

Ser-lhe é enviado o folheto: “*Aplicação de vernizes de flúor – O que deve saber.*”, de forma a esclarecê-lo um pouco mais acerca desta medida.

Preencha, assine e devolva o destacável abaixo, ao educador ou ao professor do seu/sua educando(a).

✂-----  
Autorizo a aplicação de verniz de flúor ao meu/minha educando(a), \_\_\_\_\_, sempre que a atividade seja desenvolvida no estabelecimento de ensino que frequenta. Esta é uma atividade integrada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

O meu educando é portador de uma doença crónica.  Sim  Não

Se sim, qual?  Asma  Alergias. A quê? \_\_\_\_\_  
 Outra. Qual? \_\_\_\_\_

O Encarregado de Educação \_\_\_\_\_  
(assinatura legível)

ANEXO 3 – ORIENTAÇÃO DA DGS RELATIVA À APLICAÇÃO DE VERNIZ DE FLÚOR

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, o=Ministério da  
Saúde, ou=Direção-Geral da  
Saúde, ou=Francisco Henrique  
Moura George  
Date: 2013.11.25 11:07:52 Z

NÚMERO: 013/2013

DATA: 24/10/2013

ASSUNTO: Aplicação de verniz de flúor (soluto de 50 mg/ml) em saúde comunitária  
PALAVRAS-CHAVE: Verniz de flúor, cárie dentária, prevenção, saúde comunitária  
PARA: Todos os médicos, enfermeiros e higienistas orais dos ACES  
CONTACTOS: Rui Calado; Cristina Cádima; Mário Rui Araújo; Margarida Jordão.  
([mcristinac@dgs.pt](mailto:mcristinac@dgs.pt))

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

### 1. Enquadramento

O Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes (Portaria nº 301/2009, de 24 de Março) normalizado através da Circular Normativa Nº 01/DSE, de 18/01/05 desenha uma estratégia global de intervenção em saúde oral, assente na prevenção primária e secundária das doenças orais, em particular a cárie dentária.

Dessa estratégia preventiva destaca-se as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, que incluem a administração de flúor em comprimidos e em soluto (vernizes de flúor).

A administração sistémica e tópica de flúor preconizada está conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde.

Dado que em Portugal tem havido por parte dos laboratórios uma crescente descontinuidade no fornecimento dos comprimidos de flúor, utilizados em especial por crianças com idade inferior a 7 anos, torna-se indispensável encontrar uma forma alternativa de fornecer este elemento através de uma estratégia disponível e acessível. Os vernizes de flúor (50 mg/ml) constituem uma alternativa viável, tendo a vantagem de serem produtos de ação tópica.

Na Circular Normativa da DGS Nº 41/DSE, de 26/09/02 é dado especial enfoque à importância do flúor na prevenção das doenças orais. Eis os aspetos mais importantes:

- O flúor é um oligo-elemento que intervém no metabolismo ósseo e na mineralização dos dentes. Na natureza existe sob a forma de fluoreto.
- O processo etiopatogénico da cárie dentária é bem conhecido: cada vez que se ingere hidratos de carbono, as bactérias responsáveis pela cárie, *streptococos mutans* e *lactobacilos*, vão metabolizar os açúcares tendo como consequência a produção de ácidos na boca e a diminuição do pH.
- Para travar este processo não há uma medida única e eficaz.
- A prevenção assenta na eliminação da placa bacteriana através da escovagem eficaz dos dentes, na educação alimentar e na administração de flúor.

1/16

- A presença de flúor na saliva vai retardar o processo de desmineralização e favorecer a remineralização do esmalte. Assim, os fluoretos vão-se incorporando no esmalte, tornando-o progressivamente mais resistente a ataques ácidos posteriores.
- Na prevenção da cárie, os vernizes de flúor são uma estratégia comprovadamente eficaz.

## 2. Aplicação de verniz de flúor (soluto, 50 mg/ml) em ambiente comunitário

O verniz de flúor tem sido descrito como uma forma muito eficaz, fácil, segura e bem tolerada, de aplicar flúor tópico quer a nível individual, quer a nível comunitário. Tendo em consideração que a cárie dentária ainda representa um problema de saúde pública que afeta a vida de grande número de pessoas, a utilização dos vernizes fluoretados tem sido uma das formas de intervenção utilizada em programas de promoção da saúde oral, em diversos países da Europa, havendo evidência científica relativamente à sua eficácia na prevenção da cárie dentária.

Tendo em conta a literatura consultada (Anexo 1) é fundamental que se pense na introdução desta estratégia no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), no pressuposto que é bem conhecida a real extensão do benefício que pode ser conferido à dentição pela intervenção com estes produtos. Em anexo juntam-se documentos sobre os vernizes de flúor (Anexo 1), o protocolo de aplicação dos vernizes de flúor (Anexo 2), cujo objetivo é definir, de forma precisa e clara, a metodologia de aplicação deste tipo de produto nos jardim-de-infância e escolas, um modelo de pedido de autorização dirigido aos pais/encarregados de educação (Anexo 3) e um folheto informativo "Aplicação de vernizes - o que tenho de saber..." a ser entregue juntamente com o consentimento informado (Anexo 4).

Posteriormente, serão efetuados, pela Direção-Geral da Saúde, *workshops* teórico/práticos sobre a aplicação de vernizes de flúor dirigidos aos profissionais de saúde que, ao nível das diferentes Administrações Regionais de Saúde irão estar envolvidos nesta atividade.

## 3. Conclusão

Assim, atendendo:

- aos benefícios comprovados do flúor tópico na prevenção da cárie dentária;
- à facilidade de aplicação, segurança e tolerância dos vernizes fluoretados;
- ao facto de vários países europeus apresentarem resultados positivos na prevenção da cárie com a aplicação de vernizes de flúor;
- aos objetivos OMS para 2020 em relação às crianças de 6 anos livres de cárie dentária que Portugal se propõe atingir.

---

Recomenda-se a introdução da aplicação semestral de verniz de flúor (soluto de 50 mg/ml) nas crianças com idade inferior a 7 anos, que frequentam o jardim-de-infância.

Em situações de absoluta necessidade e comprovada pertinência, o verniz de flúor poderá substituir os bochechos quinzenais de flúor (0,2%) em crianças dos 6 aos 10 anos que frequentam o ensino básico, conforme a orientação técnico-normativa relativa ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.



Francisco George

Diretor-Geral da Saúde

## Anexo 3

### Pedido de autorização dirigido aos pais/encarregados de educação Modelo

Exmo(a). Sr(a). Encarregado(a) de Educação

O Agrupamento de Centros de Saúde de \_\_\_\_\_, Unidade de Saúde \_\_\_\_\_, realiza as atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, na escola que o seu/sua educando(a) frequenta.

A aplicação de verniz de flúor constitui uma das estratégias utilizadas em vários países, para a redução da cárie dentária. É uma medida simples e de fácil execução, sendo efetuada nas instalações do jardim-de-infância / escola. Proporciona grande benefício às crianças e jovens alvo desta intervenção.

Em anexo, enviamos o folheto “*Aplicação de vernizes de flúor – O que deve saber.*”, de forma a esclarecê-lo um pouco mais acerca desta medida.

Se tiver alguma dúvida contacte, por favor, a Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ (nome do responsável, contacto telefónico e endereço de email).

Preencha, assine e devolva o destacável abaixo, ao educador ou ao professor do seu/sua educando(a).

✂-----  
**Autorizo** a aplicação de verniz de flúor ao meu/minha educando(a),  
\_\_\_\_\_, Ano/Sala \_\_\_\_\_, Turma \_\_\_\_\_,  
Nº \_\_\_\_\_, atividade integrada no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e executada  
por um profissional de saúde da Unidade de Saúde de \_\_\_\_\_

O Encarregado de Educação \_\_\_\_\_  
(assinatura legível)

Anexo 4 – Descrição da dinâmica “O meu dentinho é branco?”



## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO SOBRE OS SEUS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL E OS DOS SEUS EDUCANDOS

Caros Pais / Encarregados de Educação,

No âmbito do trabalho de projeto de mestrado com tema: "Promoção da saúde oral: Contributos do verniz de flúor", vimos pedir a sua colaboração para responder a este questionário.

A informação que der é muito importante para avaliarmos a importância da promoção da saúde oral para si e para o seu filho/educando para assim tornarmos as medidas preventivas mais eficazes. Estes questionários são anónimos e a participação neste estudo é voluntária. **Todos os dados serão tratados de forma confidencial.**

Lembre-se de que não há respostas certas ou erradas Todas serão válidas se traduzirem as suas opiniões, comportamentos e atitudes.

Solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são apenas para tratamento estatístico.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (\_\_\_), deve responder de forma clara e legível, ao que lhe é pedido, para que não haja dúvidas relativamente à sua intenção.

**Obrigado pela sua colaboração**

**O conjunto de informação abaixo, refere-se a si:**

**Informação pessoal:**

1. Idade \_\_\_ anos
2. Sexo:        Masculino        Feminino
3. Indique o número de elementos do agregado familiar (conte consigo): \_\_\_\_
4. Qual o grau de parentesco relativamente ao seu educando (a):  
 Pai        Mãe        Outro. Qual? \_\_\_\_\_
5. Grau de escolaridade:  
 Não sabe ler nem escrever        1º Ciclo (Primária)        2º Ciclo (5º e 6º anos)  
 3º Ciclo (9º ano)        Secundário (12º ano)        Ensino Superior
6. Qual o estado civil:  
 Solteiro(a)    Casado(a)    Divorciado(a)    Viúvo(a)    Outro(a) \_\_\_\_\_
7. Situação profissional:  
Profissão: \_\_\_\_\_        Desempregado(a)

**Questionário sobre os seus hábitos de higiene e saúde oral:**

1. Quantas vezes escova os dentes por dia?  
 1 vez    2 vezes    3 vezes    Nenhuma
2. Quanto tempo demora a fazer a sua higiene oral? \_\_\_\_\_ minutos
3. Faz a escovagem da língua?    Sim        Não
4. De quanto em quanto tempo muda a escova de dentes? \_\_\_\_\_

5. Usa fio dentário?  Sim  Não  
 5.1. Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_
6. Usa elixir na sua higiene oral?  Sim  Não  
 6.1. Se sim, com que frequência? \_\_\_\_\_
7. Com que regularidade consulta o seu médico dentista?  
 Nunca consultei  De 6 em 6 meses  1 vez por ano  Outro \_\_\_\_\_
- 7.1. Qual o motivo?  Vigilância  Acidente  Dor  Outro \_\_\_\_\_

**O conjunto de informação abaixo, refere-se ao seu educando:**

**Informação pessoal do seu educando:**

1. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dia/mês/ano)  
 2. Sexo:  Masculino  Feminino

**Questionário sobre os hábitos de saúde oral do seu educando (a):**

1. Quantas vezes, o seu educando, escova os dentes ao dia?  
 1 vez  2 vezes  3 vezes  Nenhuma
- 1.1. Se sim, é supervisionada?  Sim  Não  
 1.1.1. Se sim, por quem?  Pai  Mãe  Irmão/Irmã  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
2. Quanto tempo demora o seu educando a escovar os dentes? \_\_\_\_\_ minutos
3. A pasta dentífrica do seu educando tem flúor?  Sim  Não
4. O seu educando faz complemento de flúor?  Sim  Não  
 4.1. Qual?  Comprimidos  Gotas  Outro
5. Com que regularidade o seu educando consulta o dentista?  
 Nunca consultou  De 6 em 6 meses  1 vez por ano  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
- 5.1. Qual o motivo?  Vigilância  Acidente  Dor  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
6. Alguma vez recebeu orientações de como cuidar da saúde oral do seu educando?  Sim  Não  
 6.1. Se sim, onde?  Médico/enfermeiro de família  Pediatra  Dentista  Outro. Qual? \_\_\_\_\_
7. Já ouviu falar em flúor?  Sim  Não
8. Já ouviu falar em verniz de flúor?  Sim  Não
9. O verniz tem efeitos de proteção nos dentes?  Sim  Não
10. Concorda com a aplicação de verniz de flúor ao seu educando?  Sim  Não
11. Acha esta aplicação benéfica para a saúde oral do seu educando?  Sim  Não

APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO ÀS CRIANÇAS COM QUESTÕES DE SAÚDE ORAL.

Inquérito às crianças

1. Se escovar os dentes a minha boca fica contente?



2. Posso escovar os dentes e língua?



3. Devo lavar os meus dentes pelo menos duas vezes ao dia?



4. A minha escova deve ser pequena e macia?



5. O flúor é um escudo que protege os meus dentes?



APÊNDICE 3 - AUTORIZAÇÃO PARA AS CRIANÇAS PARTICIPAREM NO FILME



Caros Pais / Encarregado de Educação,

A ACEP em parceria o IPVC, no âmbito do trabalho de projeto de mestrado com tema: "Promoção da saúde oral: Contributos do verniz de flúor", vimos pedir a sua colaboração e a autorização para a participação do seu educando.

A participação é voluntária e consiste em participar na realização de um pequeno filme, que servirá de exemplo, para desmistificar e explicar em como se faz a aplicação do verniz de flúor, em meio escolar. A qualquer momento pode abandonar a atividade sem qualquer consequência, para si ao para o seu educando.

Consideramos esta atividade de elevada importância, pois servirá de base para a explicação desta actividade de escola em escola. Esta é uma estratégia preventiva nova, para combater uma questão de saúde pública como é a cárie dentária, doença que afeta um grande número de pessoas, grande parte crianças.

O flúor tem sido utilizado desde sempre na prevenção da cárie, quer seja de forma sistémica (comprimidos) quer seja de forma tópica (bochecho/verniz). Atualmente considera-se que o verniz de flúor é uma alternativa bastante viável, com a vantagem de ser de acção tópica, ou seja, não entra na corrente sanguínea ou o faz em pequeníssimas quantidades (Orientação número 013/2013 da Direção Geral da Saúde).

Esta estratégia é de benefícios já comprovados em vários outros países, é de fácil aplicação, segurança e tolerância.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

O Presidente da Direção

\_\_\_\_\_  
(Dr. Luís Moreno Delgado)

Identificação da criança:

\_\_\_\_\_  
Autorizo a participação no filme     Sim                     Não

Assinatura dos Pais/E. Educação:

\_\_\_\_\_



APÊNDICE 4 - CAPA E CONTRACAPA DO FILME: "APLICAÇÃO DE VERNIZ DE FLÚOR".

## Aplicação de Verniz de Flúor



O FILME  
Setembro 2014



Elaborado por:  
Angela Ferreira

Mestrado de Promoção e Educação para a Saúde

AGRADECIMENTOS:



APÊNDICE 5 - ÁLBUM SERIADO, ADAPTAÇÃO DO FOLHETO DA DGS.

Apliação de Verniz de Flúor

Quantidade correta

Vamos

Com

Para os tomar mais

Ora escutem os meus conselhos...

1 O verniz aplica-se  
2 vezes ao ano.

2 Temos de  
os dentes todos  
os dias.

3 A  
é  
uma atividade

4 Usa  
com

5 Evita os

6 Faz

7 Sê

O verniz com flúor nos dentes vamos aplicar. Para que fiquem mais saudáveis E o nosso sorriso possa brilhar!

Dedoche para recortares e brincar

IAS-EM

Estabelecido em  
Alameda da Saúde

Unidade de Formação e Recuperação para a Saúde

INICIATIVA

APÊNDICE 6 - PLANO DE SESSÃO DOS PAIS

## PLANO DE SESSÃO

**FORMADOR:** Angela Maria Caçador Ferreira

**DATA:** 20-09-2014

**DURAÇÃO:** 40min

**TEMA:** O que é o verniz de flúor...

**PÚBLICO ALVO:**

**OBJETIVOS GERAIS:** Que no final da sessão, os pais e encarregados de educação, se sintam motivados e informados quanto à aplicação de verniz de flúor e para as práticas de saúde oral.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Que no final da sessão os pais e encarregados de educação sejam capazes de: descrever a importância da aplicação de verniz de flúor e os cuidados a ter, e de descrever uma técnica de escovagem e a quantidade de pasta dentífrica apropriada.

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AValiação/TÉCNICAS	TEMPO
Introdução	Apresentação do formador, do tema da sessão e dos objetivos.	Expositivo/Exposição	Computador, Vídeo projetor, Tela de projeção; Apointador.		2min
Desenvolvimento	Saúde oral, higiene oral e o que é o verniz de flúor Nesta formação pretende-se abordar temas como: Dentição; Patologia Oral (placa bacteriana, cáries, gengivite); Higiene Oral (Técnica de escovagem de Bass modificada, exemplificação com recurso a imagens) Verniz de Flúor, importância e cuidados	Expositivo/Exposição; Expositivo/Demonstração;Exp ositivo/Interrogatório	Computador, Vídeo projetor, Tela de projeção;Apointador; Colunas ; Folheto da DGS		25min
Conclusão	Síntese dos conteúdos transmitidos.Avaliação dos conhecimentos adquiridos.	Expositivo/Exposição	Computador, Vídeo projetor, Tela de projeção;Apointador; Colunas	Questionário aos pais	10min

APÊNDICE 7 - PLANO DE SESSÃO DAS CRIANÇAS

## PLANO DE SESSÃO

FORMADOR: Angéla Maria Caçador Ferreira

DATA: 20-09-2014

DURAÇÃO: 8 min

TEMA:  O que é o verniz de flúor...

PÚBLICO ALVO:

**OBJETIVOS GERAIS:** Que no final da sessão, as crianças, estejam sensibilizadas e esclarecidas para aplicação de verniz e para a escovagem dos dentes.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Que no final da sessão crianças sejam capazes de: descrever a importância da aplicação do verniz de flúor e os cuidados a ter depois da aplicação, e ainda de escovar os seus dentes.

MOMENTO	CONTEÚDOS	MÉTODOS/TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	AValiação/TÉCNICAS	TEMPO
<b>Introdução</b>	Apresentação do formador, do tema da sessão e dos objetivos.	Expositivo/Exposição	Computador; Video projetor; Tela de projeção; Apontador.		2min
<b>Desenvolvimento</b>	Saúde oral, higiene oral e o que é o verniz de flúor. Visualização de pequeno filme que exemplifica a aplicação de verniz de flúor em ambiente comunitário, com referência à escovagem.	Expositivo/Exposição; Expositivo/Demonstração; Expositivo/Interrogatório;	Computador; Video projetor; Tela de projeção; Colunas;		5min
<b>Conclusão</b>	Síntese dos conteúdos transmitidos.Avaliação dos conhecimentos adquiridos.	Expositivo/Interrogatório;		Questionário aos meninos (Caras de satisfação/insatisfação mais cores);	1 min