

Fernanda Patrícia Matias Carvalhais

**SAÚDE ORAL EM IDADE ESCOLAR: O PAPEL FUNDAMENTAL
DO FARMACÊUTICO**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Fernanda Patrícia Matias Carvalhais

**SAÚDE ORAL EM IDADE ESCOLAR: O PAPEL FUNDAMENTAL
DO FARMACÊUTICO**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Teresa Sequeira

e com co-orientação da

Professora Doutora Augusta Silveira

**SAÚDE ORAL EM IDADE ESCOLAR: O PAPEL FUNDAMENTAL
DO FARMACÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo de Estudos apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

(Fernanda Patrícia Matias Carvalhais)

“Levar o aluno a descobrir o seu próprio corpo e a sua relação com o mundo é um passo fundamental para a formação da sua identidade (...) Será, portanto, através da observação, da análise, da reflexão e da manipulação dos novos conceitos de vida/saúde/doença que o jovem irá incorporando hábitos e conhecimentos indispensáveis para manter ou adquirir saúde e conquistar melhor qualidade de vida”

(Darcy Ribeiro, 1985).

Agradecimentos

Tendo em conta que esta monografia foi fruto de uma longa caminhada, com muita aprendizagem, trabalho, dedicação e alguns sacrifícios, agradecer não é, decerto, tarefa fácil. Porém, uma nova fase cheia de desafios aproxima-se. Para a conclusão desta viagem foi essencial todo o amor, carinho, amizade e compreensão que determinadas pessoas e entidades me ofereceram ao longo do tempo.

Agradeço a todos que, de alguma forma marcaram a minha vida e com isso, deram o seu contributo de uma forma ou de outra, para a construção de quem sou eu, hoje.

De forma particular, vou agradecer a algumas pessoas pelo seu contributo direto e fundamental na elaboração e conclusão deste trabalho:

À Professora Doutora e orientadora Teresa Sequeira pelo seu apoio, conhecimento, sabedoria e disponibilidade que me levaram a execução e conclusão desta monografia.

À Professora Doutora e Co-orientadora Augusta Silveira, pela sua total disponibilidade ao longo da realização deste trabalho.

Queria agradecer especialmente à minha mãe e ao meu pai, que desde sempre me apoiaram e me guiaram nesta caminhada, como sempre, não pouparam apoio e não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

À Farmacia Valdrez, em particular à Doutora Carla Conceição, por me ter concedido a oportunidade de realizar o meu trabalho, pelo seu apoio, conhecimento e amizade, bem como o auxílio prestado na distribuição do questionário.

Ao meu irmão, à minha cunhada e à minha afilhada pelo incentivo, força, amizade e alegria que me transmitiam.

E como não podia deixar de faltar, ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Marco, pelo carinho, compreensão e amor. Por me ajudar durante a execução do meu trabalho, pela sua paciência e por sempre me apoiar em todas as minhas decisões.

O meu eterno e sentido agradecimento a todos os mencionados.

Resumo

O envolvimento da comunidade farmacêutica na promoção da saúde oral tem vindo a ser gradualmente reconhecido e estudado a nível mundial. No entanto, apesar do reconhecimento da sua importância, em Portugal pouco se tem estudado quanto à dimensão do contributo destes profissionais – profissionais de farmácia - no aconselhamento e promoção de hábitos de higiene oral junto das populações.

Pretendeu-se conhecer a perspetiva dos profissionais de farmácia relativamente aos seus conhecimentos no domínio da higiene oral bem como a sua perspetiva quanto ao perfil dos utentes consumidores de produtos de higiene oral. Para tal, foi elaborado um questionário, destinado a estes profissionais de saúde, e distribuído por diversas farmácias da cidade do Porto. Foi ainda realizada uma pesquisa bibliográfica para melhor contextualizar a questão.

Verificou-se que grande parte dos profissionais de farmácia (n=75) admitiu considerar importante ter mais conhecimentos no domínio da saúde oral, mostrando-se bastante motivada para o fazer.

O envolvimento dos profissionais de farmácia na promoção da saúde oral apresenta um potencial interessante a ser mais considerado e incentivado, dado que estes profissionais de saúde têm um acesso privilegiado às populações.

Abstract

The involvement of the community pharmacist in promoting oral health has been gradually recognized and studied worldwide. However, despite recognition of their importance, in Portugal it has been little studied the extent of the contribution of these professionals – pharmacy professionals- to promote oral hygiene habits among the population.

It was intended to know the perspective of pharmacy professionals regarding their knowledge in the subject of oral hygiene as well as their perspective on the user's profile of oral care products. To this end, a questionnaire intended for these health professionals, and distributed by various pharmacies in the city of Porto was prepared. A bibliographical research was also carried out to better contextualize the subject.

It was found that most of the pharmacy professionals (n = 75) admitted the importance of having more knowledge in what concerns to oral health, proving themselves motivated to do so.

The involvement of pharmacy professionals in promoting oral health should be considered and encouraged, since they are the health professionals most accessible to the public in general.

Índice

Agradecimentos	vi
Resumo	vii
Abstract	viii
Índice	ix
Índice de Figuras	xi
Índice de Tabelas	xiii
Índice de Anexos	xiv
Acrónimos	xv
I. Introdução	1
I.1. Método	2
II. Saúde e Higiene Oral	4
II.1. Breve Contextualização Histórica	4
II.2. Anatomia e Fisiologia da Cavidade Oral	6
II.3. 1.3 Problemas causados por falta de higiene oral	10
III. Educação para a higiene oral	13
III.1. Fatores que influenciam a Higiene Oral	13
III.2. Responsabilidade de pais e educadores na higiene oral.....	14
IV. Dispositivos e Técnicas de Higiene Oral	16
IV.1. Dispositivos e Produtos usados em Higiene Oral	16
IV.2. Perceção e aquisição de hábitos de higiene	19
V. Saúde Oral em Portugal e no Mundo	22
V.1. Saúde Oral no Mundo	22
V.2. A Saúde Oral em Portugal	26
VI. O Papel do Farmacêutico na Promoção de Cuidados de Saúde Oral	33

VII. Resultados	36
VII.1. Conhecimentos do profissional de farmácia na área da higiene oral.....	36
VIII. Discussão.....	44
IX. Reorientação do Serviço de Farmácia	48
Conclusão	50
Bibliografia.....	51
Anexo 1 - Questionário aos Profissionais de Farmácia	58
Anexo 2 – Processo de Escovagem (DGS, 2011)	63

Índice de Figuras

Figura 1 - Constituição da Cavidade Oral. Fonte: Seeley (2003).....	8
Figura 2 - Anatomia de um dente (Adaptado de http://www.minhavidacom.br/saude/temas/carie).....	9
Figura 3 - Cronologia da erupção da dentição temporária e da dentição permanente....	10
Figura 4 - Mapa da distribuição de frequências dos dentes perdidos, obturados e careados na Europa entre 1997 e 2004 Fonte: Department of Health, U.K (2007).....	24
Figura 5 - Índice de cáries dentárias entre crianças de 12 anos no mundo. <i>Fonte:</i> (OMS, 2003).....	25
Figura 6 - Percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008).....	28
Figura 7 - Percentagem de crianças livre de cáries por faixa etária e por região (DGS, 2008).....	28
Figura 8 - Índice CPOD a nível nacional para crianças aos 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008).	29
Figura 9 - Frequência de escovagens para os 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008).	29
Figura 10 - Frequência de utilização do fio dentário para os 12 e os 15 anos (DGS, 2008).....	30
Figura 11 - Perfil profissional dos funcionários de farmácia entrevistados	36
Figura 12 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral - grau de parentesco com a criança.....	37
Figura 13 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia - idade	37
Figura 14 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia – proveniência socioeconómica	38
Figura 15 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia quanto à formulação de questões no momento de aquisição do produto.	38
Figura 16 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral quanto ao tipo de questões formuladas no momento de aquisição do produto.....	39
Figura 17 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia quanto aos fatores decisivos na ponderação de aquisição de produtos.	39
Figura 18 - Produtos de higiene oral mais procurados na farmácia.	40

Figura 19 – Auto-avaliação do profissional de farmácia relativa aos seus conhecimentos formais no âmbito da higiene oral.	41
Figura 20 - Fontes de informação dos profissionais de farmácia	41

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dentífricos e sua ação. <i>Adaptado de: Spolarich (2012)</i>	18
---	----

Índice de Anexos

Anexo 1 - Questionário aos Profissionais de Farmácia.....	58
Anexo 2 – Processo de Escovagem (DGS, 2011)	63

Acrónimos

ADA – American Dental Association

BMC – Biomedic Central

CPI – Cárie precoce de infância

CPOD – Dentes careados, perdidos e obturados

DCCECE – Division of Child Care and Early Childhood Education

DGS – Direção Geral de Saúde

DNA – Digital News Agregate

EAPD – European Academy of Paediatric Dentistry

FDI – Federação Dentária Internacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGEU – Pharmaceutical Group of European

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

SPEMD – Sociedade Portuguesa de Médicos Dentistas

I. Introdução

“Saúde não é doença, Saúde é Qualidade de Vida”

(Minayo, Hartz & Buss, 2000)

Na sociedade atual, falar em saúde é falar em qualidade de vida.

Segundo a Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) a saúde é definida como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeições e enfermidades”. É considerado um direito fundamental do ser humano, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição sócio económica (Gouveia, 1960).

Os principais determinantes da saúde incluem o ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais da pessoa (OMS, 2009).

Numa sociedade ocidentalizada, com recursos sociais e económicos capazes de satisfazer as necessidades do indivíduo, falar em saúde é falar não só no acesso aos recursos já existentes, como nas medidas preventivas de doença a serem adotadas. A saúde oral faz parte da saúde como um todo. Todos os sistemas e órgãos do corpo podem ser afetados pela região oral (Darby, 2012).

De facto, uma higiene oral deficiente poderá trazer consequências económicas indesejáveis (individuais ou comunitárias), psicológicas e mais diretamente sobre a saúde do indivíduo (Pillon, 2010). Uma cárie não tratada, por exemplo, pode causar perda de dentes, dificuldade de mastigação, fala e comprometimento estético. A passagem das bactérias presentes na boca para a corrente sanguínea poderá desencadear infeções mais sérias e de acordo com a Academy of General Dentistry, uma pobre higiene oral poderá estar ligada a uma série de doenças crónicas como doenças cardiovasculares, diabetes e cancro (Gunn, 2013).

A Organização Mundial de Saúde considera que uma boca saudável é aquela que “apresenta ausência de dor orofacial crónica, cancro de cavidade oral ou garganta, feridas, defeitos congénitos, cáries, perda de dentes e outras doenças ou distúrbios da cavidade oral” (OMS, 2003). Desta forma, os cuidados de tratamento dentários, as técnicas de prevenção e a formação dos profissionais de saúde na área da higiene oral como veículos de informação, contribuem com fatores fundamentais para um desenvolvimento

saudável, desde a primeira erupção dentária até ao aparecimento da dentição permanente (Cosme e Marques, 2005).

A preocupação com a saúde oral das crianças assume por isso uma posição relevante no que se refere aos cuidados de saúde, uma vez que as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil (Areias, 2010).

Crianças que e adolescentes que apresentem bons hábitos de higiene oral, terão maior probabilidade de mantê-los na idade adulta (Levin e Curie, 2010).

Sendo o farmacêutico um profissional habilitado para a prestação de informação e aconselhamento ao público – incluindo naturalmente pais e educadores de crianças, o seu papel pode assumir suma importância enquanto promotor de saúde oral na população pediátrica. Este poderá transmitir assim aos pais e educadores, a informação adequada relativa a muitos dos cuidados de higiene oral, uso de dentífricos fluorados e cuidados alimentares (Maunder *et al*, 2005).

O presente trabalho teve por objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais de farmácia no domínio da saúde oral.

I.1. Método

Foi elaborado um questionário para avaliar os conhecimentos dos profissionais de farmácia no domínio da higiene oral bem como a sua perceção quanto ao perfil do consumidor de produtos de higiene oral para crianças - faixa etária, estrato socioeconómico, conhecimento de recursos de higienização da cavidade oral (Anexo 1). Foram assim distribuídos aleatoriamente 75 questionários por diversas farmácias no centro do Porto (média de 5 questionários por farmácia) e solicitado o seu preenchimento durante uma semana, altura em que se procedeu à sua recolha. Todos os dados foram codificados e tratados com recurso ao programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Foi ainda realizada uma pesquisa bibliográfica recorrendo aos motores de busca Pubmed, BMC (Biomed Central) e Oral Health Database da Malmo University. Foram utilizadas as palavras-chave: “Oral Health”, “Oral Health Pharmacists Role”, “Oral Hygiene”, “Oral Health World”, “Children Oral Health”, “Oral Health Devices”, “Health Professionals Oral Health”, “Oral Health Socioeconomic”, “Oral Health History”, “Saúde Oral Portugal”, “DGS Saúde Oral”, “Medidas de Saúde Oral”. Como critério de selecção, foram utilizados artigos de acesso livre publicados entre 2004 e 2014, prefe-

encialmente redigidos em inglês. Foram utilizadas 82 referências bibliográficas, 63,2% das quais posteriores a 2008. Recorreu-se ainda à consulta de livros dedicados ao tema como forma de contextualização de alguns conteúdos.

II. Saúde e Higiene Oral

II.1. Breve Contextualização Histórica

A preocupação com a higiene oral não é recente. Aliás, a sua prática remonta aos tempos primitivos em que o homem utilizava as suas unhas e pedaços de madeira para realizar a sua limpeza oral. A preocupação do Homem com a saúde oral remonta há cerca de 6000 anos o que evidencia a sua importância na qualidade de vida do ser humano desde os tempos mais remotos (Robledo, 2010).

A utilização dos primeiros dentífricos parece remontar ao Antigo Egito, entre os anos 5000 e 6000 a.C., onde estes teriam inventado um creme dentário à base de unhas de boi, mirra, casa de ovo queimada, pedra-pomes, sal, pimenta e água. Alguns manuscritos recomendavam ainda a utilização de flores para melhorar o sabor (Robledo, 2010).

A primeira referência aos elixires data de 2700 a.C. e começa como uma preocupação da medicina chinesa em tratar problemas nas gengivas. Na altura recomendava-se a lavagem da boca com urina de criança por forma a debelar os problemas (Fischman, 1997; Robledo, 2010).

O uso de elixires associado a limpeza mecânica terá surgido nas classes mais elevadas no período Romano. Os romanos lavavam os dentes com lã e faziam dentífricos constituídos por chifres de veado queimados e cabeças de animais carbonizadas. Por vezes recorriam a sal, conchas e mirra (Fischman, 1997). Hipócrates, na Grécia, em 460 a.C. recomendava a utilização de sal, alúmen e vinagre como elixir (Fischman, 1997; Worsley, 2011).

No período Tódor, por volta do séc. XV, era aconselhado esfregar os dentes com um pano ou esponja com água, sal, rosmaninho e moluscos (Worsley, 2011).

A criação das primeiras escovas parece ter surgido na China, em 1498. O seu fabrico incluía pêlos de porco inseridos numa vara de bambu ou num osso (Robledo, 2010).

Por volta do século XVI a limpeza dos dentes e o uso de elixires eram já práticas estabelecidas na população. Em 1530 surge a primeira publicação dedicada à terapêutica dentária de nome “The Zene Artzney”. Esta incluía um capítulo relativo a “como salvar os dentes” e as recomendações incluíam lavar a boca com alúmen queimado, misturado com vinagre ou mirra fervida em vinho. A sugestão final era: “lavar os dentes após as

refeições com vinho ou cerveja para retirar tudo o que pudesse aderir aos dentes e fazê-los cair, produzir mau odor ou destruí-los” (Fischman, 1997).

Em finais do século XVII, a medicina dentária passa a constituir um ramo separado da medicina. Nesta altura, em 1685, ocorre a publicação do primeiro tratado em Inglês denominado “The Operator for the teeth”. Nessa altura, as pastas dentífricas da época continham coral moído, pedra-pomes e pedaços de osso (Worsley, 2011).

No século XVIII, a importância da higiene dentária e do tratamento prende-se não só com a saúde mas também com motivos estéticos. É neste século que começam a aparecer os primeiros retratos em que nos sorrisos se podem ver os dentes (Worsley, 2011).

Os dentífricos sofrem alterações, nomeadamente para serem utilizados no combate a doenças como é o caso do escorbuto (Fischman, 1997).

Em 1884 surge o elixir de nome Listerine[®], pelas mãos de Joseph Lawrence e Jordan-Wheat Lambert. Este produto, inicialmente usado como antisséptico geral, era constituído por uma mistura de quatro óleos: mentol, timol, eucaliptol e salicilato de metilo. Tendo sido descoberto como particularmente eficaz no combate aos germes da cavidade oral, Lambert decide produzi-lo e comercializa-lo também para este fim (Fischman, 1997).

Em 1890, W.D. Miller sustenta que a cárie é provocada pela descalcificação do esmalte, através de ácidos orgânicos fracos produzidos por bactérias na fermentação de carboidratos. Esta teoria provoca uma verdadeira revolução na indústria das pastas dentífricas com a introdução de constituintes com base alcalina. Assim, até à introdução das pastas dentífricas atuais, utilizava-se essencialmente o bicarbonato de sódio e o sal usados separadamente ou em conjunto (Fischman, 1997; Robledo, 2010; Worsley, 2011).

Já as escovas de dentes só em finais do século XIX começam a ser mais largamente utilizadas. A razão prendia-se com o elevado preço do pêlo de porco, que as tornava acessíveis apenas às classes mais elevadas. No início do século vinte e ainda posteriormente assistia-se a partilhas de escovas de dentes entre as famílias mais pobres (Worsley, 2011).

Nos anos 30, as escovas passam a ser constituídas por filamentos de nylon que seriam economicamente mais acessíveis. O osso, outrora utilizado como cabo, passa a ser substituído por plástico ou madeira. Nos anos que se seguem, a preocupação com as escovas

prende-se sobretudo com a dureza das suas cerdas e em 1960 surgem as primeiras escovas elétricas com cabeças rotativas e oscilatórias (Fischman, 1997).

Na primeira metade do século XX, a utilização de pastas dentífricas é alargada com a ideia de que “dentes limpos não caem”. Surge nessa altura a primeira pasta Pepsodent[®] que usa essa ideia como spot publicitário (Fischman, 1997).

As pastas de dentes foram sucessivamente evoluindo com a introdução de novas marcas no mercado que acrescentavam por exemplo enzimas para prevenir as cáries e componentes para melhorar o sabor, como foi o caso da Colgate[®] (patenteada em 1954). Essa evolução resultou até aos ingredientes mais comuns nas pastas de dentes atuais: sais de estanho, triclosan, citrato de zinco e claro, flúor (Fischman, 1997).

A evolução da saúde oral nas últimas décadas foi enorme, quando comparada com o seu tempo de existência. Desenvolveram-se novos métodos de limpeza, novas fórmulas farmacêuticas com vista à manutenção de uma dentição saudável pela via profilática (Robledo, 2010).

No entanto a dieta, o estilo de vida e a sociedade em geral, também contribuem para uma evolução nesta área e não podem descontextualizadas (Peterson, 2009).

A evolução na higiene oral deverá ter em conta todas estas variáveis, ou problemas como doenças periodontais e cáries dentárias, continuarão a constituir um desafio no domínio da saúde oral do indivíduo (Petti, 2010).

II.2. Anatomia e Fisiologia da Cavidade Oral

A cavidade oral é a porção mais anterior do sistema digestivo, a sua função primária é servir como local de entrada dos alimentos sendo aí iniciado o processo digestivo - mediado pela saliva e a propulsão do bolo alimentar para a faringe. Serve ainda como um local de modificação de som necessária para a fonação (Christopoulos *et al.*, 2013).

Para a prática adequada da higiene oral e o desenvolvimento de novos métodos de limpeza, tratamento e diagnóstico torna-se fundamental o conhecimento desta região anatómica (Faure, 2010).

As estruturas orais refletem a saúde local e sistémica do indivíduo, o que justifica a importância do seu conhecimento (Darby, 2012).

“ A cavidade oral, zona de contacto entre o organismo e o exterior, representa um ecossistema de grande complexidade entre órgãos minerais (dentes), as mucosas, os fluidos locais e as bactérias da microflora oral” (Faure, 2010).

A cavidade oral, ou boca, constitui uma porção do sistema digestivo, mais particularmente onde este se inicia, e encontra-se delimitada anteriormente pelos lábios, posteriormente pela fauce (abertura para a faringe), lateralmente pelas bochechas, superiormente pelo palato e inferiormente por um pavimento. A revestiu-la tem um epitélio estratificado pavimentoso que a protege da abrasão (Seeley, 2003).

Os constituintes da cavidade oral são a língua, a mucosa, a saliva e claro, os dentes.

A língua encontra-se colocada sobre o pavimento entre as arcadas dentárias. É essencialmente um órgão muscular que ocupa grande parte da cavidade oral. Dotada de grande mobilidade, desempenha um papel fundamental na mastigação, mantendo os alimentos posicionados e misturando-os, em conjunto com os lábios e as gengivas. Desempenha igualmente um papel fundamental no processo de deglutição (Faure, 2010; Seeley, 2003).

A inclusão da saliva na descrição da cavidade oral, prende-se com o importante papel que esta desempenha como agente protetor nomeadamente no desenvolvimento de cáries. A sua produção diária varia entre 500 e 1200 mL e é composta por 99% de água e 1% de constituintes orgânicos e inorgânicos. A saliva é responsável pela proteção da mucosa oral devido ao seu poder lubrificante e à sua capacidade tampão. É igualmente responsável pela remineralização dos dentes graças à disponibilização de iões fluoreto, hidroxilo e fosfato sobre a superfície dos dentes (Corvo *et al*, 2012; Faure, 2010).

O pH da saliva deve estar confinado ao intervalo 6,8 e 7,0 (Philips, 2012; Corvo, 2012). Assim, se o pH se tornar ácido poderá haver desmineralização dentária, mais frequentemente denominada por cárie dentária. Já um pH básico levará a uma maior deposição de minerais, favorecendo a formação de tártaro (Corvo *et al*, 2012).

Com o avançar da idade, a composição da saliva altera-se verificando-se uma diminuição da concentração em iões sódio e cloreto, bem como das proteínas salivares. A utilização de alguns medicamentos (anti-histamínicos e neurolépticos, p.e) diminui a produção de saliva levando a um aumento da incidência de cáries, como resultado de uma pobre remineralização dos dentes (Faure, 2010).

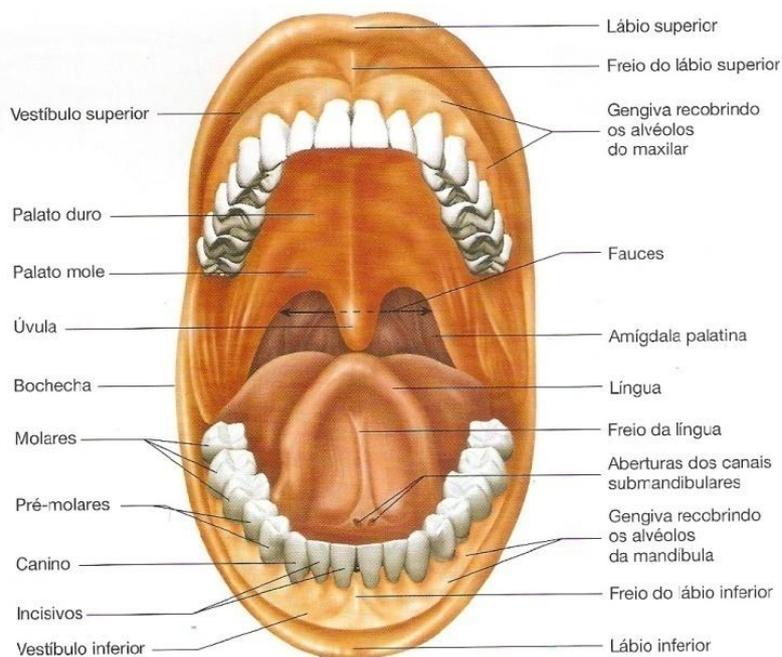


Figura 1 - Constituição da Cavidade Oral. Fonte: Seeley (2003)

Os dentes são indispensáveis no processo de mastigação, estes permitem cortar, rasgar e triturar alimentos, possibilitando desta forma a ingestão adequada de alimentos essenciais ao ser humano (Barros, 2007; MS, 2006).

Os dentes são ainda fundamentais para a fonação e aparência estética do indivíduo, conferindo expressão ao seu rosto e contribuindo para a sua autoestima (MS, 2006).

Sendo responsáveis por variadas funções, os dentes são anatomicamente descritos em três grandes regiões: coroa, colo e a raiz. A coroa, é habitualmente reconhecida como a parte livre ou visível do dente, sendo a sua forma determinante para a adequada função de cada dente. Como tal, a coroa apresenta-se; plana e como uma lâmina nos incisivos, adequados para cortar os alimentos; aguçada nos caninos, próprios para rasgar; e plana e larga nos pré-molares e molares para triturar, permitindo, no seu conjunto, que haja uma correta mastigação (MS, 2006).

A estabelecer ligação entre a coroa e a raiz do dente encontra-se o colo, aparecendo como uma região intermédia e finalmente a raiz, caracterizada por ser a zona que suporta o dente, fixando-o através de um tecido conjuntivo particularmente fibroso, o ligamento periodontal, ao osso da mandíbula ou maxila, permitindo a passagem dos vasos sanguíneos e nervos (MS, 2006).

Observando-os da periferia para a profundidade, o dente apresenta os seguintes tecidos:

- O esmalte, camada mais externa da coroa dentária, caracterizado por ser branco, liso e brilhante, é o tecido mais mineralizado do corpo humano conferindo-lhe um elevado grau de dureza, sendo responsável por revestir a coroa e proteger a dentina;
- A dentina, imediatamente subjacente ao esmalte, constitui o mais extenso tecido dentário; é menos mineralizada que o esmalte e a sua singular estrutura tubular permite a condução de estímulos percebidos na polpa por células nervosas, conferindo-lhe assim sensibilidade resultando numa continuidade fisiológica entre a dentina e a polpa.
- A polpa é um tecido conjuntivo não mineralizado (mole) localizado no centro do dente, onde se localizam os odontoblastos, vasos e nervos. Caso a destruição tecidual atinja a dentina, a dor na polpa torna-se insuportável (MS, 2006).
- O cemento, descrito como um tecido de cor branco-amarelado, reveste a dentina radicular e é responsável pela inserção do ligamento periodontal permitindo assim a ligação entre o dente e osso alveolar.

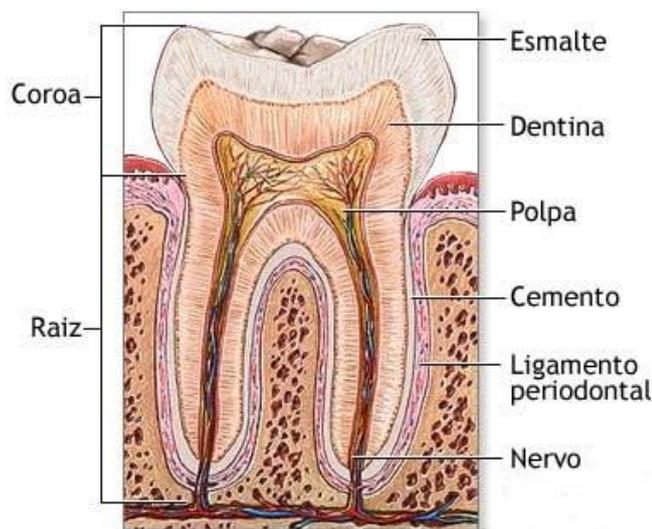


Figura 2 - Anatomia de um dente (Adaptado de <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/carie>)

Ao longo da vida do Homem, ocorrem duas dentições. A primeira denominada dentição de leite, decídua ou temporária e a segunda designada por dentição definitiva ou permanente (MS, 2006).

A primeira dentição cuja erupção ocorre de forma progressiva entre os 6 meses e os dois anos de idade é constituída por vinte dentes: oito incisivos, quatro caninos e oito molares. Entre os 6 e os 18 anos, esta dentição vai sendo substituída pela dentição permanente, constituída por 32 dentes: oito incisivos, quatro caninos, oito pré-molares e doze molares nos quais se incluem os dentes do siso (Faure, 2010).

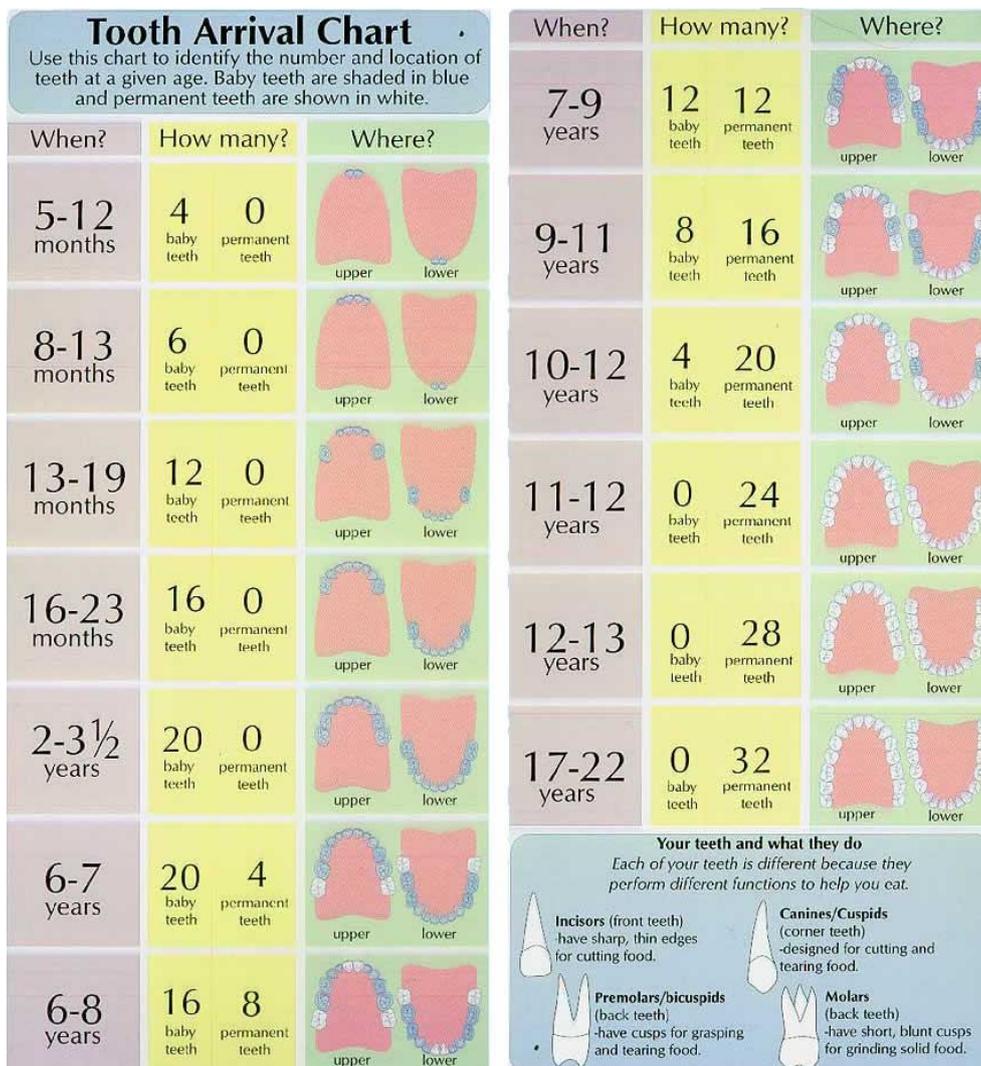


Figura 3 - Cronologia da erupção da dentição temporária e da dentição permanente.
 Fonte: " Henderson Cosmetic Dentist, 2013"

II.3. 1.3 Problemas causados por falta de higiene oral

Cuidar dos dentes não constitui meramente uma questão estética, mas sim uma questão de saúde (Bisla, 2000).

Diversas doenças sistémicas podem ter origem em infeções orais como por exemplo a endocardite bacteriana (infeção grave das válvulas cardíacas ou da superfície do que

resulta de uma bactéria que pode estar associada à falta de cuidados com a higiene oral (ADA, 2008).

Uma higiene oral deficiente, poderá resultar em cáries dentárias, gengivite (processo inflamatório na gengiva que resulta em vermelhidão, inchaço e eventual sangramento) e que se não for devidamente tratada poderá resultar numa doença periodontal que provoca entre outros sintomas retração gengival, podendo culminar na deterioração do osso e perda de dentes (Al-Ahmad, 2010).

Sendo a cárie dentária a doença prevalente nas crianças e jovens, é de particular importância conhecer a forma como se desenvolve e a sua relação com a falta de higiene oral.

A cárie dentária é definida como uma doença infecciosa, pós eruptiva, transmissível e caracterizada por uma destruição progressiva dos tecidos mineralizados dos dentes (Costa *et al.*, 2008).

As cáries podem ser originadas pelo crescimento excessivo de bactérias, nomeadamente *Streptococcus mutans* e *Lactobacillus*, a diminuição do fluxo salivar (que desempenha diversas funções anti-cariogénicas) e uma alimentação rica em hidratos de carbono (Costa, 2008).

Em 2003, no relatório Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), concluiu-se que “existe evidência de que há associação entre a quantidade de açúcar ingerido e a cárie dentária e que a frequência é tão importante como a quantidade” (Costa *et al.*, 2008).

No processo de formação da cárie ocorre um ataque ácido aos tecidos mineralizados (esmalte e posteriormente dentina) com consequente desmineralização e posterior cavitação, podendo conduzir à destruição do dente (Lopez, 2007). Quando são ingeridos carboidratos, estes acumulam-se na placa dentária onde são degradados pela amilase originando produtos que irão servir de substrato para bactérias cariogénicas e glucolíticas aí alojadas (Ahmad, 2010). Estas bactérias transformam os substratos em ácidos orgânicos através de um processo denominado glicólise (Bisla, 2000; Pillon, 2010).

De facto, as superfícies dentárias mineralizadas não são inertes. Existe uma troca iónica entre as camadas superficiais dessas superfícies e a saliva (Lopez, 2007).

Quando o pH desce para valores inferiores a 5.5, ocorre a desmineralização da superfície do esmalte resultante da dissolução parcial dos cristais que integram o esmalte. Se esta descida do pH se prolongar ao longo do tempo, o processo torna-se irreversível, sendo os cristais totalmente dissolvidos. As bactérias passam assim a ter acesso à dentina e depois, dada a estrutura tubular desta, acedem rapidamente à polpa infectando-a. É neste momento que surge a dor, como resultado deste possuir nervos sensíveis e vasos sanguíneos.

As técnicas utilizadas para uma boa limpeza oral, como a escovagem frequente com dentífricos fluorados e a utilização do fio dental estão entre as mais indicadas para a prevenção do aparecimento de cáries dentárias (Lopez, 2007).

III. Educação para a higiene oral

III.1. Fatores que influenciam a Higiene Oral

A saúde oral contribui para a saúde global da criança. A cárie dentária é uma das doenças mais frequentes em todos os grupos etários e a doença crônica mais comum entre os 5 e os 17 anos de idade, resultando da interação entre fatores ambientais e hospedeiro (Costa *et al.*, 2008).

A dor associada à cárie dentária provoca abstinência escolar, falta de apetite, podendo afetar o crescimento e o desenvolvimento da criança (Costa *et al.*, 2008).

Nas crianças em idade pré-escolar esta denomina-se de cárie precoce de infância (CPI). A CPI é caracterizada pela presença de um ou mais dentes careados, inexistentes ou com superfícies dentárias preenchidas na primeira dentição (Petti, 2010).

A CPI influencia a saúde global da criança, sendo preditiva de cáries na dentição permanente (Areias, 2010).

Os riscos associados ao aparecimento deste tipo de cárie podem ser divididos em duas partes: desenvolvimento de lesões (biológicos) e sócio económicos, culturais e proveniência étnica (Petti, 2010). Deste modo, não é possível dissociar os problemas de higiene oral do ambiente social e comportamental, a nível do indivíduo e da comunidade em geral (Gunn, 2013).

Os riscos biológicos incluem má nutrição, início precoce e frequente da ingestão doces, snacks e refrigerantes e baixos consumos de leite e carboidratos complexos. Determinados hábitos adquiridos na infância, como a utilização frequente de biberões com bebidas açucaradas e amamentação prolongada, inclusão tardia de hábitos de higiene com más escovagens e exposição tardia ao flúor (resultando na colonização precoce e elevada de microrganismos cariogénicos) poderão igualmente ser incluídos no grupo de riscos biológicos (Petti, 2010).

Os riscos sociais e económicos relacionam-se essencialmente com o baixo nível da educação parental, baixos rendimentos e falta de prevenção relativamente a doenças orais (Petti, 2010).

De facto, os níveis educacionais, a proveniência de classes baixas e as condições de vida poderão afetar o acesso ao conhecimento e aprendizagem de técnicas capazes de melhorar a saúde oral da criança (Nobile, 2014).

Sendo os tratamentos de saúde oral e os instrumentos utilizados na higiene de custo relativamente elevado, serão as famílias com carências sociais e económicas as que mais se debaterão com problemas de saúde oral nas suas crianças (Gunn, 2013).

III.2. Responsabilidade de pais e educadores na higiene oral

Atualmente, cerca de 20 a 30% das crianças contêm 80% das cáries. Os fatores de risco incluem dieta cariogénica, ausência ou deficiência nos cuidados de higiene oral, exposição inadequada ao flúor e proveniência de famílias com carências socioeconómicas (Buxeraud, 2011).

Os pais, educadores e a comunidade de uma forma geral, desempenham um papel fundamental na prevenção da ocorrência de cáries, quer através de acompanhamentos continuados e inclusão de hábitos regulares de higiene oral (papel de pais e educadores), quer através da divulgação de medidas de prevenção e aconselhamento junto de educadores e das crianças, papel esse que deverá desempenhado pelos órgãos governamentais competentes.

Os pais e educadores são os que mais se encontram responsáveis pela educação da criança e deverá ser através destes que a prevenção de futuros problemas dentários deverá ser iniciada. Essa prevenção passa pela inclusão de bons hábitos de higiene oral, uma alimentação cuidada e um acompanhamento médico eficaz (Prabhu *et al.*, 2013).

A saúde oral da criança começa no período pré natal, como tem vindo a ser revelado em estudos recentes que comprovam a importância da manutenção de uma boa higiene oral durante a gravidez (Johnson *et al.*, 2011; Silva, 2001). No entanto, muito poucas mulheres parecem dar a importância devida aos cuidados de manutenção de uma boa higiene oral durante esta fase, como resultado de falta de informação, o que poderia prevenir o aparecimento de patologias orais nos seus filhos (Silva, 2011).

Atualmente sabe-se que as bactérias com atividade cariogénica (*Streptococcus mutans* e *Lactobacillus*) podem ser transmitidas diretamente da mãe para o filho (Silva, 2011).

Essa transmissão ocorre através da saliva materna quer por via vertical, quer por via horizontal, sendo no entanto a vertical a mais importante (Kruger, 2012).

No entanto, do ponto de vista da população, a cárie dentária não é considerada uma doença transmissível, o que leva a uma menor preocupação na fase pré natal apesar da saúde oral da criança começar precisamente nesta fase (Frazão, 2012).

Ao longo de todo o seu crescimento, serão os pais e educadores que desempenharão o papel primordial na aquisição de hábitos de higiene adequados, nos cuidados da alimentação e correção de comportamentos na criança, por forma a prevenir cáries futuras. Assim, como referido anteriormente, a mãe em particular tem uma responsabilidade acrescida no que diz respeito à sua própria higiene oral quer na fase pré-natal, quer na fase pós natal. A mãe deverá evitar partilhar com a criança utensílios e alimentos levados à boca (Eusébio, 2009).

De acordo com as recomendações das Academias Europeia e Americana de Odontopediatria, a consulta de odontologia pediátrica deve ocorrer no primeiro ano de vida, idealmente por volta dos 6 meses, por forma a serem dadas as devidas instruções aos pais relativamente à higiene oral, dieta, tratamentos de flúor, hábitos orais e traumatismos dentários (Lemos, 2010).

Os pais deverão ser responsáveis pela higiene oral da criança, desde antes a erupção do primeiro dente, até esta conseguir realizar a higiene oral de forma autónoma. Deverão servir de exemplo, uma vez que a criança tende a imitar comportamentos, sendo mais fácil a aquisição desses hábitos (MS, 2005).

A educação da criança também deverá ser ao nível alimentar, através do controle da ingestão de açúcares simples. Deve evitar-se a administração pelo biberão de bebidas açucaradas, incluindo sumos naturais na infância e numa fase posterior o consumo de guloseimas e refrigerantes, sobretudo fora das refeições (Silva, 2011).

Fora das horas em que estão com os pais, deverão ser os educadores, os responsáveis pela manutenção dos hábitos de higiene oral nas crianças (Martinez, 2013).

Os pais deverão ainda estar atentos ao aparecimento de manchas de cor branca, castanha ou negra e sinais de cavidades nos dentes (Silva, 2011).

Os pais e os educadores, diretamente responsáveis pelos hábitos adquiridos pelas crianças no domínio da saúde oral, deverão ser instruídos da melhor forma, quer pelos profissionais de saúde, quer pelas entidades responsáveis a nível nacional, para que melhor desempenhem o seu papel neste domínio.

IV. Dispositivos e Técnicas de Higiene Oral

IV.1. Dispositivos e Produtos usados em Higiene Oral

Existem à disposição do paciente diversos produtos e dispositivos que poderão ser utilizados para a realização de uma higiene oral adequada (Spolarich, 2012, Lyons, 2013).

Escovas de dentes

As escovas de dentes têm como funcionalidade remover a placa bacteriana e restos alimentares que se depositam nos dentes e nos tecidos orais através do processo de escovagem (ADA, 2008; Singh, 2011; Spolarich, 2012).

A seleção da escova de dentes apropriada deverá ser feita com base nas preferências do consumidor, nível de destreza, idade, posição dos dentes e condição oral (ADA, 2008; Spolarich, 2012).

De uma maneira geral, escovas com cabeças pequenas são as mais indicadas para a maioria dos consumidores, uma vez que as que possuem cabeças maiores não se adaptam tão facilmente à superfície dos dentes. Por outro lado, estas últimas tendem a ser mais difíceis de manobrar nas áreas posteriores da boca e nas superfícies de contacto dos dentes com a língua (Spolarich, 2012). No caso das crianças, isto é particularmente importante na medida que em que as escovas têm que ser adaptadas ao seu crescimento, bem como ao desenvolvimento da sua dentição (Spolarich, 2012; Walker, 2010).

As escovas elétricas são geralmente adaptadas a todos os consumidores e têm demonstrado ser mais eficazes no combate à placa bacteriana e redução da gengivite do que as escovas manuais (Spolarich, 2012; Singh, 2011). São especialmente indicadas para pessoas com problemas de destreza manual e no caso de crianças poderão revelar-se úteis se não souberem efetuar a escovagem de forma correta (Walker, 2010). Neste sentido, existem modelos mais pequenos disponíveis para estas idades (Spolarich, 2012; Walker, 2010).

As escovas de cerdas mais macias deverão ser preferidas relativamente às mais duras, uma vez que estas minimizam os estragos provocados nos dentes e nas gengivas. Na verdade as cerdas mais duras não são mais eficazes na remoção da placa bacteriana e

podem causar abrasões no esmalte e nas gengivas, especialmente se na escovagem se exercer muita pressão (Spolarich, 2012).

Fios dentários e escovilhões

A escovagem por si só não é eficaz na remoção da placa bacteriana interdentária. Para o efeito são utilizados os fios dentários e os escovilhões em casos clínicos específicos, como no caso de diastemas acentuados ou em reabilitações fixas com pontes (DGS,2006; Spolarich, 2012).

Essencialmente existem dois tipos de fio dentário que se podem usar: os fios de nylon (ou multifilamentosos) e os fios de PTFE (ou monofilamentosos). Os fios de nylon encontram-se disponíveis com cera e sem cera e em vários sabores. A particularidade dos fios de nylon é que se podem partir entre os dentes com pontos de contacto muito estreitos. Os fios monofilamentados apresentam a vantagem de deslizarem mais facilmente entre os dentes cujos pontos de contacto sejam muito estreitos. Quando usados corretamente, removem eficazmente a placa bacteriana e os resíduos alimentares das superfícies adjacentes dos dentes. No caso particular das crianças, estas devem começar a utilizá-los a partir dos 8 anos de idade ou quando possuírem a destreza manual necessária (Spolarich, 2012; DGS 2006; Walker, 2010; Lyons, 2013).

Pastas Dentífricas

Existe uma enorme variedade de pastas dentífricas no mercado que vão de encontro às necessidades dos pacientes e às suas preferências.

A pasta dentífrica é um produto que é utilizado como auxiliar na escovagem, ajudando na remoção da placa bacteriana (Lyons, 2013).

A maioria das pastas dentífricas contém flúor em maior ou menor quantidade para além de outros constituintes de base: carbonato de cálcio, óxidos de alumínio hidratados, géis de sílica desidratados, carbonato de magnésio, fosfatos e silicatos. O flúor atua fortalecendo o esmalte e remineralizando alguma cárie existente (Spolarich, 2012).

A estas formulações podem ser adicionadas outras para aumentar a eficácia do dentífrico ou fornecer outros benefícios como branqueamento, redução de mau hálito, redução de tártaro ou de sensibilidade dentária (Spolarich, 2012).

A Tabela 1 seguinte permite sintetizar os componentes principais de alguns tipos de dentífricos.

Tabela 1 - Dentífricos e sua ação. *Adaptado de: Spolarich (2012)*

Tipo de dentífrico	Ação
Branqueador	<ul style="list-style-type: none"> • Abrasivos, contêm silicatos e sais destinados a polir a superfície dos dentes e reduzir a acumulação de manchas e depósitos nestes. • Contêm compostos de fosfato ou citrato de sódio para remover as manchas.
Controlo de tártaro	<ul style="list-style-type: none"> • Reduz a formação de cálculos e previne a acumulação. • Os agentes anti cálculos são sais de pirofosfato, sais de zinco (citrato de zinco e cloreto de zinco), hexametáfosfato de sódio e triclosan. • A hipersensibilidade a estes dentífricos manifesta-se através de vermelhidão intra-oral, descamação dos tecidos e ulceração.
Proteção da sensibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Reduz a sensação de dor através do bloqueio da troca de fluídos com os túbulos da dentina que conduzem aos nervos. • Contém geralmente 5% de nitrato de potássio e cloreto de sódio. • Pessoas com sensibilidade dentária devem evitar dentífricos de branqueamento. Estes removem a placa protetora criada para proteger da sensibilidade.
Anti cárie	<ul style="list-style-type: none"> • O ingrediente ativo é o flúor. • Aumenta a resistência do esmalte aos ácidos. • A dose habitual para adultos é 1,5 mL repartida por duas escovagens diárias. • A dose para crianças com menos de 6 anos é de 0,25 mL (equivalente ao tamanho de uma ervilha de pasta de dentes). • Dentífricos não fluorados são recomendados para crianças com menos de 2 anos de idade.

As pastas utilizadas para crianças são muito similares às utilizadas pelos adultos sendo diferentes essencialmente na quantidade de flúor para pastas a aplicar até aos 6 anos e nos corantes e edulcorantes para as tornarem mais atrativas e agradáveis ao paladar (Walker, 2010).

Os comprimidos reveladores de placa bacteriana podem ser muito úteis no caso das crianças para determinar a eficácia da escovagem. Uma vez mastigados e envoltos na saliva podem ser cuspidos e o local onde se encontrar placa bacteriana estará corado, uma vez que contêm uma tintura inócua que reage com a placa bacteriana remanescente no final da escovagem (MS, 2006).

IV.2. Percepção e aquisição de hábitos de higiene

Os cuidados de higiene oral devem fazer parte da rotina de higiene dentária do bebé. Esta higiene deverá começar antes da erupção dos primeiros dentes, uma vez que a colonização com bactérias cariogénicas pode ocorrer muito precocemente (Cosme, 2005).

Nesta fase, após a amamentação, deverá proceder-se à limpeza da mucosa oral e gengivas com uma compressa embebida em água morna (Areias, 2010; Cosme, 2005).

Após a erupção do primeiro dente, a higienização deve ser feita duas vezes por dia, utilizando uma gaze, dedeira ou escova macia, com um dentífrico contendo 1000-1500 ppm de fluoreto. Uma dessas limpezas deverá ser feita após a última refeição (Areias, 2010; MS, 2006).

Entre os 3 e os 6 anos, a escovagem deve continuar a ser realizada ou supervisionada pelos pais, fomentando-se o início da escovagem dos dentes pela própria criança (Cosme, 2005; EAPD, 2009).

A escovagem deve ser supervisionada pelos pais até a criança adquirir o controlo dos movimentos. A partir dos 6 anos, a escovagem dentária já deverá ser efetuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm, idêntico ao usado pelos adultos (numa quantidade aproximada de 1 centímetro de pasta dentífrica). Se a criança ainda não tiver destreza manual, esta atividade técnica poderá ser apoiada, ou executada, pelos pais. A escovagem deve ser efetuada no mínimo duas vezes por dia devendo a escova ser de tamanho adequado à boca da criança. Por volta dos 6 anos começam a erupcionar os primeiros molares, particularmente mais vulneráveis à cárie, necessitando de uma atenção particular e de uma técnica específica de escovagem. A higienização dos espaços interdentários com o fio dentário deve começar a ser feita por volta dos 9-10 anos, quando a criança começa a ter suficiente destreza manual (MS, 2006b).

Após uma adoção cuidadosa da escova e do dentífrico, é indispensável atender ao próprio processo da escovagem. Como tal, a Direção-Geral de Saúde aconselha as seguintes etapas:

1. Colocar o dentífrico na escova de dentes;
2. Inclinar a escova em direção à gengiva e escovar com pequenos movimentos horizontais ou circulares, sem fazer muita pressão;
3. Escovar dois dentes de cada vez, com aproximadamente dez movimentos;
4. Escovar de acordo com uma sequência, começar a escovar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;
5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies dos dentes do lado da língua;
6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar;
7. Escovar as superfícies de mastigação dos dentes com movimentos de vaivém;
8. Por fim, escovar a língua, cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água.

Fig. Processo de escovagem (Anexo 2)

Como complemento da escovagem, é recomendado igualmente o recurso ao fio ou fita dentária para atingir áreas interdentárias. O seu uso requer alguma destreza e paciência para adotar o procedimento correto (DGS, 2002).

1. Usar cerca de 40 cm de fio, enrolando a quase totalidade do fio no dedo médio e uma pequena porção no dedo médio da outra mão, deixando entre os dois dedos uma porção de 2 a 3 cm de fio. Os polegares e os indicadores ajudam a manuseá-lo;
2. Introduzir o fio entre dois dentes e curvÁ-lo à volta de cada um deles, fazendo movimentos curvos, horizontais até chegar ao sulco gengival;
3. Repetir este procedimento até que todos os espaços interdentários estejam devidamente limpos.

Para além destes procedimentos, que contribuirão certamente para a saúde oral da criança, os pais não deverão prescindir de ter o cuidado de consultar um médico dentista ou higienista oral periodicamente, uma vez que “as visitas regulares a profissionais de saú-

de oral, (...), são da maior importância, numa perspectiva de intervenção global, detecção precoce e tratamento adequado das doenças orais” (DGS, 2002).

Todos estes aspetos ou fatores influenciam a saúde oral da criança, que está dependente do seu encarregado de educação para se informar, conhecer e melhorar os comportamentos, evoluindo para um estilo de vida o mais saudável possível.

.

v. Saúde Oral em Portugal e no Mundo

V.1. Saúde Oral no Mundo

Em finais do séc. XX assistiu-se a uma evolução se precedentes quer na saúde em geral, quer na saúde oral (Petersen, 2009).

No entanto, os ainda elevados níveis de cáries e uma maior perceção da doença, transformou este problema de saúde oral numa prioridade para as autoridades de saúde competentes (Petersen, 2009; Frazão, 2012). De tal forma que as suas dimensões justificaram a criação pela FDI (Federação Dentária Internacional) do “dia mundial da saúde oral, a 20 de Março” com vista a promover a higiene e hábitos de saúde oral.

A OMS estimou em 2012 que 60 a 90% das crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos apresentavam cáries dentárias e que a prevalência desta doença seria maior em grupos populacionais mais desfavorecidos (Petersen, 2009).

Assim, e apesar do progresso observado nas últimas décadas, milhões de pessoas mantinham-se excluídas dos benefícios resultantes do desenvolvimento socioeconómico e científico que lhes permitia melhorar a saúde e qualidade de vida (Petersen, 2009).

As condições sociais, económicas, políticas e culturais são determinantes na saúde. Um baixo nível de vida associado a um baixo nível educacional, a falta de tradições e cultura, crenças populacionais no que diz respeito à saúde oral são considerados elevados fatores de risco (Reisine *et al.*, 2001; Frazão, 2012; Nobile *et al.* 2014).

No que se refere às diferenças culturais e crenças adquiridas quanto à valorização da saúde oral, verifica-se que por exemplo os Hispânicos e Asiáticos tendem a não se preocupar tanto em manter dentes saudáveis e mesmo no que toca a manter os seus dentes naturais (Dietrich *et al.*, 2008). Os Afro-Americanos consideram a cárie na infância como algo de inevitável e a queda de dentes numa idade avançada como algo de “natural”. Esta população tem ainda menos tendência para incutir hábitos da higiene oral nas crianças e aposta pouco na prevenção em detrimento de cuidados médicos (Butani, 2008).

Claro que outras variáveis como um maior nível socioeconómico e educacional tendem a melhorar a valorização dada a esta área da saúde, mas grupos como estes constituem

cada vez mais uma percentagem considerável dos imigrantes, que geralmente se deparam com situações de desigualdade social.

Considerando as disparidades a nível mundial, a OMS no seu relatório de 2009 considera que o fator preponderante na melhoria dos cuidados de saúde oral está claramente associado com uma diminuição da pobreza (Petersen, 2009). Nos Estados Unidos a saúde oral melhorou consideravelmente nos últimos 60 anos, no entanto assiste-se a uma enorme desigualdade entre crianças pertencentes a estratos económicos diferentes (Reisine *et al.*, 2001). No Brasil, um estudo que incide sobre programas educativos para a saúde oral das crianças conclui que apesar da existência de vários programas existentes para o efeito, a dimensão educativa é pouco desenvolvida e as crianças se encontram pouco mobilizadas para este problema. O mesmo estudo refere que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido a carências económicas leva a que grande parte da população não valorize os problemas dentários (Pauleto *et al.*, 2004).

Na Europa, observou-se um progresso considerável nas últimas décadas no que se refere à prevenção de cáries nas crianças. No entanto, a quantidade de dentes danificados, cariados ou obturados continua a ser a regra a nível europeu (Patel, 2012). Continua por isso a constituir um problema de saúde para muitos grupos populacionais, ressaltando as desigualdades ente indivíduos. A doença é maior na Europa de Leste e em todos os estados membros que se encontram privados de melhores condições socioeconómicas.

As diferenças são marcadas essencialmente pela diferença entre níveis educacionais, ocupacionais e grupos de emigrantes. Os grupos populacionais menos favorecidos recorrem aos serviços de saúde com menos frequência que a generalidade da população com vista à obtenção de cuidados de saúde primários ou tratamentos de emergência no caso de dor, em vez de adotarem medidas de prevenção (Patel, 2012).

Dados recolhidos pelo euro-barómetro em 2010 revelam que os países membros do Norte da Europa apresentavam o maior número de visitas ao dentista, como medida de prevenção (Patel, 2012).

Países como a Irlanda, a Espanha e o Reino Unido apostaram em políticas de prevenção que incluíam a fluoretação das águas. Suíça, França e Alemanha em programas que incluíam a utilização de sais fluoretados (Patel, 2012).

No entanto, devido à controvérsia gerada em torno da toxicidade do flúor e dos seus efeitos adversos na saúde, desde a perda de massa óssea até ao potencial carcinogénico,

muitos países da União Europeia deixaram de aplicar as medidas de fluoretação das águas (Gilbert, 2014). Cerca de 98% da Europa Ocidental deixou de consumir água fluoretada como Alemanha, Áustria, Dinamarca, França, Reino Unido, Irlanda do Norte, Noruega entre outros incluindo Portugal (DNA, 2014).

Os programas de saúde oral implementados nas escolas a nível europeu, juntamente com o apoio familiar e da comunidade, resultaram numa melhoria da saúde oral das crianças (Patel, 2012). Países como a Finlândia, Alemanha e Suíça promoveram ativamente produtos livres de açúcares (Patel, 2012).

Entre 1980 e a primeira década de 2000 Portugal, República Checa, Hungria e Polónia eram os países onde se registavam mais cáries em oposição à Alemanha, Reino Unido, Holanda, Suíça, Luxemburgo e Dinamarca onde crianças com a mesma idade apresentavam menos problemas de saúde oral (Eaton, 2008).

Através de dados recolhidos entre 1997 e 2004, o Ministério da Saúde do Reino Unido (2007), apresentava a seguinte distribuição do índice CPOD pela Europa (Figura 4).

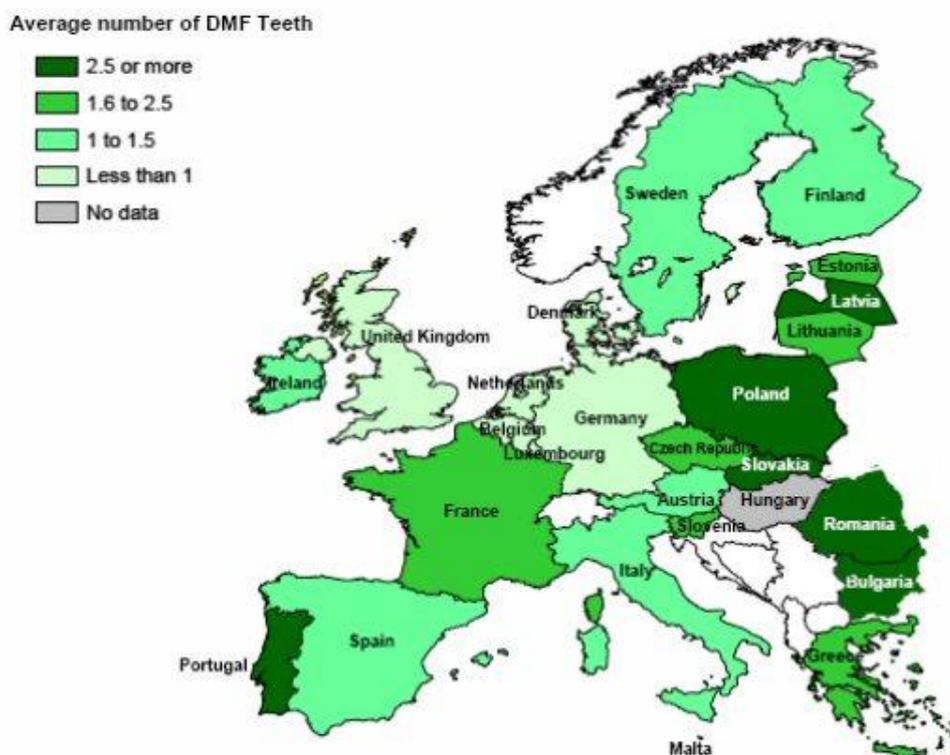


Figura 4 - Mapa da distribuição de frequências dos dentes perdidos, obturados e careados na Europa entre 1997 e 2004 Fonte: Department of Health, U.K (2007)

Assim, países tidos como socioeconomicamente mais desenvolvidos da Europa apresentam um menor índice de CPOD relativamente aos seus parceiros europeus com menor

desenvolvimento. No entanto, grupos populacionais de baixos recursos são encontrados tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

A nível mundial a Figura 5, onde se observam as cáries dentárias aos 12 anos no ano de 2003, evidencia disparidades profundas ao longo de regiões, países e dentro dos próprios países. Estas disparidades envolvem várias variáveis como estatuto socioeconómico, etnia, idade, género e estado de saúde geral (Petersen, 2009; Prabhu *et al.*, 2013). As cáries mais prevalentes situam-se no entanto na América e Europa, principalmente entre populações desprivilegiadas em países industrializados e em desenvolvimento (Petersen, 2009).

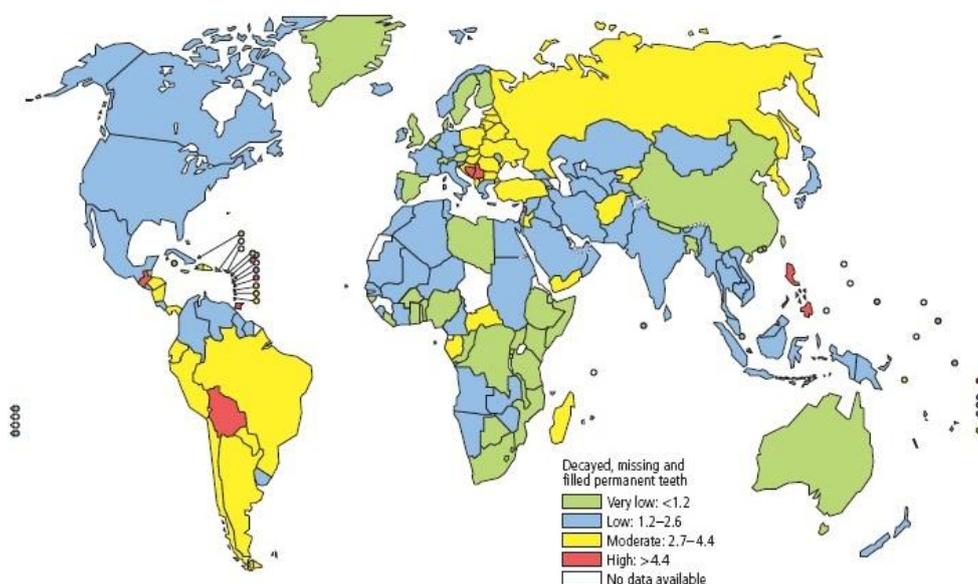


Figura 5 - Índice de cáries dentárias entre crianças de 12 anos no mundo. Fonte: (OMS, 2003)

Países com consumos mais elevados de açúcar e sem grandes estratégias de prevenção no domínio da higiene oral apresentam maior incidência de cáries. Isso justifica a baixa incidência nos países africanos onde esses recursos são ainda escassos.

A OMS espera que com a implementação de programas de saúde oral adequados e a sua inclusão nos planos nacionais de saúde, o panorama verificado seja alterado (Petersen, 2009). Na verdade verifica-se que grande parte do orçamento destinado para a saúde oral é deslocado para os tratamentos de emergência e alívio de dor, deixando esquecidas as políticas de prevenção. A utilização de políticas de prevenção e de educação para a higiene oral deverão ser prioritárias (Petersen, 2009).

O conhecimento dos pais e profissionais de saúde relativamente à saúde oral também fica muito aquém do expectável. Na Índia, um estudo concluiu que apenas 58% dos pais consideravam ser necessário escovar os dentes dos filhos uma vez por dia e embora reconhecessem a necessidade de pasta dentífrica, desconheciam quantidades e métodos de escovagem. O desconhecimento em termos de práticas dietéticas de alimentos cariogénicos também foi considerável, com pais a identificarem apenas o chocolate como um potenciador de cáries (Prabhu *et al.*, 2013).

No que se refere a profissionais de saúde considera-se que em geral os que estão mais bem informados relativamente a cuidados de saúde oral são os médicos, deixando para trás enfermeiros e farmacêuticos. Ainda assim, o seu conhecimento fica aquém do que seria desejado (Pomarico *et al.*, 2003; Baseer, 2012).

A nível mundial a falta de conhecimento, de recursos e de políticas adequadas constitui ainda um sério problema que organizações mundiais dedicadas à saúde oral tentam ultrapassar através de cooperação com diversas entidades, inclusive do setor privado para que a saúde oral, tal como a saúde de uma forma geral passe a ser não apenas o privilégio das populações económica e socialmente mais favorecidas, mas um direito de todos os cidadãos independentemente da sua condição socioeconómica (OMS, 2003).

V.2. A Saúde Oral em Portugal

Portugal tem vindo a registar uma diminuição significativa da cárie dentária na população infantil e juvenil nos últimos 20 anos (DGS, 2008; Barata *et al.*, 2012) Esta diminuição surge como resultado da implementação contínua de programas de prevenção e tratamento nas escolas, programas de educação oral e promoção de saúde oral (Almeida, 2003). A adoção de medidas de prevenção primária nos cuidados de saúde tem resultado numa diminuição de prevalência e incidência da doença (Pereira *et al.*, 2013).

Estes programas têm vindo a ser implementados desde 1986, altura em que o Estado Português, através da DGS, assumiu na área da saúde a prevenção a nível das escolas, destinada a crianças do ensino básico e pré-escolar (OMD, 2010; Silva *et al.*, 2012). Estas ações tinham inicialmente um âmbito muito reduzido e em 1999 com o Programa de Promoção de Saúde Oral para Crianças e Adolescentes (PPSOCA), algumas crianças passaram a ser contempladas com programas preventivos e de tratamento dentário (OMD, 2010). A prevenção das doenças orais era conseguida por via da contratualização com clínicas dentárias privadas (Barata *et al.*, 2012; CED, 2009).

De uma maneira geral, os programas implementados entre 1987 e 2005 preconizavam a toma de fluoretos pelas crianças sob a forma de gotas orais (dos 6 meses aos 12 anos) e de comprimidos (dos 12 aos 16 anos). Esta dosagem era ajustada consoante o teor de flúor nas águas de abastecimento público e a idade da criança (DGS, 2008). A estratégia preventiva passava ainda pela educação alimentar, práticas de higiene oral que incluíam a utilização de um dentífrico fluoretado e a aplicação de selantes de fissuras em dentes molares permanentes dos 7 aos 13 anos (DGS, 2008).

Em 2005 foi aprovado o PNPSO, através do despacho ministerial nº 153/2005, incluído no Plano Nacional de Saúde. Este programa resultou da evidência científica sobre a eficácia dos fluoretos na prevenção da cárie dentária, da polarização da doença e da necessidade de “trabalhar os determinantes da saúde globalmente” (OMD, 2010; DGS, 2008; Barata *et al.*, 2012). O objetivo deste programa era melhorar os conhecimentos comportamentais em relação à higiene oral, diminuir a incidência e prevalência de cárie dentária, aumentar a prevalência de crianças livres de cáries e criar uma base de dados a nível nacional relativa à saúde oral (Silva *et al.*, 2012; Barata *et al.*, 2012; CED, 2009). Ao longo dos anos, estes programas têm vindo a ser monitorizados e desenvolvidos com recurso a estudos epidemiológicos no sentido de aferir os desenvolvimentos nesta área e desenvolver novas estratégias (DGS, 2008).

O último estudo deste tipo realizado a nível nacional e disponível para consulta - Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Orais - remonta a 2008. Foi realizado pela DGS e nele avaliava-se a predominância de cáries na população jovem (CPOD) hábitos de higiene. O CPOD foi proposto em 1937 por Klein e Palmer e serve como um indicador de saúde oral, calculando a média do número total de dentes permanentemente cariados, perdidos por cárie e obturados (Barata *et al.*, 2012).

Verificou-se que a prevalência de cárie dentária em Portugal aos 6 anos era de 49%, aumentando até aos 72% aos 15 anos de idade (Rodrigues e Reis, 2012; DGS, 2008). A percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6, 12 e 15 anos de idade era de 51%, 44% e 28%, respetivamente (DGS, 2008).

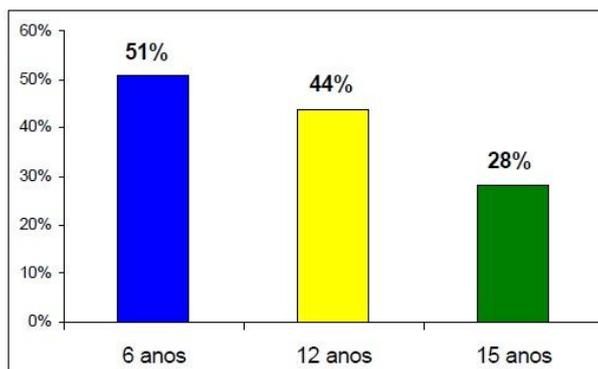


Figura 6 - Percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008)

Foram identificadas diferenças acentuadas a nível regional tendo a região Lisboa e Vale do Tejo apresentado a percentagem mais elevada de crianças livres de cárie (quer aos 6 anos, aos 12 ou aos 15) e a percentagem mais baixa verificou-se ocorrer na Madeira para os 6 anos e nos Açores para os 12 e 15 anos (DGS, 2008).

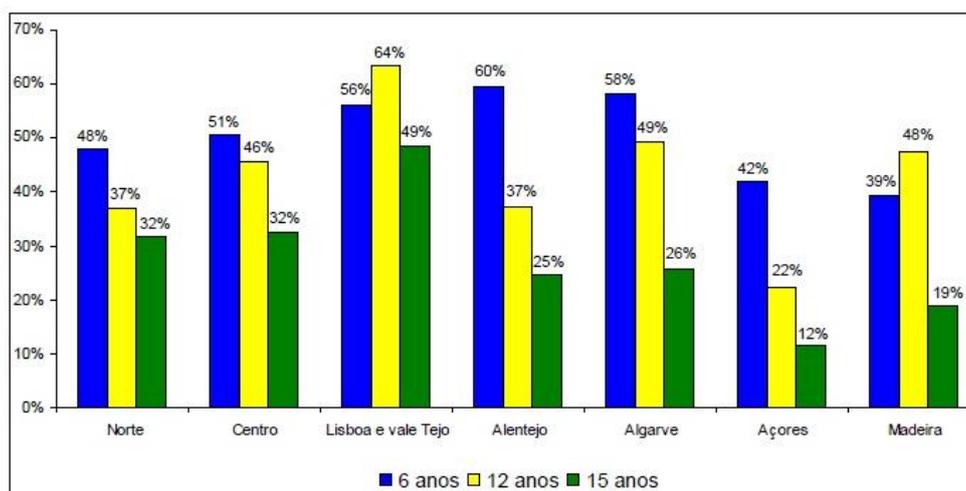


Figura 7 - Percentagem de crianças livre de cáries por faixa etária e por região (DGS, 2008).

No estudo conclui-se que a prevalência de cárie em Portugal varia de região para região em percentagens que variam de 23-33%. (DGS, 2008) As desigualdades verificadas prendem-se com desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, baixo nível educacional, baixos rendimentos e ausência de programas de saúde oral. As famílias de baixos recursos têm assim mais probabilidades de ter cáries dentárias e de estas não serem tratadas (Areias et al, 2008; DGS, 2008).

O índice CPOD a nível nacional era de 1,48 aos 12 anos e de 3,04 aos 15 anos. O estudo concluiu que para crianças de 12 anos, Portugal se encontrava entre os países com baixa prevalência de doença tendo já atingido os valores preconizados pela OMS para a Região Europeia no ano de 2020 (1,50) (DGS, 2008).

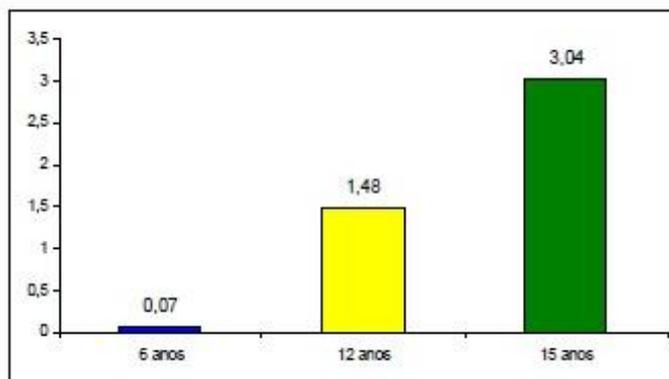


Figura 8 - Índice CPOD a nível nacional para crianças aos 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008).

Os hábitos de higiene oral também foram objeto de estudo e para escovagens duas vezes ao dia obtiveram-se percentagens que variavam entre os 50% aos 6 anos e 69% aos 15 anos, o que permitiu concluir que com o aumento da idade a frequência de escovagens aumentava (DGS, 2008).

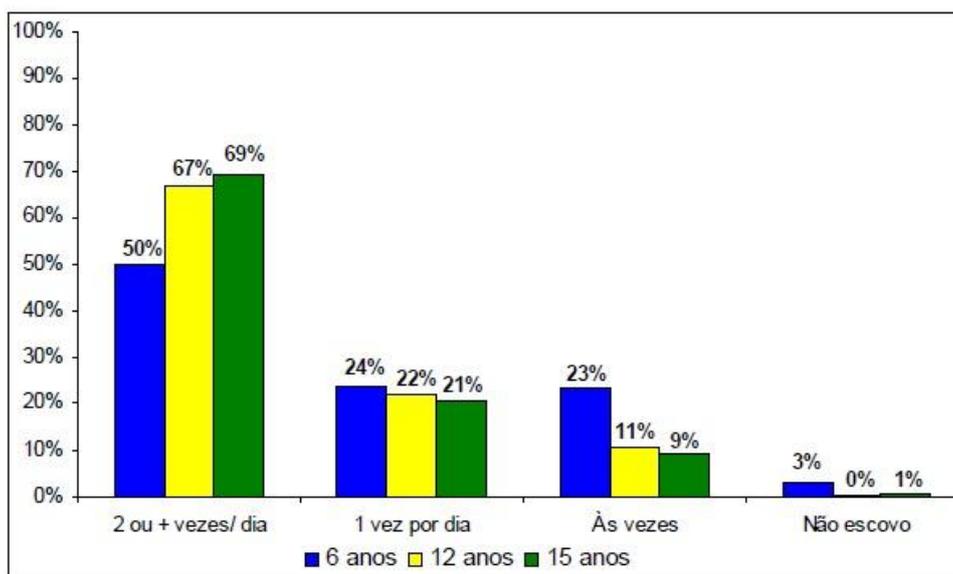


Figura 9 - Frequência de escovagens para os 6, 12 e 15 anos (DGS, 2008).

A frequência de utilização do fio dentário foi apenas estudada em jovens de 12 e de 15 anos revelando-se muito baixa para os dois grupos etários - 25% e 20%, respetivamente (DGS, 2008).

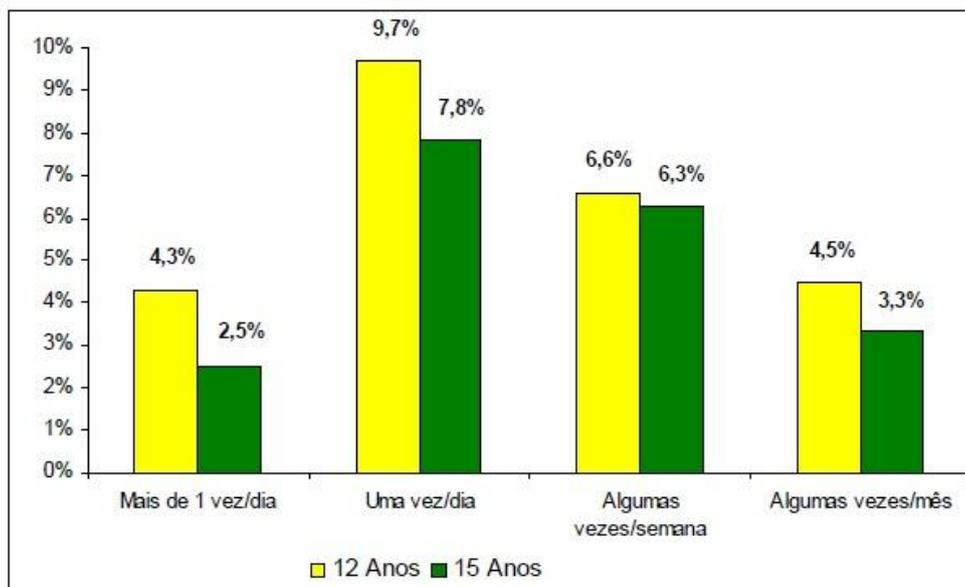


Figura 10 - Frequência de utilização do fio dentário para os 12 e os 15 anos (DGS, 2008).

Em Março de 2012, na iniciativa Mês de Saúde Oral, um projeto desenvolvido pela Colgate em parceria com a SPEMD (Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária), com vista a “prevenir as doenças orais e intensificar a educação para uma correta higiene oral junto da população portuguesa”, foi apresentado um novo relatório estatístico referente à saúde oral em Portugal. O relatório permitiu concluir que cerca de 36% das crianças dos 1 aos 7 anos apresentavam cáries dentárias, com maior prevalência no sexo masculino (39,6%) e maior severidade e prevalência nas zonas rurais (51,7%) (SPEMD, 2012).

Outras conclusões apresentadas foram a inexistência de hábitos de visita periódica aos profissionais de saúde oral e a relação direta entre o nível de instrução escolar e os hábitos de higiene oral. Assim, melhores níveis socioeconómicos e educacionais estavam associados a visitas mais regulares aos dentistas e a melhores hábitos de saúde oral (SPEMD, 2012). Seria assim importante inculcar na população desde muito cedo hábitos de higiene oral, com vista a evitar maiores problemas na saúde oral do indivíduo.

Em relação ao Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais de 2012, as novidades prendem-se com a existência de mais crianças, de 6 e 12 anos, livres de cáries e considera que as metas definidas para 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) podem ser alcançadas (80% das crianças com menos de 6 anos estarem livres de cáries) (OMS, 2003). O Estudo revela que aos seis anos, 60% das crianças estão livres de cárie, em ambas as dentições. No que se refere às crianças com 12 anos a percentagem de

jovens sem cáries subiu de 44%, em 2006, para 56%, em 2012. Quanto ao CPOD, verificou-se que cada um dos jovens com 12 anos tem menos de um dente afetado por doença (0,77), quando em 2006 eram 1,48 dentes (OMD, 2013).

Apesar do decréscimo da prevalência de cárie em crianças e jovens verificado as doenças orais em Portugal continuam a constituir ainda um importante problema de saúde pública (Barata *et al.*, 2012). Tal como noutros países existe uma estreita relação entre as condições socioeconómicas e culturais a saúde oral (Pereira *et al.*, 2013). As prevalências de cáries são superiores nos indivíduos com menor grau de escolaridade e entre os que têm maior dificuldade no acesso à informação e aos serviços de saúde (Pereira *et al.*, 2013; OMD, 2010). A área de residência continua a ter influência na saúde oral da criança, verificando-se maior incidência de hábitos de higiene oral nas regiões urbanas comparativamente às regiões rurais (Pereira *et al.*, 2013; Barata *et al.*, 2013).

A mudança de hábitos e comportamentos adquiridos deve-se essencialmente aos programas educativos e de prevenção, sendo estes geralmente eficazes no controlo da placa bacteriana (Silva *et al.*, 2012). Estes programas permitem melhorar a higiene oral, resultando numa diminuição da inflamação das gengivas e doença periodontal (Silva *et al.*, 2012).

Estudos mais recentes - que visam a divulgação de conhecimentos de saúde oral e a supervisão da escovagem em ambiente escolar - mostram a melhoria de comportamento e redução de cárie dentária quando mobilizados pais e crianças, parecendo existir alguma resistência por parte dos educadores na implementação da escovagem de dentes em meio escolar (DGS, 2012; Rodrigues e Reis, 2012).

O ambiente escolar parece ser o local ideal para o desenvolvimento de programas de saúde oral uma vez que as crianças se encontram mais aptas a assimilar um comportamento preventivo como a higiene oral e a dieta (Almas *et al.*, 2003; Eusébio, 2009).

O projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE), resultante de um protocolo celebrado em 2011 entre o Plano Nacional de Leitura, a Rede de Bibliotecas Escolares e a DGS, pretende atuar neste âmbito, reunindo a saúde oral e bibliotecas nas escolas (DGS, 2012).

A ideia fundamental deste projeto é integrar a saúde oral nos currículos escolares, fazendo chegar aos alunos mensagens de promoção de saúde que deverão ser alargadas aos restantes membros da família. Para além da distribuição de kits de higiene oral que

introduzem hábitos de escovagem no meio escolar, existem os kits SOBE que incluem manuais escolares, autocolantes, diversos livros sobre a temática da saúde oral, um CD de músicas, DVDs, entre outros (DGS, 2012).

A prevenção deverá ser pois a melhor política no que se refere à saúde oral já que se deve “educar para manter sempre saúde oral em todos os grupos etários, pois as crianças de hoje serão os adultos saudáveis de amanhã” (Areias, 2008).

VI. O Papel do Farmacêutico na Promoção de Cuidados de Saúde Oral

Todos os profissionais de saúde sabem que a saúde oral não pode ser dissociada da saúde geral, e que muitas doenças sistêmicas se encontram associadas a problemas de saúde oral. Possuindo o conhecimento adequado a nível da saúde oral, estes profissionais podem desempenhar um papel fundamental na educação de indivíduos promovendo alterações de comportamentos quer individual quer a nível comunitário (Baseer, 2012). Deste modo, uma nova situação de saúde oral poderá resultar de uma prevenção alicerçada na educação (Silva *et al.*, 2008; Pomarico *et al.*, 2003).

Estudos que avaliam o conhecimento dos profissionais de saúde no domínio da saúde oral têm verificado que este se encontra abaixo do esperado para esta classe profissional, sendo os farmacêuticos dos profissionais que menos informação parecem possuir (Silva *et al.*, 2012; Pomarico *et al.*, 2003).

No séc. XIX, o farmacêutico era um profissional ligado à medicina cuja única função consistia em vender medicamentos. (Lai *et al.*, 2013; Barber *et al.*, 1994). Desde finais do séc. XX e até hoje, o papel desempenhado por estes profissionais foi sendo alargado à gestão de cuidados de saúde e prestação de cuidados ao doente (Lai *et al.*, 2013).

A OMS reconhece o farmacêutico como um prestador de cuidados de saúde juntamente com outros profissionais de saúde. Ressalta também o facto de este desempenhar um papel fundamental no aconselhamento e informação aos utentes e público em geral, contribuindo assim para a aquisição de estilos de vida saudáveis e para a prevenção de doenças (OMS, 1993).

De todos os profissionais de saúde, os farmacêuticos são os profissionais mais disponíveis para a população em geral (PGEU,2008; Silva *et al.*, 2008). Na verdade, do ponto de vista da saúde pública, as farmácias são importantes locais de atendimento onde a população recorre frequentemente em busca de aconselhamento para queixas de saúde relativamente comuns, como é o caso de gripes, problemas de obstipação, etc. O papel desempenhado pelo farmacêutico é por isso fundamental numa primeira abordagem e aconselhamento ao doente (PGEU,2009; Lai *et al.*, 2013). De facto, segundo uma investigação levada a cabo em 2011 por uma empresa de consultoria Norte Americana (Gallu

Poll), os farmacêuticos eram os profissionais de saúde em quem as pessoas mais confiavam a seguir aos enfermeiros (Lai *et al*, 2013).

Em Portugal, as pessoas mantêm uma boa imagem dos farmacêuticos, considerando-os profissionais de confiança, com conhecimentos técnicos, experiência e formação adequada para tirarem as dúvidas no que respeita a questões de saúde (PGEU, 2013). Neste sentido, os farmacêuticos comunitários encontram-se numa posição privilegiada podendo fornecer aconselhamento imediato ao utente, interagir com este de modo a colmatar as suas necessidades, fornecer informação sobre medicamentos e cuidados de saúde, bem como aconselhar na busca de outros profissionais de saúde (Krishnagoudar *et al*, 2012; Silva *et al*, 2008). A sua intervenção em campanhas de saúde locais e nacionais faz com que o sistema de saúde saia beneficiado, promovendo a confiança pública (Silva *et al*, 2008).

Uma das condições fundamentais para uma correta passagem de informação parece passar pelo aconselhamento. Este processo é entendido como um processo individualizado de escuta ativa e centrada no utente e pressupõe a “capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores...visando o resgate de recursos internos do indivíduo, para que este tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação” (Silva *et al*, 2008). No aconselhamento, o farmacêutico pode orientar o utente sobre cuidados de saúde e de higiene, para além do correto uso de medicamentos prescritos e não prescritos, de modo a prevenir doenças e a melhorar o estado de saúde geral do indivíduo (Silva *et al*, 2008; PGEU, 2009; Krishnagoudar *et al*, 2012). Não será pois de estranhar que o envolvimento da comunidade farmacêutica na promoção de promoção da saúde oral tenha vindo a ser gradualmente reconhecida e estudada (Steel *et al*, 2012). À medida que se vão evidenciando as ligações entre a saúde oral e outros problemas de saúde como diabetes, doenças cardíacas, síndrome metabólico entre outros, o papel dos profissionais de farmácia vai-se tornando cada vez mais relevante através das informações prestadas ao utente sobre a importância da higiene oral, dos vários dispositivos e produtos existentes para o efeito e ainda da manutenção de uma boa saúde oral (Maunder *et al*, 2005; Lyons, 2013).

Um farmacêutico devidamente esclarecido estará assim numa posição privilegiada no que refere ao fornecimento de informação nesta área, contribuindo para uma melhor prática de saúde oral nos vários estratos sociais, ultrapassando fatores de origem educacional e/ou socioeconómica (Spolarich, 2012; Lyons, 2013). As recomendações poderão

ir desde a frequência de escovagem, modo correto de a efetuar e indicações precisas relativas ao tipo escova mais adequada ao utente (Spolarich, 2012). O farmacêutico poderá ajudar o utente a entender que escovas macias são mais apropriadas para o uso diário, uma vez que estas minimizam os danos aos dentes e às gengivas, desfazendo o mito de que escovas mais duras são mais eficazes na remoção da placa bacteriana (Spolarich, 2012).

O modo de utilização do fio dentário e sua importância na higiene oral, poderá ser igualmente uma informação fornecida por este profissional de saúde e a indicação dos escovilhões adequados a cada tipo de caso poderá ser fundamental, uma vez que o espaço interdentário deverá ser capaz de acomodar estes dispositivos sem resultar em ferimentos (Spolarich, 2012; Lyons, 2013).

O número de pastas dentífricas existentes no mercado introduzem muitas vezes confusão no utente e este fica sem saber ao certo qual a mais adequada ao seu caso. De facto, vários ingredientes são por vezes adicionados ao dentífrico básico para acrescentar benefícios adicionais e este profissional de saúde estará a par das funções de cada um para melhor aconselhar o utente (Lyons, 2013).

No que se refere ao aconselhamento relativo aos cuidados de saúde oral infantil, o farmacêutico poderá fornecer a informação adequada à escovagem monitorizada pelos pais, lembrando que esta deverá ser feita apenas com água até aos dois anos de idade e a partir daí indicar a pasta dentífrica mais adequada bem como a quantidade a utilizar (Spolarich, 2012; Lyons, 2013).

Sendo a saúde oral é um aspeto fundamental para a saúde sistémica do indivíduo e este procura muitas vezes o farmacêutico em situações de dor localizada e no sentido de adquirir um alívio imediato (Baseer, 2012). Cabe a este orientar o utente para além de situações como esta, aproveitando a proximidade que se estabelece geralmente entre ambos, para o informar de medidas a adotar no sentido da prevenção de doenças orais num contexto individual e familiar. (Spolarich, 2012; PGEU, 2009)

A saúde oral das crianças tem a beneficiar com este aconselhamento parental e aos educadores em geral, uma vez que a proximidade destes profissionais de saúde à população é geral e independe da estratificação social, podendo auxiliar assim todos os segmentos da população (Lyons, 2013).

VII. Resultados

VII.1. Conhecimentos do profissional de farmácia na área da higiene oral

Foram distribuídos 75 questionários por diversas farmácias de reconhecida antiguidade pela cidade do Porto, cujo conteúdo compreendia questões relacionadas com o conhecimento destes profissionais no domínio da saúde oral e transmissão de conhecimento aos utentes neste domínio.

A) Perfil Profissional do Funcionário

Relativamente à qualificação profissional dos funcionários entrevistados verificou-se que 70% eram Farmacêuticos, os restantes eram técnicos de farmácia e auxiliares.

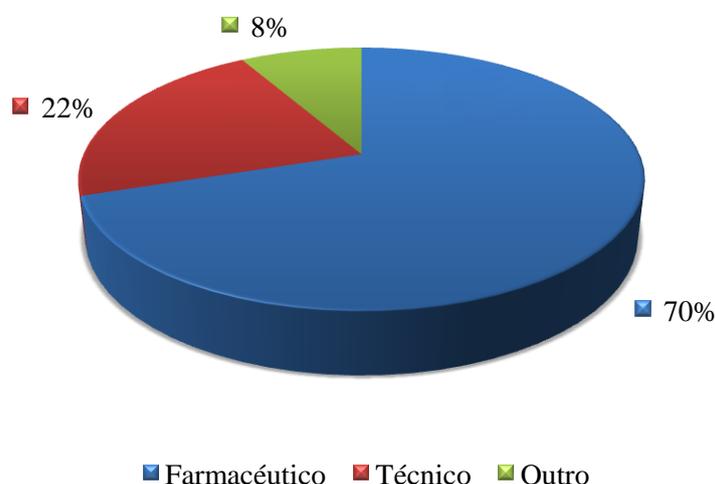


Figura 11 - Perfil profissional dos funcionários de farmácia entrevistados

B) Perfil do utente da farmácia que procura produtos de higiene oral

1. Grau de parentesco com a criança

Dos utentes que visitavam a farmácia em busca de produtos para higiene oral, 63% eram as mães das crianças, 24% os pais, sendo a distribuição percentual entre avós e irmãos aproximadamente a mesma com 7% para os irmãos e 6% para os avós.

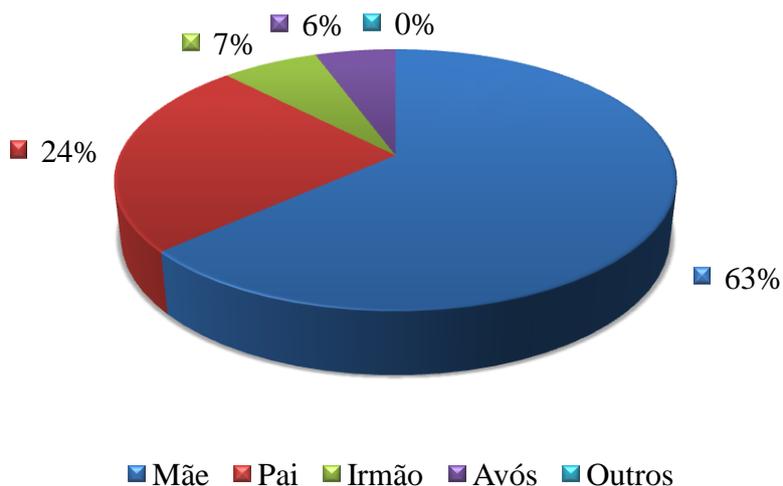


Figura 12 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral - grau de parentesco com a criança

2. Faixa etária dos utentes da farmácia

Verificou-se que a maioria dos utentes se encontrava na faixa etária dos 31-40 anos (61%), seguida da faixa etária dos 20-30 anos (22%) e as idades superiores a 40 anos estavam menos representadas (17%).

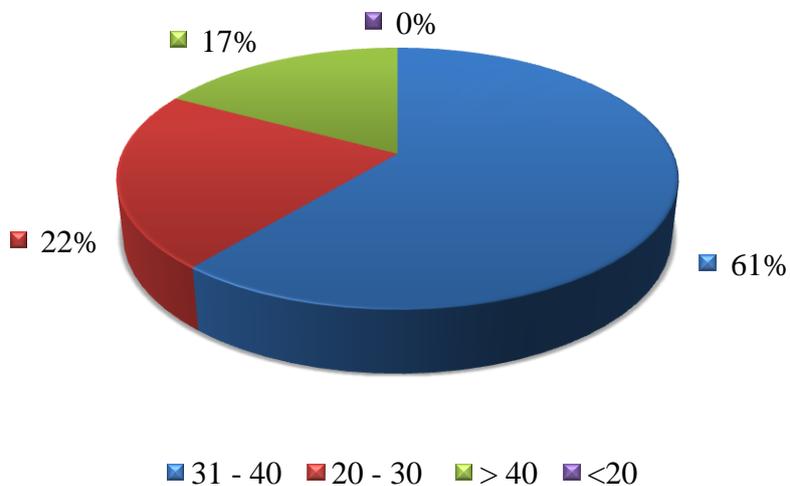


Figura 13 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia - idade

3. Contexto socioeconómico

No que diz respeito à provável classe socioeconómica, verificou-se que a maioria dos utentes pertenceria à classe média (68%), seguida da à classe alta (25%) e apenas 7% pertenceriam a classes sócio-económicas mais baixas.

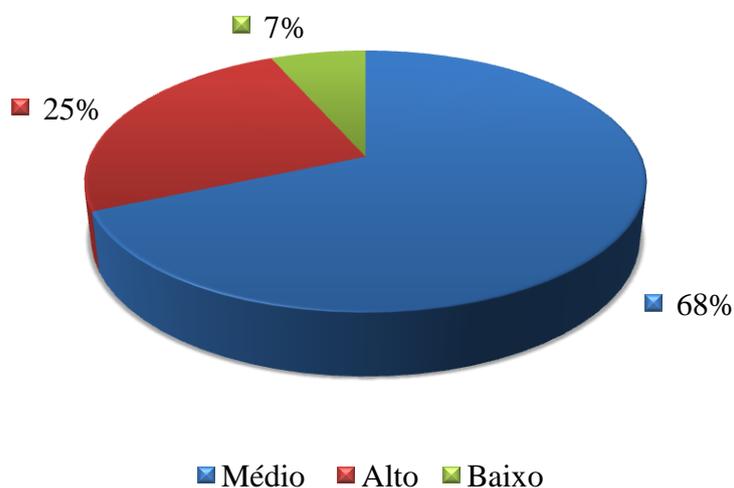


Figura 14 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia – proveniência socioeconómica

4. Formulação de questões relativas à aquisição de produtos

Quanto a questões colocadas pelos utentes relativas a informação sobre os produtos, verifica-se que 72% coloca essas questões contra 28% que não o faz.

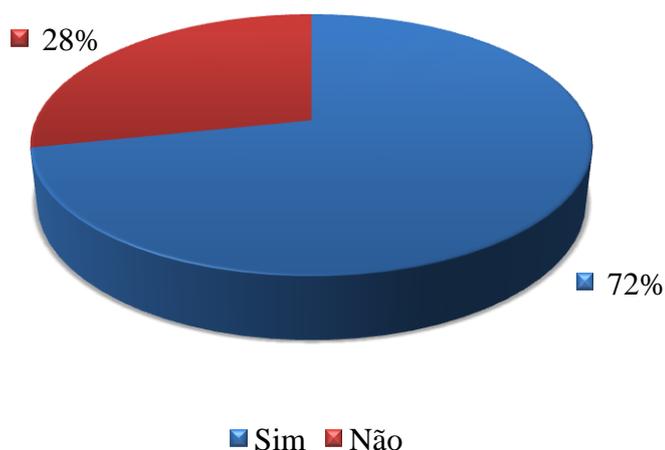


Figura 15 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia quanto à formulação de questões no momento de aquisição do produto.

4.1. *Natureza preferencial das questões colocadas*

Relativamente à natureza preferencial das questões colocadas sobre os produtos de higiene oral, verificou-se que mais de metade dos utentes parece mais preocupada com a adequação dos produtos à idade (56%), constituindo as demais preocupações relacionadas com as contra-indicações (24%) e com a composição dos produtos (20%).

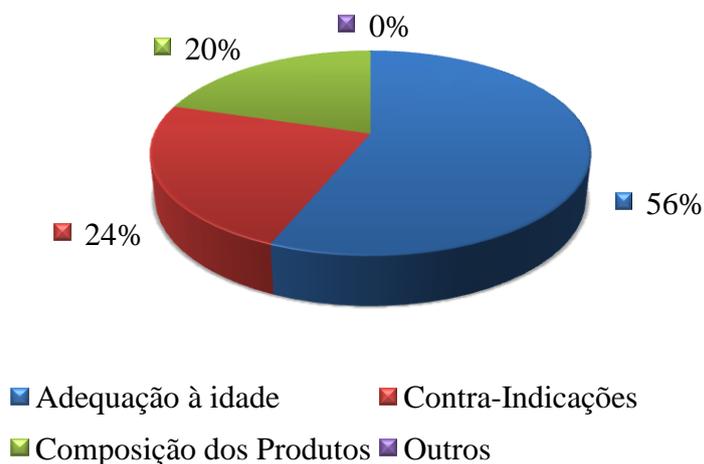


Figura 16 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral quanto ao tipo de questões formuladas no momento de aquisição do produto

5. *Fatores considerados decisivos na aquisição de produtos de higiene oral*

Quanto aos fatores que foram considerados influenciar a decisão de aquisição do produto de higiene oral, verificou-se que 30% consideraram ser a indicação do farmacêutico a mais decisiva, seguida da recomendação do médico dentista (26%), o preço mais adequado (24%) e em menor percentagem a publicidade, com um contributo de 20%.

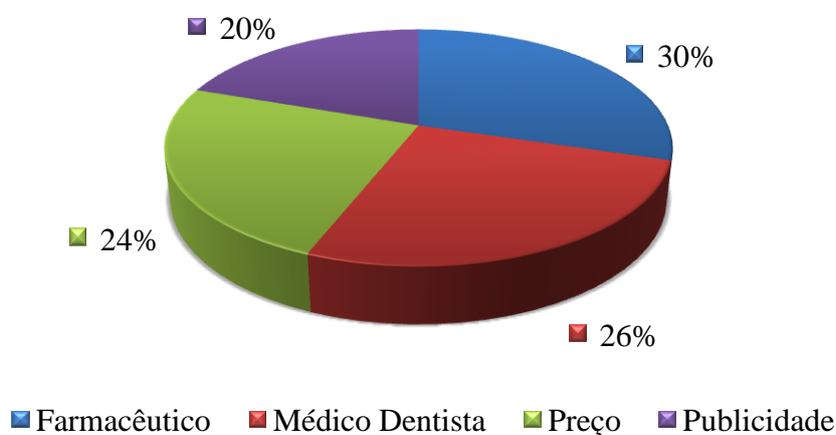


Figura 17 - Perfil do consumidor de produtos de higiene oral na farmácia quanto aos fatores decisivos na ponderação de aquisição de produtos.

C) Venda de produtos de higiene oral na farmácia

1) Produtos de higiene oral mais procurados

No que se refere aos vários produtos de higiene oral disponíveis nas farmácias verifica-se que 49% dos produtos mais procurados são os dentífricos, seguidos dos colutórios com 25%, das escovas com 23% e fios dentários com 3%.

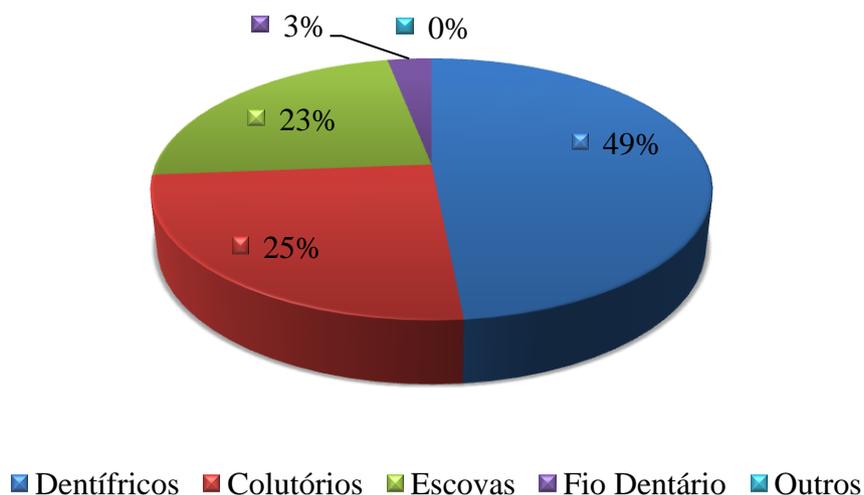


Figura 18 - Produtos de higiene oral mais procurados na farmácia.

2) Frequência diária de procura de produtos relacionados com a higiene oral

Mediante os dados obtidos, verificou-se que a venda deste tipo de produtos com aconselhamento farmacêutico e a solicitação de alternativas mais económicas são frequentes (46% e 38% respetivamente), sendo pouco frequente o pedido de informação relativamente a estes produtos sem aquisição dos mesmos (45%) bem como e a venda deste tipo de produtos sem aconselhamento farmacêutico (35%).

D) Formação do profissional de farmácia no na área/domínio da higiene oral

1. Nível de formação na área - formação específica

Quando questionados acerca da sua formação formal, académica, no domínio da higiene oral, 3% considerou ser excelente, 40% considerou ser boa, a maioria admitiu ser básica (54%) e 3% considerou ser insuficiente.

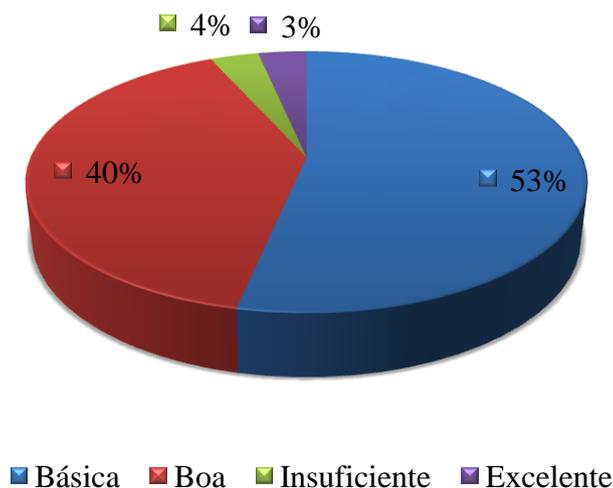


Figura 19 – Auto-avaliação do profissional de farmácia relativa aos seus conhecimentos formais no âmbito da higiene oral.

2. Fontes de informação

No que diz respeito às fontes de informação no domínio de higiene oral, 37% referiu ter adquirido os conhecimentos através de delegados de informação médica, 32% referiu ter tido formação contínua, 24 % referiu a formação universitária e 7% referiu ter adquirido conhecimento por iniciativa própria.

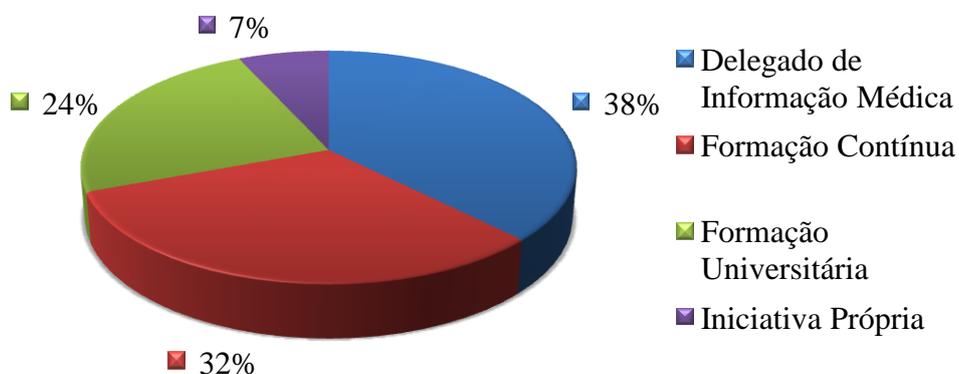


Figura 20 - Fontes de informação dos profissionais de farmácia

3. Conhecimento da cronologia da erupção dentária

No que se refere à cronologia da erupção dentária, 55% afirma conhecer esta cronologia.

4. Identificação das características de uma cárie dentária

No que se refere às cáries dentárias, a maioria afirma diz reconhecer as principais características de expressão clínica de uma cárie dentária (58%).

5. Conhecimento da composição dos dentífricos

A ampla maioria dos profissionais afirma conhecer a composição dos dentífricos (82%).

6. Conhecimento das indicações de fluoretação em idade pré-escolar

Verificou-se ainda que 55% dos profissionais de farmácia da amostra afirmaram conhecer as recomendações de fluoretação a administrar em idade pré-escolar.

7. Motivação para a higiene oral

Quando questionados sobre os seus hábitos de motivar os utentes para a melhorar a sua higiene oral, 57% afirmou que sim.

7.1. Formas utilizadas para difundir informação sobre higiene oral

Aos profissionais que responderam afirmativamente à questão se tinham por hábito motivar para a higiene oral, questionou-se o modo como o faziam. Destes, apenas 38% responderam a esta questão (n=16), sendo a resposta “Aconselhamento” a mais frequente mas sem mencionar especificamente como. Outras respostas incluíram a indicação da importância da manutenção de uma boa higiene oral e as consequências da falta dessa higiene. Parte dos inquiridos respondeu indicando a importância da escovagem e do uso de dentífricos (n=7) e indicam apenas o que seriam boas práticas de higiene oral. Poucos referiram a importância do fio dental ou do uso de colutórios (n=3).

Dois profissionais de farmácia colocaram questões para se sentirem mais seguros quanto à informação divulgada aos utentes: um enunciou as perguntas mais colocadas durante o atendimento e outro manifestou interesse em conhecer as técnicas de escovagem mais pormenorizadamente. Apenas um profissional se referiu à importância da divulgação sob a forma de figuras apelativas e esquemas interativos.

8. *Recomendação de técnicas de higiene oral*

No que se refere à recomendação de técnicas de higiene oral, 78% dos profissionais refere não o fazer.

8.1. *Técnicas de higiene oral recomendadas*

Dos profissionais que referiram recomendar uma técnica de higiene oral (n=9), apenas 15% indicou qual a técnica oral mais recomendada. A resposta mais frequente foi a escovagem (modo de execução e duração). O fio dentário foi referido por apenas 3 profissionais, tal como a utilização de um colutório após a lavagem dos dentes.

VIII. Discussão

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que, sendo os farmacêuticos os profissionais de farmácia maioritários a prestar informações no domínio da higiene oral no atendimento de utentes em farmácias, existem outros profissionais de farmácia que também o fazem, tais como técnicos de farmácia, auxiliares de farmácia e enfermeiros.

Devido à variedade de profissionais que procedem ao atendimento num balcão, seria importante que todos estivessem mais habilitados a divulgar informação relativamente à saúde oral, dado que são estes que prestam a informação ao público e não apenas os farmacêuticos. No entanto, a sua contribuição para as respostas revelou-se pouco significativa dado que a grande percentagem era destes profissionais (70%). A situação pode, ainda assim, não ser representativa de alguns estabelecimentos.

Verificou-se que de uma maneira geral, são maioritariamente as mães que recorrem às farmácias em busca de produtos de higiene oral para as crianças, seguidas dos pais conferindo as tendências dos educadores para serem os principais responsáveis pela higiene oral da criança conforme a bibliografia (Costa *et al.*, 2008; Silva *et al.*, 2011; Gunn, 2013). O facto de serem os pais a adquirir preferencialmente os produtos, faz com que a informação transmitida seja mais eficaz na saúde oral das crianças uma vez que estes são os principais responsáveis pela orientação na higiene oral dos filhos (Martinez, 2013; Silva, 2001).

As idades dos utentes que mais adquirem estes produtos compreendem maioritariamente a faixa dos 31-40 anos, estando provavelmente relacionada com a existência de filhos em idade pré-escolar/escolar.

Verificou-se que todas as camadas socioeconómicas, apesar de distintamente representadas, recorrem aos serviços de farmácia quando pretendem adquirir este tipo de produto, tornando assim estes estabelecimentos locais ideais para a prestação de informação no domínio da higiene oral. Isto poderá constituir uma enorme vantagem face a outros locais, uma vez que as farmácias são frequentadas por todas as classes socioeconómicas.

Verificou-se que a grande maioria dos utentes coloca questões acerca dos produtos (72%), estando grande parte das suas dúvidas relacionadas com a adequação dos produtos à idade (56%). A busca deste tipo de informação poderá sugerir a falta de informa-

ção nesta área por parte das pessoas que procuram produtos de higiene oral para crianças.

Considerando os fatores decisivos na compra, verifica-se que o profissional de farmácia assume um papel preponderante na tomada de decisão, através do aconselhamento e instrução na utilização do produto em causa. Os médicos dentistas apresentaram uma considerável influência sobre a compra (26%), bem como o preço do mesmo (24%). Assim, sendo os fatores económicos importantes, estes não se revelaram determinantes exclusivos na tomada de decisão.

Relativamente os produtos mais procurados à aquisição de produtos de farmácia, os dentífricos parecem ser os mais adquiridos, seguidos dos colutórios e das escovas. A frequência de aquisição de fio dentário (3%) revelou-se pouco expressiva, sugestiva da pouca importância que a população em geral atribui a este dispositivo na higiene oral, situação que se assemelha na Europa (OMS, 2003; Petti, 2010; PGEU, 2008). Assim, verificou-se que o fio dentário, cujo papel preventivo na formação de cáries é considerado fundamental (Lyons 2013; Spolarich, 2012), não é praticamente mencionado pelo que a importância desta técnica é largamente negligenciada entre estes profissionais.

Foi ainda possível destacar a importância do aconselhamento do profissional de farmácia em contacto com os utentes, uma vez que a venda deste tipo de produtos e a solicitação de alternativas mais económicas aos produtos aconselhados, parecem ser determinantes na sua aquisição.

O conhecimento destes profissionais nesta área é avaliado como “básico” para a maioria (54%) e apenas 3% o considera “excelente”.

O facto de a maioria considerar básica a formação que possui na área da higiene oral, evidencia o que ainda pode ser feito para melhorar esta condição.

A falta de informação revelou-se mais evidente quando estes profissionais são questionados relativamente a conhecimentos mais específicos, tais como a cronologia da erupção dentária ou a expressão clínica de uma cárie dentária: 45 % afirmou não conhecer a cronologia de uma erupção e 58% desconheciam a expressão clínica e uma cárie dentária.

O conhecimento da importância da saúde oral na fase pré natal e os cuidados a ter na primeira erupção dentária podem igualmente ser transmitidos por estes profissionais uma vez que ainda se observa um grande desconhecimento nessa área (Frazão, 2012;

Prabhu *et al.*, 2013). Relativamente às indicações de fluoretação, embora menos significativo que nos casos anteriores - 45% dos profissionais inquiridos assume desconhecer essas indicações.

Em qualquer um dos casos este conhecimento será importante, na medida em que permite a recomendação os produtos mais adequados à idade da criança e à situação particular do utente.

Contudo, a tendência parece inverter-se quando questionados acerca da composição dos dentífricos, com uma resposta positiva de cerca de 82%.

Ainda, o facto de apenas 22% admitirem ter o hábitos de recomendar uma técnica de higiene oral,

O resultado suscetível de causar uma maior preocupação, surge quando estes são questionados sobre se costumam recomendar uma técnica de higiene oral com uma resposta negativa por parte de 78% dos inquiridos, sugere falta de iniciativa e/ou orientação no que diz respeito a este assunto. Destes, apenas 15% referiu a técnica recomendada, tendo prevalecido nas recomendações o modo de escovagem e a duração. Uma vez mais a utilização do fio dentário parece não ser relevante para estes profissionais.

Apesar de conhecerem técnicas de higiene oral e respetivos dispositivos, grande parte destes profissionais poderá não transmitir convenientemente essa informação.

Sendo as farmácias locais frequentadas por todos os estratos socioeconómicos, os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para aconselhar os seus utentes no domínio da saúde oral.

O facto de serem os pais a adquirir preferencialmente os produtos, faz com que a informação transmitida se reflita de forma mais eficaz na saúde oral das crianças uma vez que estes são os principais responsáveis pela orientação na higiene oral dos filhos (Martinez, 2013; Silva, 2001).

O conhecimento da importância da saúde oral na fase pré natal e os cuidados a ter na primeira erupção dentária podem igualmente ser transmitidos por estes profissionais uma vez que ainda se observa um grande desconhecimento nessa área (Frazão, 2012; Prabhu *et al.*, 2013).

Apesar de conhecerem técnicas de higiene oral e respetivos dispositivos, grande parte destes profissionais poderá não transmitir convenientemente essa informação.

O fio dentário, cujo papel preventivo na formação de cáries é considerado fundamental (Lyons 2013; Spolarich, 2012), não é praticamente mencionado pelo que a importância desta técnica é largamente negligenciada entre estes profissionais.

O facto de a maioria considerar básica a formação que possui na área da higiene oral, evidencia o que ainda deve ser feito para melhorar esta condição.

Um dado interessante, mas simultaneamente expectável tendo em conta os resultados obtidos para a união europeia (PGEU, 2013), é a confiança dos utentes face aos profissionais de farmácia - de facto, em 30 % dos casos, a decisão tomada relativamente à aquisição ou não de um dado produto, parecer dever-se ao aconselhamento destes profissionais.

Os resultados obtidos sugerem assim o profissional de farmácia como agente de elevado potencial na promoção de saúde oral, quer pelo contacto direto com as populações, quer pelas relações de proximidade e confiança que se vão estabelecendo ao longo com o tempo.

IX. Reorientação do Serviço de Farmácia

A comunidade deve desempenhar um papel primordial no que diz respeito à educação e promoção da saúde oral. Dentro deste contexto, os profissionais de farmácia desempenham um papel fundamental, uma vez que sendo os profissionais de saúde mais disponíveis para a população em geral, são frequentemente procurados pelos utentes em busca de aconselhamento (Krishnagoudar *et al.*, 2012; OMS, 1993; Silva, 2008) A sua posição privilegiada e a confiança que os utentes depositam nestes profissionais, faz com que estes se tornem excelentes veículos de informação capazes de transmitir de forma mais clara e eficaz os comportamentos e práticas capazes de conduzir a uma melhor higiene e saúde oral (Lyons, 2013; Priya, 2008; Silva, 2008).

O serviço de farmácia é um serviço de passagem obrigatória por excelência, que independe da classe social e da formação escolar, permitindo que a informação sobre técnicas de higiene oral e de saúde oral cheguem a todos os cidadãos tornando a importância dos profissionais que nela trabalham, neste domínio, inquestionável. Cabe ao estado e às entidades competentes assegurar as condições necessárias para a implementação de políticas que visem o enquadramento deste tipo de estabelecimentos na promoção da saúde oral, melhorando a contribuição dos profissionais que neles trabalham para a resolução daquele que ainda é considerado dos maiores problemas de saúde no mundo (OMS, 2009).

Embora a nível mundial já existam alguns estudos com a finalidade de avaliar a importância dos farmacêuticos e profissionais de farmácia na formação e educação para a saúde oral, em Portugal parecem existir poucos estudos relativamente a este assunto.

A perceção desta realidade poderá ser utilizada re-orientar o serviço de farmácia, no sentido de melhor fazer chegar a informação aos utentes, para que a mesma seja a adequada e a necessária para a promoção da saúde oral na sociedade em geral e particularmente nas crianças, independentemente do seu extrato. Para isso, seria necessário uma aposta em formação mais direcionada não só para o conhecimento da temática da saúde oral como de aconselhamento ao utente.

O aconselhamento poderá passar não só pela informação prestada oralmente, mas acompanhada de informação escrita, com o auxílio de panfletos contendo figuras ilustrativas de fácil compreensão por forma a atender a todos os extratos sociais (Silva, 2008). Tais panfletos deverão ser colocados em locais acessíveis e de grande visibilidade.

de, para que os utentes possam adquiri-los mesmo que não tencionem abordar esta temática com o profissional ao balcão - a informação neles contida poderá incluir os cuidados essenciais para a manutenção de uma boa higiene oral e figuras ilustrativas das consequências dessa falta de higiene.

No entanto, para que estes profissionais estejam devidamente preparados para responder às necessidades e dúvidas dos utentes, a sua formação na área da saúde oral deveria ser complementada com uma formação em “aconselhamento” (Lyons, 2013; Silva, 2008). Sendo a comunicação uma ferramenta fundamental na transmissão do conhecimento do profissional de farmácia para o utente, este complemento poderia permitir-lhe reconhecer cada utente como um ser único, num dado contexto social e necessidades específicas.

Estes profissionais poderiam igualmente ser orientados através de guias de saúde oral especialmente criados por profissionais da medicina dentária, com vista à partilha de conhecimentos essenciais nesta área. Estes guias deveriam ser de consulta rápida, contendo as informações relevantes a prestar aos utentes como as técnicas de higiene oral, passando pelos dispositivos existentes, sua aplicabilidade, produtos de limpeza e tratamento e a sua finalidade farmacêutica (Spolarich, 2012).

Idealmente, o profissional de farmácia deveria incluir no atendimento e com o auxílio de folhetos informativos indicações sobre as técnicas de escovagem dos dentes.

Conclusão

Após análise dos resultados obtidos no estudo, confirma-se a ideia de que os profissionais de farmácia se encontram numa posição de subaproveitamento no que diz respeito ao seu potencial na promoção da saúde oral.

Nesse sentido, torna-se indispensável uma aposta na formação e desenvolvimento das suas aptidões naturais, fornecendo-lhes o conhecimento necessário para que possam aplica-lo ao serviço da comunidade.

A criação de guias de saúde oral para farmacêuticos poderá constituir uma alternativa, fornecendo a estes os conhecimentos mais importantes a serem transmitidos ao utente como produtos e suas aplicações, contra-indicações e benefícios. As informações deverão ser claramente apresentadas com recurso a tabelas e esquemas simplificativos.

O profissional de farmácia poderá assim desempenhar um papel fundamental no sentido da divulgação e promoção da saúde oral junto da população independentemente da classe socio-económica, contribuindo positivamente para a melhoria das condições desta área da saúde.

Bibliografia

- ADA - American Dental Association (2008). Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *The Journal of the American Dental Association*; 139:3S-24S.
- Al-Ahmad, A. *et al.* (2010). Change in diet and oral hygiene over an 8-week period: effects on oral health and oral biofilm. *Clin Oral Invest*; 14: 391-396
- Almas, K. *et al.* (2003). The knowledge and practice of oral hygiene methods and attendance pattern among school teacher in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med.J.*; 24(10):1087-91.
- Almeida, C. *et al.* (2003). Changing oral health status of 6 and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community Dental Health*; 20: 211-216.
- Areias C. *et al.* (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediatr Port.*;39(4):163-70
- Areias C. *et al.* (2010). Cárie Precoce na Infância - o estado da arte. *Acta Pediatr.Por.*; 41(5): 217-21. Em linha [http://www.spp.pt/userfiles/file/App/Artigos/24/20110303110527Art_Actualização_Areias_C41\(5\).pdf](http://www.spp.pt/userfiles/file/App/Artigos/24/20110303110527Art_Actualização_Areias_C41(5).pdf) [Consultado em 02/04/2014]
- Areias C. *et al.* (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediatr.Por.*; 39(4): 163-70.
- Barata, C. *et al.* (2012). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescente do concelho de Mangualde. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.*; 54(1): 27-32
- Barber, N. *et al.* (1994). Improving quality of health care: the role of pharmacists. *Quality in Health Care*; 3:153-158.
- Barros, C. (2007). Manual técnico de educação em saúde bucal. [Em linha]. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf>. [Consultado em 03/05/2013].
- Baseer, M. (2012). Oral Health Knowledge, attitudes and practices among health professionals in King Fahad Medical City, *Riyadh. Dent Res J* ;9(4):386-392.

- Bisla, S. (2000). Dental Caries – A Student Project. [Em linha] <http://sciweb.hfcc.net/biology/jacobs/micro/caries/caries.htm> [Consultado em 12/04/2014].
- Butani, Y. (2008). Oral Health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: Assesment of the literature. *BMC Oral Health*; 8:26
- Buxeraud, J. (2011). Prévention des caries à lófficine. *Actualités pharmaceutiques*; 505; 41-43.
- CED - Counsel of European Dentists (2009). EU Manual of Dental Practice. Version 4.1. Em linha [http:// www.eudental.eu/.../new_eu_manual_2009_version_41](http://www.eudental.eu/.../new_eu_manual_2009_version_41) [Consultado em 16/04/2013]
- Christopolos, A. et al (2013). Mouth anatomy. Em linha <http://emedicine.medscape.com/article/1899122-overview> [Consultado em 22/03/2013]
- Cosme P., Marques P.F. (2005). Cáries Precoces de Infância – Uma revisão bibliográfica. 46, 109-16. Em linha http://www.spemd.pt/imagens/anexo_294.pdf [Consultado a 27/04/2013]
- Costa, C. *et al.* (2008). Higiene Oral na Criança: Boca Sã, Família Vigilante. *Acta Med. Port*; 21; 467 – 474.
- Corvo *et al.* (2012). pH salivary analysis of subjects suffering from Sjogren’s Syndrome and larygopharyngeal reflux. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*; 78(1); 81-6. Em linha <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22392243> [Consultado em 12/04/2013].
- DCCECE, 2013. Healthy Children Handbook. 6th Edition Em linha http://healthyfamiliesnow.net/sites/default/files/userfiles/files/Healthy_Children_Handbook_2013.pdf. [Consultado a 10/08/2014]
- DNA (2014). 98 percent Europe banned water fluoridation. Em linha <http://topinfopost.com/2014/02/13/98-per-cent-of-europe-banned-water-fluoridation>. [Consultado a 04/08/2014]
- DGS, (2008). Programa Nacional de Saúde Oral– Estudo Nacional de prevalência das doenças orais. Em linha: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>. [Consultado em 23/05/2014]

- DGS, 2011. Folhetos sobre higiene oral. Em linha <http://www.dgs.pt/?f=3&id=9060> [Consultado em 23/05/2014].
- DGS, 2012. Programa Nacional de Saúde Oral. Orientação nº 007/2011 de 25/03/2011.
- Darby, M.L (2012). *Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene*. Seventh edition, Elsevier.
- Dietrich, T. *et al.* (2008) Racial and ethnic disparities in children's oral health: the National Survey of Children's Health. *J. Am. Dent. Assoc.* 139(11);1507-17.
- EAPD - European Academy of Paediatric Dentistry (2009). Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. 10(3); 129-35. Disponível em: <http://www.eapd.eu/dat/82C0BD03/file.pdf> [Consultado em 09/05/2013]
- Eaton, K. (2008). Tooth brushing behaviour in Europe: opportunities for dental public health. *International Dental Journal*; 58, 287-293.
- Eusébio D. (2009). De pequenito se trata o dentito – o papel do Médico de Família. *Rev. Port. Clin. Geral*; 25, 429-37.
- Faure, S. (2010). L'anatomie bucco-dentaire". *Actualités pharmaceutiques*, 495, 14.
- Fischman, S. (1997). The History of Oral Hygiene Products: how far have we come in 6000 years? *Periodontology* 2000; 15; 7-14
- Frazão, P. (2012). Epidemiology of dental caries: when structure and context matter. *Braz Oral Pes.*; 26 (Spec Iss1); 108-14
- Garcia, R. *et al.* (2008). Multicultural Issues in Oral Health. *Dental Clinics North America*; 52(2); 319
- George A. *et al.* (2011). Maintaining oral health during pregnancy: Perceptions of midwives in Southwest Sydney. *Collegian*; 18; 71-79
- Gilbert, S. (2014). Recognition and management of fluoride toxicity. Em linha: <http://www.toxipedia.org/display/toxipedia/Recognition+and+Management+of+Fluoride+Toxicity>. [Consultado em 08/08/2014].
- Gouveia, A. (1960). *Promoção da saúde materna*. Bahia, S.A Artes Gráficas.
- Gunn, A. (2013). Dental caries: Strategies to control this preventable disease. *Acta Academica*; 42(2):117-130.

- Krishnagoudar *et al.* (2012). The key role of The Community Pharmacists in Health Care System; an overview. *Universal Journal of Pharmacy*; 01(01): 46-51
- Kruger, M. *et al.* (2008). Avaliação do conhecimento de gestantes quanto à transmissibilidade no processo cárie dentária na infância. *XIV ENPOS- Encontro Nacional de Pós-Graduação*. UFPEL
- Lai, E *et al.* (2013). Expanding the Pharmacist's Role in Public Health. *Universal Journal of Public Health*; 1(3): 79-85
- Lemos, R. *et al.* (2010). Consulta de Odontopediatria para el bebé. Comunicaciones Orales y Pósteres, *I Reunión da Portuguesa de Odontopediatria*; 18; Nº1; 67
- Lencovs & Duskovs (2013). Oral health attitudes and caries-preventive behavior of Czech parents of preschool children. *Acta Medica Academica*; 42:209-215.
- Levin, K.A & Curie, C. (2010). Adolescent tooth brushing and the home environment: sociodemographic factors, family, relationships and mealtime routines and disorganization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(1): 10-18.
- Lopez, I. *et al.* (2007). Prévention et hygiène buccodentaire chez l'enfant: conseils pratiques. *Journal de pédiatrie et de puériculture*; 20:63-69.
- Lyons, N. (2013). The community pharmacist's role in oral health. Em linha <http://> The community pharmacist's role in oral health, [Consultado em 22/05/2013]
- Makuch, A & Reschke, K. (2001) – Playing games in promoting childhood dental health. *Patient Education and Counseling*; 43: 105-110
- Martinez, F. *et al.* (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública* ; 39(1): 59-68.
- Maunder P. *et al.* (2005). Pharmacists in the provision of oral healthcare advice. *British Dental Journal*; 199:219-223.
- MS - Ministério da Saúde, DGS – Direção Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (2005). Despacho Ministerial nº153/2005(2ª série), Diário da República nº3, de 5 de Janeiro de 2005. Lisboa

- MS - Ministério da Saúde (2006b) *Saúde Oral na Infância*. Em linha <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerio+saude/infancia/Saude+oral+na+infancia.htm>. [Consultado em 16/05/2013]
- MS – Ministério da Saúde (2006). Dentes e Gengivas. Em linha <http://www.portaldasaude.pt/NR/exeres/661CC91F-347E-4304-A56E-6C56920D7C48.htm>, [Consultado em 12/04/2013].
- MS – Ministério da Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (2005). Despacho Ministerial nº153/2005 (2ª série), Diário da República nº3, de 5 de Janeiro de 2005. Lisboa
- Nobile, C.G.A *et al.* (2014). Pattern and severity of early childhood in Southern Italy: a preschool-based cross-sectional study. *BMC Public Health*; 14: 206. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/206>. [Consultado em 22/04/2013].
- OMD - Organização dos Médicos Dentistas (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Porto
- OMS - Organização Mundial de Saúde (1946) Constituição da Organização Mundial da Saúde. Em linha <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>, [Consultado em 22/04/2013]
- OMS - Organização Mundial de Saúde (1993). The Role of the Pharmacist: quality pharmaceutical services - benefits for governments and the public.
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2003). The World Oral Health Report 2003. Em linha http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf, [Consultado em 13/05/2013].
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2009). Oral Health in the Developing World. Em linha http://www.cugh.org/sites/default/files/content/resources/modules/To Post Both Faculty and Trainees/43_Oral_Health_in_the_Developing_World_FINAL.pdf, [Consultado em 25/05/2014].
- Pauleto, A. *et al.* (2004). Saúde Bucal: uma revisão crítica sobre programações ativas para escolares. *Ciênc. Saúde coletiva*, vol.9, nº1.

- Patel, R. (2012). The State of Oral Health in Europe. Em linha: <http://www.oralhealthplatform.eu/sites/default/files/field/document/Report - the State of Oral Health in Europe.pdf>, Consultado em [17/06/2014]
- Pereira, C. *et al* (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev. Port. Saúde Pública*; 31(2): 158-165
- Petti, S. (2010). Why guidelines for early childhood caries prevention could be ineffective amongst children at high risk. *Journal of Dentistry*, 38, 946-955.
- PGEU (2008). EU Manual of Dental Practice: version 4: 1-6
- PGEU (2012). PGEU survey on Pharmacy Education in relation to Non-Prescription Medicines/Self-care.
- PGEU (2013). Community Pharmacy, the Accessible Local Healthcare Resource. *Annual Report*.
- Philips, E. (2012). Ultimate Oral Health Guide. [Em linha]; <http://www.ultimateoralhealthguide.com/2012/10/22/change-up-your-ph-and-improve-your-teeth-and-gums/>. [Consultado em 10/04/2013].
- Pillon, F. (2010). L'hygiène bucco-dentaire, de l'importance de la prévention. *Actualités pharmaceutiques* ;495:30-31
- Pomarico, L. *et al*. (2003). Oral health profile of education and health professionals attending handicapped children. *Pesqui Odontol Bras*;17(1):11-6
- Prabhu, A. *et al*. (2013). Parental Knowledge of Pre-school Child Oral Health. *J Community Health*, 38, 880-884.
- Priya, S. *et al*. (2008). Knowledge and attitudes of pharmacists regarding oral health care and oral hygiene products in Chennai city. *Indian Journal of Dental Research*;19(2):104-108.
- Reisine S., *et al*. (2001). Socioeconomic Status and Selected Behavioral Determinants as Risk Factors for Dental Caries. *Journal of Dental Education.*; 65(10):1009-1016.
- Rodrigues, A e Reis, P. (2012). Escovagem de dentes em ambiente escolar e cárie dentária: um estudo de coorte. *Rev Port Med Geral Farm*;28:403-8.

- Robledo, A. (2010). Historia de la Higiene Bucal. Em linha <http://pt.scribd.com/doc/61113822/Historia-de-La-Higiene-Bucal>, [Consultado em 12/05/2013]
- Seeley, R.; Trent, S; Tate, P. (2003). Anatomia e Fisiologia. Sexta Edição; Lusodidacta
- Silva, E. *et al.* (2008). O papel do farmacêutico comunitário no aconselhamento ao utente. *Farmacoterapêutica*; Ano XII: 4-5
- Silva, C. *et al.* (2011). Protocolos Preventivos pre y post natales. *Gaceta Dental*, 228; 74-88.
- Silva, S. *et al.* (2012). Evaluation of the National Program of Oral Health Promotion (NPOHP) at schools in Castelo Branco, Portugal. *RFO, PassoFundo*;17(1): 1825
- Singh, G. *et al* (2011). Comparison of sonic and ionic toothbrush in reduction in plaque and gengivitis. *J. Indian Soc. Periodont*;15(3):210-214
- SPEMD – Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. (2012) *Relatório sobre o estado e hábitos de saúde oral.*: 3-9
- Spolarich, A. (2012). The Pharmacist's Guide to Oral Health. *Pharmacy Times*. 113-123
- Steel, B. *et al.* (2012). Pharmacy counter assistants and oral promotion: an exploratory study. *British Dental Journal*;211:E19
- Walker, A. (2010). Children's Products. *Product Focus*. 23-25.
- Wilson, W. *et al.* (2008). Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *JADA*, Vol. 139 , 3S-24S (doi: 10.14219/jada.archive.2008.0346).
- Worsley, L. (2011). Oral History. *History Today*; 5-6. [Em linha] <http://www.historytoday.com>, [Consultado a 29/04/2013]

Anexo 1 - Questionário aos Profissionais de Farmácia

O questionário apresentado será utilizado para fins académicos num Trabalho de Conclusão de Ciclo intitulado “*Saúde oral em idade Escolar: o papel fundamental do Farmacêutico*”, integrado no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof. Doutora Teresa Sequeira e da Prof. Doutora Augusta Silveira.

Os dados obtidos neste questionário serão totalmente confidenciais e não serão utilizados para quaisquer outros estudos.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Pela investigadora

(Fernanda Matias)

A) Funcionário Entrevistado

Farmacêutico <input type="checkbox"/>	Técnico-Farmacêutico <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> _____
---	---	--

B) Quem visita a farmácia para adquirir produtos relacionados com Saúde Oral da Criança

1. Grau de parentesco com a criança

Mãe <input type="checkbox"/>	Pai <input type="checkbox"/>	Irmão <input type="checkbox"/>	Avós <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	---

2. Idade (aproximada)

< 20 <input type="checkbox"/>	20 - 30 <input type="checkbox"/>	31 - 40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

3. Contexto sócio - económico

Baixo <input type="checkbox"/>	Médio <input type="checkbox"/>	Alto <input type="checkbox"/>
--	--	---

4. São colocadas perguntas relativas à aquisição dos produtos?

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
--	--

4.1. Se sim, as dúvidas são relacionadas com:

Composição dos produtos <input type="checkbox"/>	Adequação à idade <input type="checkbox"/>	Contra-Indicações <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> _____
--	--	--	---

5. Ordene, segundo a sua opinião, os fatores decisivos na compra

(1 = Mais decisivo | 4 = Menos decisivo)

Publicidade	_____
Médico Dentista	_____
Farmacêutico	_____
Preço	_____

C) Relativamente à venda de produtos na farmácia

1. Quais os dispositivos orais mais procurados?

Dentífricos <input type="checkbox"/>	Colutórios <input type="checkbox"/>	Escovas <input type="checkbox"/>	Fio Dentário <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/> _____ —
--	---	--	---	--

2. Qual a frequência
- diária
- da procura de produtos relacionados com a Saúde Oral?

	Não é frequente	Pouco frequente	Frequente	Muito frequente
É frequente a venda deste tipo de produtos <u>com</u> aconselhamento do farmacêutico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É frequente a venda deste tipo de produtos <u>sem</u> aconselhamento do farmacêutico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É frequente o pedido de informação sobre os produtos mas sem a compra dos mesmos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É frequente a solicitação de alternativas mais económicas aos produtos aconselhados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D) Formação do Profissional de Farmácia

1. Como classifica a sua formação nesta área?

Insuficiente <input type="checkbox"/>	Básica <input type="checkbox"/>	Boa <input type="checkbox"/>	Excelente <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

2. Onde obteve informação nesta área?

Formação Universitária <input type="checkbox"/>	Formação Contínua <input type="checkbox"/>	Delegado de Informação Médica <input type="checkbox"/>	Iniciativa Própria (Onde?) <input type="checkbox"/> _____
---	--	--	---

3. Conhece a cronologia da erupção dentária?

Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
--	--

4. Sabe identificar clinicamente as características de uma cárie dentária?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Reconhece a composição dos dentífricos?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Conhece as indicações de fluoretação em função da idade para crianças em idade pré-escolar?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Costuma motivar para a higiene oral?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.1. Se Sim, Como? _____

8. Costuma recomendar uma técnica de higiene oral?

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.1. Se Sim, Como? _____

Anexo 2 – Processo de Escovagem (DGS, 2011)



Promover a Saúde
Prevenir as Doenças Orais

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

Escovar os dentes

Escovar os dentes é essencial para a saúde. Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças periodontais.



Os dentes devem ser escovados, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de dormir.

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- * remove a placa bacteriana ("massa" constituída por bactérias, componentes da saliva e restos de alimentos);
- * promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes.



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana.

Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

Quando começar

Logo que os dentes erupcionem. São os pais ou quem cuida do bebé os responsáveis pela escovagem dos seus dentes.

Dentífrico

É essencial que tenha flúor na sua composição (1000-1500 ppm).

Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de dentífrico semelhante ao tamanho da unha do dedo *mindinho* do bebé ou da criança.

A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por cada escovagem dos dentes.

Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza;

A textura deve ser macia ou média;

Quando os pêlos começam a ficar deformados, a escova deve ser substituída (normalmente de 3 em 3 meses).

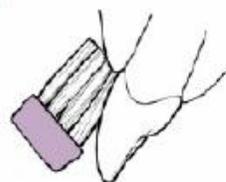


Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;



2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares; fazer pouca pressão;



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até

aos 6 anos);



4. Escovar com uma sequência. Começar a escovar a superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;

Como fazer

5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies do lado da língua;



6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar;



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém;



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água.

A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível.

Deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima.

A higiene oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais

Escove os dentes correctamente 2 vezes por dia

Utilize um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

