

Sănătatea orală



Dana Fărcășanu



Introducere

Sănătatea orală reprezintă o parte esențială a sănătății și bunăstării unei persoane și o prioritate globală de sănătate. Rezoluția adoptată în mai 2021 de către Adunarea Generală a Organizației Mondiale a Sănătății (World Health Assembly) cere elaborarea unei strategii globale și a unui plan de acțiune privind sănătatea orală, în consultare cu statele membre (inclusiv România), aliniat la Planul global de acțiune pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile 2013–2030. Planul de acțiune va cuprinde obiective măsurabile care urmează să fie atinse până în 2030, un cadru de monitorizare a progresului, și va include, printre altele, intervenții de sănătate orală la nivel comunitar, prevenție, promovarea sănătății și educație pentru sănătate (menționând și consumul de alcool și tutun), precum și asigurarea accesului universal la servicii curative de bază (1).

Există o asociere foarte puternică între prevalența și severitatea afecțiunilor cavității bucale și statutul socio-economic (venit, ocupație și nivel educațional), care apare în copilăria timpurie și persistă până la vârste înaintate (2). În România, studii recente ale Institutului Național de Sănătate Publică indică în rândul populației vulnerabile, inclusiv a copiilor și tinerilor o pondere ridicată a comportamentelor la risc pentru sănătatea orală (comportamente alimentare, consum de alcool și tutun), dar și neglijarea sănătății orale

printr-o igienă orală deficitară (3,4).

Afecțiunile cavității bucale afectează oamenii pe tot parcursul vieții, deși în mare parte pot fi prevenite și pot fi tratate în stadii incipiente. Cele mai frecvente afecțiuni sunt reprezentate de cariile dentare bolile parodontale, stomatita, alături de alte infecții virale, fungice sau bacteriene, cancerle orale, etc.

Factorii care contribuie major la bolile cavității orale sunt o alimentație nesănătoasă bogată în zahăr, consumul de tutun și consumul nociv de alcool, împreună cu o igienă orală deficitară.

Promovarea sănătății orale trebuie să fie o preocupare permanentă a asistentului medical comunitar (AMC), încadrându-se în următoarele atribuții stabilite de cadrul legislativ în vigoare:

1. Furnizarea de servicii profilactice primare, secundare și terțiare membrilor comunității, în special persoanelor care trăiesc în sărăcie sau excluziune socială (în limitele competențelor profesionale ale AMC.)

2. Educarea și informarea membrilor comunității locale pentru un stil de viață sănătos. Sesiuni de educație pentru sănătate pentru a promova un stil de viață sănătos.

3. Colaborarea cu alți furnizori de servicii sociale și de sănătate.

Ghidul de promovare a sănătății orale se utilizează împreună cu ghidurile privind stilul de viață (consumul de alcool și tutun).

Glosar de termeni

Caria dentară: cavitate care apare atunci când smalțul unui dinte este afectat de atacul acizilor formați din zaharurile libere; pe suprafața dintelui se formează o placă bacteriană. Placa bacteriană care nu este înlăturată zilnic, printr-o igienă orală corectă, conduce la apariția cariilor: Netratate, cariile dentare avansează de la carii superficiale la carii profunde, când sunt afectate smalțul, dentina și camera pulpară, provocând infecția pulpei dentare, și posibil pierderea dintelui. (5, 23).

Carii din copilăria timpurie: prezența unuia sau mai multor dinți afectați la copilul cu vârsta sub șase ani. Este demonstrat că apariția timpurie a cariilor conduce la afectarea progresivă a unui număr mare de dinți (5).

Boala parodontală/gingivita, parodontita: boală care afectează țesuturile care înconjoară și susțin dințele. Gingiile se pot inflama sau umfla și pot sângera atunci când sunt periate. Acest stadiu incipient este cunoscut sub numele de gingivită; gingivita poate produce durere și uneori respirație urât mirositoare (halenă sau halitoză). Dacă gingivita nu este tratată, se poate dezvolta parodontita (popular "parodontoză"). Dacă parodontita nu este tratată, poate conduce la pierderea osului de sprijin în maxilarul care înconjoară dinții și, în cele din urmă, dinții pot cădea. Se estimează că bolile parodontale severe afectează aproape 10% din populația globală. Principalele cauze ale bolii parodontale sunt igiena orală deficitară și consumul de tutun (5, 23).

Stomatita: constă în inflamația mucoasei bucale; are cauze multiple, de exemplu infecții (herpes simplex, Candida albicans, infecții bacteriene) sau o igienă orală precară, și este adesea favorizată de o imunitate scăzută. Consumul

de alcool și fumatul sunt factori de risc. Stomatita herpetică și stomatita aftoasă sunt forme frecvente ale acestei afecțiuni (6).

Cancerul oral: Cancer care se formează la nivelul buzelor, în țesuturile cavității bucale (gura) sau orofaringe (partea gâtului din spatele gurii). Este favorizat de fumat și consumul de alcool (5,7)

Neglijarea sănătății orale: este definită ca eșecul persistent de a îndeplini o nevoie de bază a sănătății orale a copilului, care ar putea duce la afectarea gravă a sănătății orale sau generale a copilului, sau chiar la tulburări de dezvoltare (8,19).

Alimente sănătoase: alimente care contribuie la o dietă sănătoasă dacă sunt consumate în cantități adecvate (5)

Persoane cu nevoi speciale de sănătate: nevoile speciale includ orice afectare fizică, de dezvoltare, mentală, senzorială, comportamentală, cognitivă sau emoțională sau condiție limitativă care necesită sprijin medical... Condiția de nevoie specială poate fi congenitală, de dezvoltare sau dobândită prin boli, traume sau cauze de mediu și poate impune limitări în efectuarea activităților zilnice de auto-întreținere sau limitări substanțiale într-o activitate majoră a vieții. Îngrijirea sănătății pentru persoanele cu nevoi speciale necesită conștientizare, atenție sporită și măsuri de îngrijire dincolo de cele considerate de rutină (8).

Indicator sănătate orală (DMFT la vârsta de 12 ani): Datele DMFT pentru copiii de 12 ani reprezintă un indicator standardizat care reflectă starea sănătății orale la copii, dar și al inegalităților sociale și de acces la îngrijiri stomatologice de bază; de obicei este rezultatul studiilor specifice. DMFT este utilizat pentru a descrie numeric prevalența cariilor dentare. Se

obține prin calcularea sumei numărului de dinți cariati (D=decay), lipsă (M=missing) și tratați /obturație dentară sau coroniță dentară (F= filled), iar T. Cariile incipiente nu sunt incluse. Suma celor trei cifre formează valoarea DMFT. De exemplu: DMFT 4/3/9 = 16 înseamnă că patru dinți au carii, trei dinți lipsesc (inclusiv extracțiile dentare) și nouă dinți au

fost tratați, și doar 12 dinți sunt intacti. În cazul în care un dinte are o carie dar și un tratament, este calculat doar ca D (carie). DMFT de 28 sau 32 (include și cei patru molari „de minte”) este maximum - ceea ce înseamnă că toți dinții sunt afectați (9, 19). Indicatorul se calculează prin raportarea la populația de vârstă respectivă.

Importanța problemei

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), afecțiunile cavității bucale afectează peste 2.3 miliarde de persoane în întreaga lume, în mod particular populația săracă și vulnerabilă. Mai mult, peste 530 milioane de copii suferă de carii dentare netratate ale dinților temporari (dinți de lapte) și 796 milioane de persoane sunt afectate de boli parodontale (1).

Cariile dentare și boala parodontală reprezintă o problemă majoră de sănătate publică care afectează direct calitatea vieții, prin pierderea dinților naturali (30% dintre europenii cu vârste cuprinse între 65 și 74 nu au dinți naturali, și între 20% și 90% dintre copii de până în șase ani au carii, conform Organizației Mondiale a Sănătății (5). Caria dentară reprezintă cea mai răspândită boală netransmisibilă și se corelează la copii cu modele de creștere nefavorabile, reprezentând și o cauză frecventă de absență de la școală sau de la muncă. Cariile dentare, asociate direct consumului de zahăr, în general unui stil de viață nesănătos (alimente și băuturi îndulcite sau acide), dar și unei igiene orale deficitare, pot fi prevenite în mare măsură prin intervenții individuale simple, cu costuri reduse, în timp ce tratamentul este costisitor și este adesea indisponibil în cele mai multe țări (în mare măsură și în România) (10).

Afecțiunile cavității bucale sunt corelate cu boli cardiovasculare, diabet, cancer, pneumonie și naștere prematură, sănăta-

tea orală contribuind major la starea generală de sănătate (11).

În România, un studiu realizat în anul 2020 pe un eșantion de peste 1,000 de elevi (clasele I-VIII) dintr-un județ, arată că aproape jumătate (49.6%) dintre copiii chestionați consumă zilnic dulciuri, 46.4% consumă zilnic băuturi acidulate îndulcite, iar unul din cinci copii (20.1 %) declară că fumează. Același raport demonstrează igiena orală relativ deficitară în rândul copiilor (18 % dintre participanți se spală de mai puțin de două ori pe zi pe dinți, 33.7 % se spală mai puțin de două minute pe dinți și aproximativ 30% declară că nu au fost instruiți cu privire la tehnica corectă de periat dinți (4).

Nu în ultimul rând, determinanții sociali ai stării de sănătate (statutul socio-economic, sărăcia, nivelul redus de educație al părinților) conduc la apariția cariilor de la vârste foarte fragede. Astfel, o atenție particulară trebuie acordată categoriilor populaționale vulnerabile (12). În România nu există un program național de sănătate orală, nici studii sistematice privind prevalența cariilor la copii; ultimele date privind indicatorul care permite analiza situației comparativ cu alte țări (DMFT la copii de 12 ani) datează din 2012 (13). Cu atât mai mult importanța asistențelor medicali comunitari în promovarea sănătății orale în rândul populației vulnerabile trebuie să devină o prioritate.

Impact, beneficii, eficacitatea intervențiilor



Programele de educație pentru sănătate sunt eficace și eficiente în îmbunătățirea aderenței pe termen lung la o igienă orală corectă (14). În țările în care intervențiile de prevenire a cariilor din copilăria timpurie au fost integrate în programele de sănătate a mamei și copilului de la nivelul asistenței medicale comunitare și asistenței medicale primare (prin informare/educare/comunicare cu părinții), s-au redus vizitele la stomatolog, și prevalența cariilor la copiii sub șase ani (15). Eficacitatea a trei programe preventive pentru reducerea plăcii și a inflamației gingivale la adolescenți și tineri adulți a demonstrat că detartrajul (curățarea profesională a dinților) nu a adus un beneficiu clinic suplimentar comparativ cu educația

individuală sau educația în grup (16). Un studiu multicentric recent a demonstrat că intervențiile educaționale în rândul copiilor de vârstă școlară, dezvoltate într-o abordare intersectorială și participativă și luând în considerare contextul socioeconomic, conduc la îmbunătățirea cunoștințelor și comportamentelor alimentare (17).

Studiile care stau la baza recomandărilor internaționale (Ghidurile privind sănătatea orală ale instituțiilor și asociațiilor profesionale de prestigiu¹, sau recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, Centrului pentru Prevenirea și Controlul Bolilor din Statele Unite) demonstrează eficacitatea:

- a. identificării precoce a riscurilor privind sănătatea cavității bucale (în particular a

¹ Ghiduri clinice sau Ghiduri de practică elaborate de Institutul Național pentru Excelență în Sănătate din Marea Britanie (NICE), SIGN Scoția, Academia Americană a Dentiștilor Pediatri, Asociația Americană a Medicilor de Familie, Asociația Britanică a Medicilor Stomatologi, Asociația Britanică a Asistentelor Medicale, Asociația Asistentelor Medicale din Ontario/Canada etc

- cariilor la copiii sub șase ani) și a vizitelor regulate la medicul stomatolog pentru identificarea în stadiu incipient a unor afecțiuni și tratarea acestora;
- b. intervențiilor de promovare a sănătății orale prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație adaptată (individual și pe grupe de vârstă) privind igiena orală; intervențiile se adresează în particular persoanelor provenind din familii dezavantajate socioeconomic și/sau cu un nivel scăzut de educație;
- c. intervențiilor de promovare a sănătății orale prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație adaptată (individual și pe grupe de vârstă) privind obiceiurile alimentare și reducerea consumului de zaharuri (pentru unele afecțiuni ale cavității bucale, și educația privind consumul de tutun și alcool);

Includerea sănătății orale în planurile de prevenire și de îngrijire a persoanelor care beneficiază de asistență medicală comunitară și care prezintă un risc crescut a afecțiunilor cavității bucale răspunde unei nevoi reale în România. O evaluare a nevoilor de promovare a sănătății orale va identifica persoanele

care prezintă un risc crescut de afecțiuni ale cavității bucale, conducând la identificarea intervențiilor necesare. Această abordare poate fi utilizată ca bază pentru dezvoltarea intervențiilor în comunitate, prin promovarea colaborării cu alte categorii profesionale (medic de familie, medic/asistent școlar, medic stomatolog).

Rolul asistentului medical comunitar este esențial în*:

- activitățile de prevenire a afecțiunilor cavității bucale prin educare, informare și comunicare;
- în identificarea, trimiterea (referirea) către medicul stomatolog a persoanelor cu afecțiuni ale cavității bucale incipiente sau severe (adresată în particular părinților copiilor provenind din rândul beneficiarilor vulnerabili), în condițiile în care există unele servicii stomatologice gratuite (plătite de asigurările sociale de sănătate); monitorizarea rezultatelor;
- în sprijinul acordat unor categorii speciale de beneficiari, de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități.

**în contextul atribuțiilor legale și nivelului de cunoștințe/competențe*

Sumar recomandări

POPULAȚIE ȚINTĂ	RECOMANDARE	NIVEL DE EVIDENȚĂ
COPII /ADULȚI CU NEVOI SPECIALE Evaluarea sănătății orodentare / identificarea riscurilor Se realizează pentru identificarea riscurilor, respectiv nevoilor, în vederea personalizării intervenției (educație și/sau monitorizarea respectării vizitelor recomandate la medicul stomatolog) (18, 19,20,23, 24, 25,26)	Recomandarea 1: Examinarea periodică a cavității bucale la copii (în particular la copiii sub șase ani) și adulții cu nevoi speciale 1.1. Evaluarea riscului de carii la copii trebuie inclusă în monitorizarea periodică a dezvoltării copilului și/sau evaluarea stării de sănătate. Se examinează cavitatea bucală a copiilor și se comunică cu aparținătorii; 1.2. Evaluarea și sprijinul privind igiena/sănătatea orală pentru categorii speciale de beneficiari (de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități).	IA

COPII/ADOLESCENȚI/ADULȚI Comunicare pentru schimbarea comportamentelor (Informare/educare/comunicare și/sau consiliere) Se realizează, după caz, la nivel individual de grup, pentru o igienă orală corectă și un stil de viață corespunzător (10, 18, 19, 20, 21, 22,23)	Recomandarea 2: Promovarea sănătății orale se include în practica curentă, prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație pentru sănătate, adaptată pe grupe de vârstă și individualizată conform nevoilor 2.1. Intervenții de promovare a sănătății orodentare; periatul dinților de două ori pe zi, minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor; 2.2. Intervențiile de promovare a sănătății orale includ informarea, comunicarea și educarea privind alimentația și riscul consumului de zaharuri pentru sănătatea orală. <i>Se completează cu riscurile pentru afecțiuni ale cavității bucale datorate consumului de alcool și tutun.</i>	IA
ABORDAREA INTERSECTORIALĂ Colaborarea cu alți profesioniști Se organizează în comunitate, în școală, în instituțiile de asistență socială, pentru o igienă orală corectă și un stil de viață corespunzător (intervențiile de evaluare, consiliere, IEC) (18, 24, 26)	Recomandarea 3: Sănătatea orală este o prioritate cheie pentru sănătate și bunăstare care este abordată prin colaborarea cu alți profesioniști din sistemul de sănătate și, după caz, de asistență socială 1. Profesioniștii din sistemul public de sănătate colaborează pentru promovarea sănătății orodentare în comunitate; colaborarea se extinde, după caz, la serviciile sociale; 2. Personalul de sănătate din prima linie (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari), ca și personalul din serviciile publice de asistență socială care lucrează cu persoane cu risc crescut de sănătate orală precară sunt instruiți periodic.	Dovezi moderate

Recomandări și instrumente

Recomandarea 1

Examinarea periodică a cavității bucale la copii (în particular la copiii sub șase ani) și adulții cu nevoi speciale

Identificarea precoce a factorilor de risc este esențială în prevenirea afecțiunilor orodentare, în particular a cariilor la copii,

conducând la identificarea intervențiilor preventive necesare, ca și a celor terapeutice (prin trimiterea către cabinetele stomatologice care oferă servicii gratuite pentru copii, rambursate de asigurările sociale de sănătate). Copiii provenind din familii vulnerabile sunt o prioritate.

Identificarea persoanelor vulnerabile care



au nevoie de ajutor (persoane cu dizabilități fizice sau psihice, vârstnici singuri) reprezintă o altă prioritate, afecțiunile orodentare agravând semnificativ starea generală de sănătate și calitatea vieții. Dovezile științifice arată că intervențiile de educare a îngrijitorilor persoanelor cu dizabilități sau a vârstnicilor singuri contribuie direct la îmbunătățirea calității vieții acestor categorii de beneficiari.

1.1. Evaluarea riscului de carii la copii trebuie inclusă în monitorizarea periodică a dezvoltării copilului și/sau evaluarea stării de sănătate. Se examinează cavitatea bucală a copiilor și se comunică cu aparținătorii.

Nevoile de sănătate orală ale copiilor trebuie identificate, monitorizate la anumite intervale de timp din primul an de viață până la sfârșitul școlii. Se asigură astfel continuitatea intervențiilor preventive și de promovare a sănătății orale, și/sau trimiterea la specialist pentru tratament, cu precădere copiilor și familiilor vulnerabile.

Intervențiile se realizează prin colaborare cu alți profesioniști, printr-o abordare coordonată. Această abordare conduce la identificarea timpurie a majorității copiilor mici cu cel mai mare risc de apariție a cariilor. Evaluarea corectă a riscului va contribui la

intervenții individualizate, adaptate nevoilor și circumstanțelor specifice identificate.

Evaluarea riscului apariției cariilor la vârste fragede se realizează prin examinarea copiilor și prin comunicarea cu aparținătorii.

Cu cât familiile sunt mai vulnerabile, cu atât riscul apariției precoce a cariilor sau altor afecțiuni a cavității bucale este mai mare. Se acordă o atenție prioritară și copiilor proveniți din familii în care părinții sunt diagnosticați (sau cunoscuți) cu boli mintale, dependențe (alcool, substanțe) sau boli somatice grave, pentru că acești copii pot avea un risc mare de apariție a afecțiunilor bucale. În aceste cazuri, asistenții medicali comunitari colaborează în mod regulat cu medicul de familie, sau, după caz, cu serviciul de asistență socială.

Nu există în literatura de specialitate o recomandare unitară a examinării sănătății orodentare la copii și adolescenți. Unele ghiduri clinice recomandă evaluarea anuală la copii până la împlinirea vârstei de șase ani, și de maximum la doi ani la copiii peste șase ani și adolescenți. Alte recomandări sugerează evaluarea obligatorie a sănătății orodentare la vârstele de 6 luni, 1 an, 2 ani, 3 ani, 5 ani, 12 ani, 15 ani, 18 ani, cu monitorizarea

respectării vizitelor la medicul stomatolog a copiilor cu forme incipiente sau manifeste de afecțiuni orodentare. Se pot examina copii și adolescenții între vârstele recomandate, dacă se constată că aceștia au nevoie de monitorizare suplimentară sau de educație pentru schimbarea comportamentelor mai frecventă.

Evaluarea riscului de carii la copii sub șase ani se abordează evaluând o varietate de factori care, individual nu sunt demonștrați cu rol de predicție a apariției cariilor (indicatori socio- demografici, factori alimentari, factori de igienă orală, factori de risc microbiologici). Datele din studiile efectuate pe copii școlari demonstrează apariția cariilor la vârste fragede în familiile sărace și în zonele defavorizate, iar marea majoritate a studiilor arată că de obicei sunt implicați mai mulți factori de risc. Prezența unor bacterii (streptococi) este frecventă și, deși saliva îndeplinește un rol major de protecție împotriva cariilor dentare, copiii pot avea un flux salivar scăzut, de obicei ca o consecință a istoricului medical și medicamentelor (inclusiv antibiotice administrate mai frecvent decât este necesar). Judecata clinică obiectivă, capacitatea de a analiza acești factori de risc și cunoștințele anterioare despre familie și copil pacient s-au dovedit a fi predictorii ai riscului apariției cariilor multiple la copil. În special, urmărirea indicelui DMF (carii nou dezvoltate) în timp este un predictor relativ puternic de evaluare a riscului. Există dovezi care arată că utilizarea unui instrument de evaluare a riscului (modelul de risc) pentru copiii sub șase ani este fezabilă. Cu toate

acestea, nu au fost identificate dovezi care să arate că utilizarea unui instrument de evaluare a riscului conduce și la intervenții de prevenție sporite. În plus, deși există multe instrumente de evaluare a riscului de apariție a cariilor la vârste fragede, dovezile publicate nu oferă niciun consens cu privire la un singur instrument/cel mai eficient, dar modele relativ similare sunt considerate adecvate pentru a fi utilizate atât de personalul de specialitate, cât și în asistența medicală primară și în comunitate.

Evaluarea riscului apariției /existenței cariilor sau a altor afecțiuni a cavității bucale include identificarea și evaluarea următorilor factori:

1. Existența afectării anterioare a dinților (carii, tratamente, dinți lipsă) - *controlul cavității bucale, urmărire în timp a DMFT. Identificarea cariilor inițiale sau manifeste, pentru trimiterea/facilitarea vizitei la stomatolog și monitorizarea mai frecventă a copilului (sau, după caz, a adolescentului). Dinți care au erupt recent au cel mai mare risc de a dezvolta carii în primii doi-patru ani după erupție (figura 1).*
2. Dinții sunt afectați de placa dentară - *controlul cavității bucale (figura 1).*
3. Contextul și istoricul social, în special statutul socioeconomic – *cunoscut anterior, prin observație sau discuție cu membrii familiei.*
4. Obiceiurile alimentare, în special frecvența alimentelor dulci și băuturilor cu zahăr sau acidulate - *prin discuție cu membrii familiei sau copilul. Evaluarea alimentației, dacă aportul de zaharuri este crescut.*

Figura 1: Evaluarea riscului apariției /existenței cariilor prin examinarea cavității bucale



Se analizează consumul de dulciuri, băuturi răcoritoare acidulate. *Se utilizează pentru evaluarea dietei indicațiile de la recomandarea 2.2.*

5. Igiena dentară, utilizarea pastei de dinți cu fluor - *prin discuție cu membrii familiei sau copilul.* Evaluarea utilizării corecte a periuței de dinți. Se examinează cavitatea bucală pentru identificarea existenței plăcii dentare sau a semnelor de gingivită. *Exemple de întrebări: ți-ai spălat dinții aseară (copilul s-a spălat pe dinți ieri seară)? Dar în această dimineață? Faci asta în fiecare zi (copilul s-a spălat pe dinți ieri seară)?*
6. Istoricul medical (existența bolilor recente sau a unei boli cronice) *prin discuție cu membrii familiei.* Identificarea (dacă nu sunt cunoscute anterior) altor afecțiuni medicale, inclusiv tratamente cu medicamente care cresc riscul de carii. *La copiii cu afecțiuni cronice (dispensarizate) și/sau medicație de lungă durată, apariția cariilor au adesea consecințe mai grave.*
7. Saliva (fluxul salivar normal) *prin discuție cu membrii familiei sau copilul (“ai vreo dată/ cât de des/frecvent gura uscată”?)*
8. Evaluarea cunoștințelor și atitudinii părinților/îngrijitorilor copilului (sau după caz evaluarea cunoștințelor și atitudinilor adolescentului față de sănătatea orală)

Evaluarea riscului se face prin instituirea unui instrument standardizat pe care asistentul medical comunitar îl utilizează când examinează starea dinților copiilor (figura 2).

Un risc crescut de apariție/existență a cariilor în copilăria timpurie trebuie să conducă la:

1. recomandarea și/sau facilitarea vizitei la medicul stomatolog pentru tratamentul precoce al cariilor inițiale, într-un interval determinat de timp;
2. monitorizarea efectuării vizitei la stomatolog;
3. determinarea intervalului pentru următoarea examinare la domiciliu;

4. identificarea nevoii de măsuri suplimentare de promovare (educare/consiliere măsuri de igienă și/sau măsuri de schimbare a comportamentului alimentar).

1.2. Evaluarea și sprijinul privind igiena/sănătatea orală pentru categorii speciale de beneficiari (de exemplu persoanele în vârstă singure sau cu dizabilități)

Sănătatea orală este o parte importantă a vieții zilnice sănătoase. Persoanele cu dizabilități fizice, cognitive sau de dezvoltare au nevoi speciale de îngrijire dentară, deoarece sunt adesea predispuse să dezvolte afecțiuni orodentare care pot avea un impact negativ asupra sănătății generale și asupra capacității de a desfășura activități zilnice normale. Cu toate acestea, sănătatea cavității bucale este de multe ori neglijată, sau considerată puțin importantă comparativ cu afecțiunea de bază.

Evaluarea stării de sănătate orodentară se include în Planul personalizat de îngrijire al beneficiarului cu nevoi speciale

Stabilirea unei rutine de îngrijire orală acasă și încurajarea familiei/îngrijitorului ca beneficiarul să viziteze un medic stomatolog sunt activități simple și eficiente care pot fi făcute de către asistentul medical comunitar și care pot schimba radical calitatea vieții acestor persoane cu nevoi speciale.

Fiecare beneficiar cu nevoi speciale de care un asistent medical comunitar se îngrijește are sau trebuie să aibă un **Plan personalizat de îngrijire** (pentru afecțiune medicală de bază). Pentru evaluarea periodică a stării de sănătate în cazul persoanelor în vârstă care locuiesc singure (fără o dizabilitate fizică sau psihică), Planul personalizat de îngrijire trebuie realizat împreună cu medicul de familie.

Evaluarea și sprijinul pentru îngrijirea sănătății orale include următoarele etape:

1. Evaluarea nevoilor de sănătate și îngrijire a cavității orale trebuie să implice de la început familia, prietenii, îngrijitorii (sau o echipă de îngrijiri la domiciliu), în evaluare, îngrijire, educație despre igiena

Figura 2: Instrument de evaluare a riscului de carii la copiii sub 6 ani

Data evaluării		
Nume, prenume		
Data nașterii		
FACTOR DE RISC	DA	NU
☐ Dinții sunt periați de două ori pe zi de către părinte/apartinător	☐ (0)	☐ (1)
☐ Există expunere zilnică la fluor (pasta de dinți conține fluor)	☐ (0)	☐ (1)
Obiceiuri alimentare (bifați tot ce este aplicabil; orice punct bifat se adaugă în coloana "DA"):		
☐ Alimentare cu biberonul > vârsta de 12 luni;		
☐ Utilizarea biberonului (sau cării pentru bebeluși) între mese cu alt lichid decât apa (de exemplu sucuri de fructe, lapte, lapte cu cacao/ciocolată);	☐ (1)	☐ (0)
☐ Folosirea biberonului (cării pentru bebeluși) seara la culcare pentru a adormi		
☐ Nu a fost stabilită o igienă orală de rutină după introducerea alimentelor solide, și copilul este încă alăptat sau hrănit cu biberonul după vârsta de 12 luni;		
☐ Copilul ia gustări între mese (de exemplu, fursecuri, bomboane, cereale îndulcite, chipsuri, acadele, sucuri de fructe, lapte cu cacao/ciocolată)		
☐ Familia este vulnerabilă socio-economic (sărăcie, nivel redus de educație)	☐ (1)	☐ (0)
☐ Există (se vizualizează) placă bacteriană și / sau resturi alimentare pe dinți	☐ (1)	☐ (0)
☐ Există carii vizibile (inclusiv leziuni incipiente -pete albe) și / sau dovezi ale unui tratament pentru carii anterior (obturație dentară, coroniță dentară, extracție)	☐ (3)	☐ (0)
SCOR TOTAL: XX (se face suma punctelor acordate la fiecare factor de risc)		
RISCUL de CARII DENTARE:	RISC CRESCUT (SCOR > 3)	RISC SCĂZUT (SCOR < 3)
RECOMANDĂRI (bifați tot ce s-a comunicat părintelui/îngrijitorului copilului)		
PENTRU TOȚI COPIII		
☐ Trimiterea/ facilitarea vizitei la medicul stomatolog (dacă copilul nu a fost la medicul stomatolog în ultimele 12 luni). ☐ Comunicarea cu părinții/ îngrijitorii. Recomandări: informații furnizate părintelui/ îngrijitorului (se bifează toate recomandările furnizate părintelui) ☐ Părintele periază dinții copilului (<8 ani) cel puțin de două ori pe zi timp de 2 minute cu: • Pastă de dinți fără fluor pentru copilul 0-3 ani dacă scorul total = 0; • Pastă de dinți cu fluor (cantitate cât un bob de orez) pentru copilul 0-3 ani dacă scorul total > 0); • Pastă de dinți cu fluor (cantitate cât un bob de mazăre) pentru copilul de 3-6 ani; ☐ Reducerea consumului de zahăr și/sau limitarea băuturilor / gustărilor cu zahăr; ☐ Evitarea utilizării peste noapte a biberonului (sau cării cu capac pentru bebeluși/copii) cu alte lichide decât apa ☐ Renunțarea la biberon până la vârsta de 12 luni cel târziu; ☐ Trecerea la cană fără capac pentru supt până la vârsta de 12 luni. ☐ Alte recomandări: _____		
PENTRU COPIII CU RISC CRESCUT DE CARII DENTARE		
☐ Perierea dinților copilului de două ori pe zi cu pastă de dinți cu fluor ☐ Trimiterea/ facilitarea vizitei la medicul stomatolog		
DATA VIZITEI URMĂTOARE/ MONITORIZAREA RECOMANDĂRILOR		

Adaptat după Canadian Dental Association, Dental care for children, Risk assessment tool (25)

orală și importanța vizitei la medicul stomatolog. Întrebați despre:

- a. Modul în care persoana își gestionează de obicei îngrijirea zilnică a gurii (de exemplu, periatul și tipul de periuță de dinți și pastă de dinți utilizată (dacă are fluor), despre îndepărtarea și îngrijirea protezelor, inclusiv a protezelor parțiale). *Verificați dacă au nevoie de asistență;*
 - b. Dacă au proteze, inclusiv proteze parțiale;
 - c. Când beneficiarul a fost văzut de un medic stomatolog ultima dată și ce recomandări/ tratament a avut. *Solicitați numele/adresa medicului stomatolog. Înregistrați dacă nu a existat niciun contact cu medicul stomatolog și ajutați-l să identifice în apropiere un medic (sau un centru de stomatologie care furnizează servicii gratuite, dacă beneficiarul nu este asigurat, sau un ONG care sprijină persoanele cu nevoi speciale dacă familia nu are posibilități materiale).*
2. Înregistrarea la fiecare vizită a rezultatelor evaluării în fișa /anexele Planului de îngrijire personală al beneficiarului.
 3. Monitorizarea beneficiarului la intervale regulate de timp. Revederea și actualizarea nevoilor de îngrijire orodentară în Planul de îngrijire personală la fiecare vizită.

Evaluarea stării de sănătate orodentare se face prin instituirea unui instrument standardizat pe care asistentul medical comunitar îl utilizează când examinează cavitatea bucală a persoanei cu nevoi speciale (figura 3)

Îngrijirea acoperă activități de educare/informare precum îndepărtarea și curățarea protezelor dentare, periatul dinților și utilizarea pastei de dinți cu fluor.

1. Asistentul medical comunitar se asigură că beneficiarul știe următoarele - sau după caz, familia/îngrijitorul știe să ofere sprijin zilnic persoanei cu nevoi speciale:
2. Spălarea dinților naturali cel puțin de două

ori pe zi cu pastă de dinți cu fluor (detaliat în recomandarea 2);

Îngrijire orală zilnică în cazul protezelor dentare totale sau parțiale (periatul, îndepărtarea resturilor alimentare și îndepărtarea protezelor peste noapte);

Durata de viață a protezelor dentare este cuprinsă între cinci și șapte ani, dacă îngrijirea acestora este adecvată. Îngrijirea protezei trebuie să includă următorii pași:

- a. Se folosește o perie pentru proteze cu păr moale și pastă pentru proteze sau apă caldă și săpun, pentru a peria protezele după mese pentru a îndepărta resturile alimentare, petele și placa bacteriană. Se folosește apă caldă pentru a clăti protezele dentare scoase din soluția de înmuiere; se evită apa fierbinte;
- b. Se pune un prosop sau vas de apă peste chiuvetă sau suprafața blatului atunci când se scoate proteza sau se curăță, pentru a preveni ruperea în cazul în care protezele cad accidental;
- c. Se evită utilizarea pastei de dinți sau a altor produse de curățare abrazive, pentru a preveni zgârieturile sau deteriorarea protezelor dentare;
- d. Beneficiarul nu trebuie să facă gargară sau să înghită produsele de curățat proteze, deoarece acestea sunt toxice;
- e. Se perie gingiile, limba și plafonul cavității bucale (palatul) zilnic, înainte de introducerea protezei dentare;
- f. Nu se poartă proteza dentară în timpul nopții, astfel încât gingiile să se poată odihni;
- g. Protezele se păstrează în apă (caldă, nu fierbinte) sau într-o soluție specială de curățare atunci când nu sunt purtate;
- h. Protezele dentare se păstrează la distanță de copii și animale de companie, pentru a preveni deteriorarea;
- i. Nu se păstrează /înfășoară protezele dentare în hârtie (șervețele, prosoape de hârtie) deoarece pot fi aruncate accidental.

Figura 3: Instrument de evaluare a sănătății orale la persoanele cu nevoi speciale

Nume/ prenume persoană vizitată:		Data		
Completat de către: (nume AMC)				
Scoruri: pentru fiecare categorie examinată, se alocă scorul corespunzător (0 sau 1 sau 2) în coloana cinci ("scor per categorie"). Dacă orice categorie are scorul 1 sau 2 se recomandă vizita la stomatolog				
Categorie	0 = sănătos	1 = schimbări observate față de vizita precedentă	2 = afectat	Scor per categorie
Buze	Netede, roz, umede	Uscate, crăpate, roșii la colțuri	Umflături, zone albe, roșii sau ulceratii; colțurile buzelor cu zone roșii sau ulceratii	
Limbă	Normală, roz, umedă, cu rugozități normale	Fisurată, roșie, cu zone vizibil diferite, încărcată	Zonă(e) roșie și / sau albă, ulcerată, umflată	
Gingii și țesuturi moi	Roz, umede, netede, fără sângerări	Uscate, strălucitoare, dure, roșii, umflate, sau zonă(e) cu ulceratie sau dureroasă sub proteza dentară	Umflate, sângerări, ulceratii, zone albe sau roșii, roșeață generalizată sub proteza dentară	
Saliva	Părțile moi sunt umede, salivă apoasă cu flux normal	Mucoasa bucală uscată, puțină salivă, persoana consideră că are „gura uscată”	Mucoasa bucală foarte uscată, salivă puțină sau deloc, persoana consideră că are „gura uscată”	
Există dinți naturali (da/nu)	Fără carii, dinți rupți	1-3 carii sau dinți rupți sau foarte deteriorați	Mai mult de patru carii sau dinți deteriorați sau mai puțin de patru dinți naturali	
Proteză dentară (da/nu)	Integră, fără dinți rupți, proteza purtată cu regularitate	1 zonă a protezei deteriorată sau proteză purtată doar 1-2 ore /zi sau proteză slăbită	Mai mult de 1 zonă a protezei deteriorată, proteză lipsă sau nepurtată sau slăbită, proteza are nevoie de adeziv de fixare	
Starea cavității bucale	Curată, fără resturi alimentare sau tartru pe dinți sau proteză	Particule de mâncare vizibile, tartru sau placă bacteriană în 1-2 arii dentare sau pe o suprafață mica a protezei, sau halenă	Particule de mâncare vizibile, tartru sau placă bacteriană generalizată pe dinți, sau proteză, sau halenă severă	
Dureri dentare	Fără semne fizice, verbale sau comportamentale de durere dentară	Sunt semne verbale sau comportamentale ale durerii dentare (de ex pune mâna pe față, mestecă buzele, nu mănâncă, dă semne de agresivitate)	Sunt semne fizice de durere (umflarea obrazului sau gingiei, dinți rupți, ulceratii), precum și verbale și / sau semne comportamentale) durere fizică (de ex pune mâna pe față, mestecă buzele, nu mănâncă, dă semne de agresivitate)	
Organizați/Sprijiți persoana să fie examinată de un stomatolog Notați dacă persoana și / sau familia (îngrijitorul)refuză tratamentul dentar Completați planul de îngrijire /igienă orală și educați familia / îngrijitorul Planificați următoarea vizită la data:				SCOR TOTAL MAXIM: 16

Adaptat după National Institute for Health and Care Excellence/NICE (23)

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar (AMC), ca și alte categorii de personal responsabile de sănătatea copiilor și adolescenților trebuie să efectueze evaluarea riscului afecțiunilor orodentare cât mai devreme (încă din primul an de viață), ca parte a monitorizării dezvoltării copilului, cel puțin la vârstele recomandate: 6 luni, 1 an, 2 ani, 3 ani, 5 ani, 12 ani, 15 ani, 18 ani.
- Copiii ale căror familii sunt defavorizate/vulnerabile trebuie considerați ca având un risc crescut de apariție/agravare a cariilor și altor afecțiuni ale cavității bucale.
- Un copil cu risc crescut de apariție a cariilor/complicațiilor trebuie trimis/referit imediat către servicii de specialitate (de stomatologie). Asistentul medical comunitar trebuie să facă toate demersurile necesare pentru a sprijini părinții/îngrijitorii să ajungă la medicul stomatolog, când identifică un copil cu afecțiuni orodentare sau cu risc crescut de a le dezvolta. Trimiterea și facilitarea vizitelor la medicul specialist stomatolog se înregistrează, monitorizează și raportează.
- Asistentul medical comunitar trebuie să implice în mod proactiv părinții în prevenire și acces la tratament de specialitate. De asemenea, trebuie să acorde o atenție specială tuturor copiilor din familia respectivă, nu numai unui copil anume.
- La fiecare vizită, asistentul medical comunitar trebuie să acorde o atenție particulară semnelor de neglijență sau abuz asupra copilului/copiilor. Dacă există o suspiciune, asistentul medical comunitar are obligația de a notifica serviciul de asistență socială și/ sau instituțiile responsabile.
- Asistentul medical comunitar trebuie să stabilească și să mențină o relație bună cu familia (copii și părinți/îngrijitori). Încă de la prima vizită, trebuie să furnizeze informații despre prevenirea de bază (periatul dinților de minimum două minute, de două ori pe zi, folosind pastă de dinți cu fluor, și să menționeze alimentația care menține sănătatea orodentară și previne cariile dinților).
- Pentru persoanele cu nevoi speciale (dizabilități, vârstnici ca locuiesc singuri), pentru care consecințele cariilor dentare ar afecta și mai mult starea generală de sănătate, educarea familiei/îngrijitorului privind igiena orală corectă și importanța ei, furnizarea de informații privind alimentația și trimiterea / facilitarea accesului la medicul stomatolog este o prioritate.
- Se utilizează în practică instrumentele puse la dispoziție.

3. Poate identifica și răspunde la schimbările nevoilor de îngrijire ale persoanei și/sau știe că vă poate cere sfaturi și ajutor;
4. Înțelege efectul sănătății orodentare asupra sănătății (și/sau a afecțiunii de bază), bunăstării și demnității beneficiarului, care nu își poate întotdeauna exprima durerea sau suferința sau nu poate cere ajutor.
5. Înțelege importanța sănătății orodentare, cunoaște și aplică principiile unei alimentații corecte, a efectelor consumului de alcool și tutun asupra beneficiarului cu nevoi speciale (detaliat în recomandarea 2).

În activitățile cu persoane cu nevoi speciale, asistenții medicali comunitari utilizează abordarea centrată pe persoană, inclusiv

prin (a) evaluarea, înțelegerea și adaptarea la mediul în care trăiește persoana și (b) utilizarea de strategii potrivite de comunicare verbală și/sau non-verbală.

Următoarea listă include strategii de comunicare pe care îngrijitorul (sau, după caz, asistentul medical comunitar) trebuie să le cunoască pentru a reduce senzația de amenințare pe care persoana cu nevoi speciale o poate resimți în timpul îngrijirii cavității bucale. Strategiile de reducere a amenințărilor sunt tehnici comportamentale concepute pentru a minimaliza lupta sau "răspunsul de fugă" al unei persoane la frică și/sau suferință. Lista nu este exhaustivă, dar oferă sugestii de strategii identificate în literatura de specialitate.

1. Se asigură un mediu liniștit, cu puține zgomote ambiente sau care pot distra-ge atenția; Atitudinea este prietenoasă, deschisă, neamenințătoare prin limba-jul verbal și nonverbal;
2. Comportamentul este calm și plăcut; se zâmbește pe tot parcursul interacțiunii;
3. Se poartă o scurtă conversație înainte de a cere beneficiarului să deschidă gura;
4. Se stabilește un raport vizual (se stă față în față, la același nivel);
5. Se solicită deschiderea gurii, se cere beneficiarului să îndeplinească sarcina (dacă poate);
6. Se folosesc gesturi pentru a indica fieca-re pas în procesul de îngrijire;
7. Se folosesc cereri scurte (pentru fieca-re pas în parte), realizate împreună cu gesturile;
8. Se încurajează persoana să se angajeze în îngrijirea de sine, se asigură îngrijirea completă;
9. Se folosește o atingere delicată pentru a liniști persoana;
10. Se folosește metoda “mână-peste-mâ-na” (“hand-over-hand”), astfel încât persoana să pună mâna pe mâna îngri-jitorului (sau îngrijitorul să pună mâna pe mâna persoanei) pentru a ghida în-grijirea cavității bucale;
11. Dacă persoana cu nevoi speciale începe să se angajeze în comportamente rezis-tente la îngrijire, se utilizează tehnici de distragere a atenției (de exemplu, cân-tând, vorbind sau cerându-i să țină un obiect);
12. Dacă comportamentul rezistent la în-grijire crește și strategiile de reducere a amenințărilor nu par să funcționeze, o altă persoană din familie/un alt îngriji-tor trebuie să intervină pentru a înlocui primul îngrijitor.

Recomandarea 2

Promovarea sănătății orale se include în practica curentă, prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor și educație pentru sănătate, adaptată pe grupe de vâr-stă și individualizată conform nevoilor.

Sănătatea orodentară înseamnă mai mult decât un zâmbet frumos. Poate avea un impact pozitiv sau negativ asupra calității vieții pe termen lung, din multe perspective: stimă de sine, abilitatea de a mânca alimen-te nutritive, starea generală de sănătate și, mai târziu, chiar oportunități de angajare.

Comunicarea pentru schimbarea compor-tamentelor trebuie inițiată cât mai devreme în viață, spun toate evidențele științifice, prin educarea părinților. Iar intervențiile de infor-mare, educare și comunicare trebuie realiza-te în colaborare strânsă cu familia și școala, în particular pentru copiii vulnerabili, în condiți-ile în care nu există în România un program național de prevenție a cariei dentare sau a afecțiunilor orodentare.

2.1. Intervenții de promovare a sănătății orodentare; periatul dinților de două ori pe zi, minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor;

Prevenirea cariilor dentare la copii include:

1. Motivarea, planificarea acțiunii și for-marea obiceiurilor prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor;
2. Instruire pentru asigurarea tehnicii co-recte de periat dinți.

Se oferă tuturor beneficiarilor, dar în special copiilor, sfaturi personalizate pentru promovarea sănătății orodentare

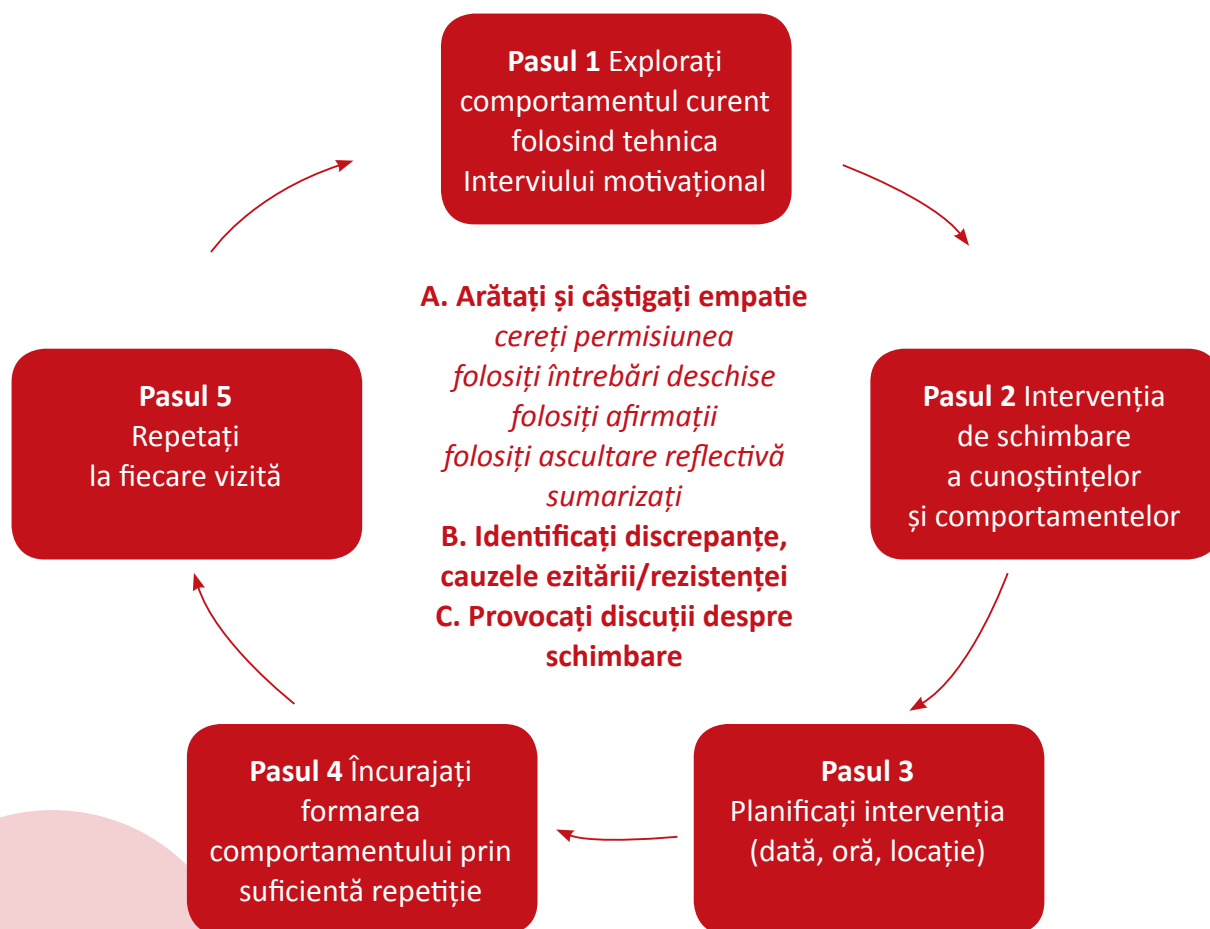
Dovezi științifice puternice arată impor-tanța înțelegerii comportamentului copi-lului (sau după caz a adolescentului/adul-tului), a capacității și atitudinii părintelui/îngrijitorului (sau după caz a adolescentu-lui/ adultului), față de menținerea sănătății orodentare, și a motivației acestora de a-și asuma responsabilitatea schimbării com-portamentului. Se recomandă ca strategiile de promovare a sănătății orodentare să se bazeze pe teoria schimbării comportamen-telor folosind tehnici precum interviul moti-vațional, să fie specifice și adaptate nevoilor și circumstanțelor specifice.

Deoarece cunoștințele nu se traduc cu ușurință în schimbarea comportamentului, oferirea de sfaturi pentru prevenirea afec-

țiunilor orodentare are un succes limitat în influențarea persoanelor. Cu toate acestea, există dovezi că utilizarea de discuții scurte, de 15-20 de minute, folosind principiile și interviului motivațional (IM), împreună cu elaborarea unui plan de acțiune, crește probabilitatea ca părinții/îngrijitorii copiilor, copi-

ii mai mari, adolescenții și adulții, să adopte comportamentele dorite de menținere a sănătății orale. Această abordare este rezumată în figura 4. Pentru a utiliza cu succes tehnica interviului motivațional este nevoie de formare/instruire periodică, dar și de experiență obținută prin utilizare IM în practica curentă.

Figura 4: Algoritmul schimbării comportamentului privind sănătatea orală - tehnica Interviului Motivațional



Adaptat după SDCEP, "Prevention and Management of Dental Caries in Children, Dental Clinical Guidance", 2nd Edition, 2018

Se educă părintele pentru a încuraja formarea comportamentelor de igienă orală ale copiilor de la vârste fragede, inclusiv prin elaborarea unui plan individualizat pentru copil (copii).

- Să identifice momentul (de exemplu, periatul dinților după micul dejun și ultimul lucru înainte de culcare);
- Dacă apar dificultăți, să identifice alternative. De exemplu, dacă copilul este

adesea prea obosit pentru a se spăla pe dinți ca ultimă activitate înainte de culcare, să aleagă o oră mai timpurie;

- Să identifice/ să stabilească un declanșator de memorie (să nu uite el sau copilul, dacă e mai mare) pentru seară, până comportamentul devine o rutină;
- Să revizuiască progresul (de exemplu, o dată pe săptămână)

Asistentul medical comunitar poate elabo-

ra modele standard de planuri privind igiena orală (cu elementele de mai sus, completat cu informațiile privind obiceiurile alimentare/secțiunea 2.2.), pe care să le distribuie părinților la vizita de monitorizare a dezvoltării copilului (sau de evaluare a sănătății, sau la orice vizită la domiciliu). La vizitele ulterioare, asistentul medical comunitar încurajează și oferă sprijin pentru discutarea /revizuirea planului, folosind în continuare tehnici de comunicare pentru schimbarea comportamentelor potrivite (interviul motivațional). Exemple de sfaturi de inclus planurile de acțiune (diferă în funcție de vârsta copilului):

- Părintele / îngrijitorul va spăla sau va supraveghea periatul dinților copilului acasă în fiecare dimineață după micul dejun și în fiecare seară după cină, când copilul se pregătește de culcare (până la vârsta de maximum zece ani)
- Când părintele pregătește pachetul cu gustare pentru școală al copilului, îi va da copilului în fiecare zi apă (în loc de o băutură care conține zahăr).
- Copilul, dacă va nota pe carnețel (în jurnal) de fiecare dată când și-a periat dinții, va primi la sfârșit de săptămână o recompensă.

Se încurajează și se sprijină părinții/îngrijitorii copiilor mici (dar și alți beneficiari) să înțeleagă și să asigure spălătul dinților copiilor ca rutină zilnică: de două ori pe zi, pentru minimum două minute, folosind pastă de dinți cu fluor, inclusiv recomandarea să:

- **Utilizeze o cantitate de pastă de dinți adecvată vârstei copilului;**
- **Efectueze sau supravegheze periatul dinților până când copilul își poate spăla singur dinții în mod corect (vârsta de max. 10 ani);**
- **Să se asigure că după periatul dinților copiii nu își clătesc gura („scurpați, nu clățiți”!).**

Periatul dinților cu pastă de dinți cu fluor este una dintre cele mai eficiente metode de prevenire a cariilor. Periatul corect se face bine dimineața și seara (ultima activitate înainte de culcare, fără ca apoi să se mai

mănânce sau bea altceva în afară de apă). Periatul exact înainte de culcare este cel mai eficient datorită retenției de fluor pe dinți.

Se recomandă părintelui/îngrijitorului să înceapă periatul dinților imediat ce primul dinte temporar (de lapte) erupe. Odată cu apariția primului dinte permanent, părintele dar și copilul trebuie educați.

Se recomandă părintelui / îngrijitorului să nu permită copilului să mănânce sau să lingă pasta de dinți.

Pentru adolescenți, argumentul suplimentar care poate fi folosit este efectul suplimentar pe aspectul fizic, pe lângă beneficiile pentru sănătate.

Instruirea pentru asigurarea tehnicii corecte de periat dinții este esențială

Instruirea pentru învățarea tehnicii corecte de periere a dinților include demonstrații, distribuirea de materiale vizuale, dar și utilizarea cu perseverență a strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentelor descrise anterior. Furnizarea de informații, modelarea comportamentului prin repetiție, construirea încrederii de sine și motivarea sunt acțiuni cheie pentru obținerea și menținerea tehnicii corecte de periere a dinților.

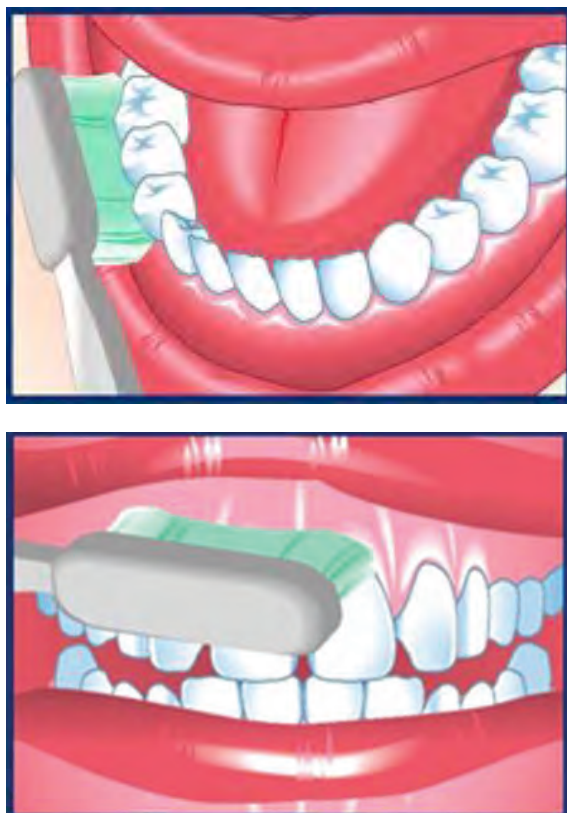
1. Se empatizează cu părintele / îngrijitorul cu privire la cât de dificil poate fi cu copiii mici să se spele corect. Se dau sfaturile descrise anterior. Se menționează importanța urmăririi sfaturilor printr-o rutină zilnică.
2. Se încurajează părintele / îngrijitorul sau copilul mai mare/adolescentul/adultul să arate (să demonstreze) cum își periază dinții.
3. Se explică pașii tehnicii corecte de periat. Se adaugă sfaturile privind alimentația (secțiunea 2.2.), iar la adolescenți în particular, dar și la beneficiarii adulți, se discută riscurile consumului de alcool și tutun pentru sănătate, inclusiv sănătatea orală.

Periatul corect al dinților urmează câțiva pași

Pasul 0: Se recomandă periuța de dinți

moale, cu peri rotunjiți, cu dimensiuni și format care permite ușor perierea ultimilor dinți (molarii).

Figura 5 Perierea dinților pe toate suprafețele, cu periuța poziționată la un unghi de 45 de grade



Sursa: Canadian Dental Association (25)

Pasul 1: Periuța de dinți se poziționează la un unghi de 45 de grade față de dinți. Se direcționează perii către locul în care se întâlnesc gingiile și dinții (figura 5). Se folosește o mișcare blândă, circulară, de masaj, în sus și în jos. Dinții nu se perie puternic, pentru că smalțul dentar poate fi afectat. (gingiile care se retrag vizibil sunt câteodată rezultatul unor ani de periere prea puternică).

Pasul 2: Se curăță pe rând dinții de pe fiecare arcadă dentară. Se curăță pe rând suprafețele exterioare ale dinților (dinspre obraz), suprafețele interioare ale dinților (dinspre limbă), și suprafețele de mestecat.

Pasul 3: Nu se grăbește perierea dinților. Un periat complet durează cel puțin două minute. Cronometrarea periatului dinților până se obține o rutină implicită este utilă.

Pasul 4: Modul de periere a dinților se modifică periodic (să nu se creeze un tipar). Perierea dinților în același mod devine o rutină, însemnând că se pot omite tot timpul de la periere aceiași dinți.

Clătirea gurii poate fi omisă, deoarece efectul preventiv crește atunci când cantități mici de fluor rămân în gură (dovezi moderate). Periuța de dinți se poate înlocui la fiecare trei luni (dovezi reduse).

Cantitatea de pastă de dinți trebuie mărită treptat

- se începe cu o cantitate abia vizibilă (0,1 ml);
- la vârsta de 1 an, se crește cantitatea de pastă de dinți la mărimea unui bob de orez (cât unghia mică a copilului de un an);
- la vârsta de 3 ani se crește cantitatea de pastă de dinți la mărimea unui bob de mazăre;
- de la vârsta de 5-6 ani, cantitatea de pastă de dinți utilizată se mărește treptat.

2.2. Intervențiile de promovare a sănătății orale includ informarea, comunicarea și educarea privind alimentația și riscul consumului de zaharuri pentru sănătatea orală. Se completează cu riscurile pentru afecțiuni ale cavității bucale datorate consumului de alcool și tutun.

Atât la copii cât și la adulți, aportul energetic din zaharuri libere trebuie să limitat sub 10% din necesarul aportului caloric zilnic. Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) cu privire la aportul de zaharuri libere pentru a reduce riscul apariției bolilor netransmisibile la adulți și copii (cu un accent deosebit pe prevenirea și controlul creșterii în greutate/obezității și a cariilor dentare) se bazează pe dovezi științifice. OMS recomandă chiar o reducere suplimentară a aportului caloric din zaharuri libere la sub 5% din aportul energetic total (dovezi moderate) (10). Zaharurile libere includ monozaharide și dizaharide adăugate la alimente și băuturi de către producător sau acasă, precum și zaharuri prezente în mod natural în miere,

siropuri, sucuri de fructe și concentrate de sucuri de fructe. Recomandarea de a limita aportul de zaharuri libere la mai puțin de 5% din aportul total de energie, care este susținută și de alte analize recente, se bazează pe dovada că efectele negative ale consumului de zaharuri libere asupra sănătății orodentare sunt cumulative, din copilărie până la maturitate. Deoarece cariile dentare sunt rezultatul expunerii pe tot parcursul vieții la un factor de risc alimentar (zaharurile libere), reducerea riscului în copilărie este semnificativă. Prin urmare, pentru a reduce la minim riscul de carii dentare pe tot parcursul vieții, aportul de zaharuri libere ar trebui să fie cât mai mic posibil.

Alăptarea exclusivă la sân până la șase luni și continuarea alăptării până la doi ani, împreună cu diversificarea alimentației la șase luni, este esențială pentru sănătate, inclusiv pentru sănătatea orodentară. În primele șase luni de viață sugarul are acoperite toate nevoile nutritive din laptele matern (ideal) sau formule adecvate vârstei, dar diversificarea alimentației la șase luni nu înseamnă întreruperea alăptării la sân. Dovezile sugerează că sugarii alăptați și după diversificarea alimentației au mai puține carii dentare în copilărie. În general, alimentația în primul an de viață și obiceiurile alimentare la vârste foarte mici influențează alimentația pe toată durata copilăriei, și chiar în viața adultă. De asemenea, studiile arată că lichidele care conțin zaharuri libere la un sugar alimentat cu biberonul este asociat cu apariția timpurie a cariilor.

După șase luni, gustările între mese trebuie să conțină alimente nutritive, cu un conținut scăzut de zahăr, cum ar fi fructe proaspete, morcov, ardei, grâu, prăjituri de ovăz și, ocazional, o cantitate mică de brânză cu conținut scăzut de grăsimi. Deși fructele proaspete conțin zaharuri naturale, la niveluri normale de consum nu există dovezi că sunt cariogene. Și limitarea unor alimente despre care se spune că sunt sănătoase (de exemplu fructele uscate) trebuie limitate: consumate frecvent între mese, resturile dulci rămase pe dinți pot afecta smalțul dentar.

Nu se adaugă în biberon băuturi care conțin zahăr, sucuri de fructe, lapte îndulcit. Băuturile dulci (sucurile de fructe) în biberon sau pe suzeta contribuie direct la apariția precoce a cariilor dentare. Nu se scufundă niciodată tetina biberonului sau suzeta în băuturi dulci sau pe bază de fructe, și nu se adaugă în lapte alte produse cu zahăr (de exemplu zahăr sau miere).

Între mese, sugarul bea numai apă sau lapte; laptele gras de vacă poate fi introdus de la 12 luni; după vârsta de 2 ani, se poate introduce treptat laptele semi-degresat (dacă alimentația este variată și nutritivă). Laptele degresat este potrivit numai copiilor cu vârsta peste 5 ani, deoarece conține prea puține calorii și vitamina A.

Dacă sugarul adoarme cu biberon, aceasta trebuie să conțină doar apă. În jurul vârstei de 6 luni, când copilul începe să bea apă în mod regulat, riscul de carii scade semnificativ dacă între mese și seara la culcare copilul bea apă și nu sucuri de fructe. Introducerea treptată a apei băută din cană în loc de biberon (după șase luni) va reduce reflexul de supt. Suzeta, ca și suptul instinctiv al degetului, sunt comportamente naturale la copii, care trebuie însă descurajate treptat, și întrerupte definitiv în jurul vârstei de 1 an.

Promovarea limitării consumului de alimente și băuturi care conțin zahăr și a alimentației echilibrate/ sănătoase se adaptează contextului socioeconomic și vârstei (copil, adolescent sau adult)

Dinții permanenți ai copiilor încep să erupă în jurul vârstei de 6 ani. La 12-14 ani copiii au majoritatea dinților permanenți. Excepția o constituie molarii "de minte", care apar la 17-21 de ani, și completează cei 32 de dinți pe care îi are în mod normal o persoană adultă. Există dovezi că un consum redus de zahăr previne cariile și că sfaturile privind alimentația pot conduce la schimbarea comportamentului alimentar. Copiii, adolescenții și adulții trebuie să aibă o alimentație bogată în substanțe nutritive și să evite o dietă bogată în zaharuri libere. Consumul de zaharuri libere în băuturi și alimente crește riscul



afecțiunilor orodentare, și apariția cariilor la vârste mici, deci trebuie limitat consumul de alimente și băuturi care conțin zaharuri libere, inclusiv sucuri naturale neîndulcite. Este însă recomandată alimentația bogată în fructe și legume la toate vârstele. O combinație bună de alimente include toate alimentele de bază: cereale (grâu, porumb, orez, etc) , legume și fructe (inclusiv legumele cu amidon cum este cartoful), alimente din surse animale (lapte, brânză, ouă, pește, carne)

Copiii trebuie educați / încurajați de mici să limiteze alimentele dulci și băuturile îndulcite sau acide. Între mese, sunt de preferat gustări "sănătoase" (de exemplu fructe întregi și nu suc de fructe). Este important de menționat și că unele produse comercializate ca fiind „sănătoase” conțin cantități mari de zahăr. Băuturile carbogazoase (acide) pot provoca carii dentare, precum și uzura acidă a dinților, scăzându-le rezistența. Copiii mari și adolescenții, care preferă băuturile carbogazoase (sau cele recomandate sportivilor)

Părinții și copiii mari, adolescenții și adulții trebui să cunoască și să identifice zaharurile ascunse în alimente. Multe alimente procesate (inclusiv unele iaurturi și cereale) conțin zaharuri libere adăugate. Verificarea

etichetelor în magazin este importantă. Un conținut ridicat de zahăr este $> 22.5\text{g} / 100\text{g}$ în alimente și $> 11.25\text{g}/100\text{ ml}$ în băuturi. Un conținut scăzut de zahăr este $\leq 5.0\text{g} / 100\text{g}$ în alimente și $\leq 2.5\text{ g} / 100\text{ ml}$ în băuturi (18).

Prin educație periodică, copilul învață să facă alegeri sănătoase. Pe măsură ce copilul crește, este important să aibă obiceiurile alimentare formate, și să înceapă să își ia responsabilitatea pentru propria lor sănătate orală. Un instrument recomandat este Jurnalul alimentar al copilului, în care copiii (sau părintele/îngrijitorul copiilor sub 7 ani) țin evidența tuturor alimentelor și băuturilor consumate într-o perioadă determinată de timp (de regulă o săptămână). Jurnalul alimentar trebuie să fie simplu, adaptat nivelului de educație și contextului socioeconomic. Un model de jurnal săptămânal, pe care asistentul medical comunitar îl poate distribui și ulterior analiza cu părinții (sau, după caz, cu copiii mari/elevii) este prezentat în figura 6. Jurnalul poate conține informații despre alimentele sănătoase recomandate, dacă asistentul medical comunitar identifică fonduri să îl tipărească și distribuie. În acest caz, consultarea medicului școlar sau a medicului de familie în elaborarea materialului este recomandată.

Figura 6 Model de jurnal alimentar săptămânal al copilului

Se notează ce a mâncat copilul în fiecare zi	Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică
Mic dejun							
Gustare 1							
Prânz							
Gustare 2							
Cină							
Mișcarea (minute de joacă, alergare etc)							

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar promovează sănătatea orodentară prin comunicare pentru schimbarea comportamentelor de igienă dentară și alimentare
- Pentru copiii sub 7 ani se oferă părinților informare și sfaturi cu privire la măsurile care promovează sănătatea orodentară. Aceste informații trebuie furnizate cât mai curând posibil și în mod regulat.
- Asistentul medical comunitar trebuie să includă în comunicarea cu părinții/copiii mari/adolescenți sau alți beneficiari, informații cu privire la:
 - a. Spălătul /supravegheatul periatului dinților copilului în fiecare dimineață după micul dejun și în fiecare seară înainte de culcare (până la vârsta de zece ani);
 - b. Periatul dinților de două ori pe zi, pentru minimum două minute, cu o cantitate de pastă de dinți cu fluor adecvată vârstei copilului;
 - c. Instruirea pentru asigurarea tehnicii corecte de periat dinții
 - d. La sugari, alăptarea exclusivă la sân până la șase luni și continuarea alăptării până la doi ani, împreună cu diversificarea alimentației la șase luni. Nu se adaugă în biberon băuturi care conțin zahăr, sucuri de fructe, și nu se adaugă în lapte alte produse cu zahăr (de exemplu zahăr sau miere). Între mese și la culcare, sugarul bea numai apă sau lapte;
 - e. La copii, adolescenți și adulți, limitarea alimentelor dulci (sub 10% din necesarul aportului caloric zilnic) și a băuturilor cu adaos de zahăr sau acide, carbogazoase.
 - f. Identificarea zaharurilor ascunse în alimente prin verificarea etichetelor în magazin. Un conținut ridicat de zahăr este > 22.5g / 100g în alimente și > 11.25g/100 ml în băuturi. Un conținut scăzut de zahăr este ≤5.0g /100g în alimente și ≤2.5 g / 100 ml în băuturi .
- Se utilizează în practică instrumentele puse la dispoziție.

Recomandarea 3

Sănătatea orală este o prioritate cheie pentru sănătate și bunăstare care este abordată prin colaborarea cu alți profesioniști din sistemul de sănătate și, după caz, de asistență socială

3.1. Profesioniștii din sistemul public de sănătate colaborează pentru promovarea sănătății orodentare în comunitate; colaborarea se extinde, după caz, la serviciile sociale;

Organizația Mondială a Sănătății recomandă integrarea intervențiilor de promovare a sănătății orodentare în activitatea curentă a echipelor de îngrijire primară și comunitară, considerați actori cheie în prevenirea și controlul afecțiunilor orodentare, în principal la copii și adolescenți. Argumentul este că în majoritatea țărilor, copiii și adolescenții sunt mai degrabă văzuți în asistență primară și de către asistenții medicali comunitari, moașe, asistenți sociali și

mai puțin de către specialiștii din domeniul sănătății orale. Echipele de asistență primară și comunitară au adesea cunoștințe profunde despre comunitate, facilitând lucrul cu familiile cele mai vulnerabile în promovare, prevenție și continuitatea îngrijirilor (5). Și alte ghiduri de bune practici demonstrează pe bază de evidențe importanța colaborării în sănătatea orodentară. Furnizorii de servicii de la toate nivelurile și din toate și din toate sectoarele (sănătate, social, de educație) se asigură că există strategii și fluxuri operaționale astfel încât sănătatea orodentară să fie acordată cu prioritate persoanelor vulnerabile socio-economic, inclusiv celor care beneficiază de asistență socială (20, 21, 24, 26).

Asistentul medical comunitar cunoaște prevederile legale privind serviciile de medicină dentară din pachetul minimal și pachetul de bază și colaborează cu medicul de familie, medicul/asistentul medical din unitățile de învățământ și cu cabinetele/furnizorii de servicii de medicină dentară din zonă care acordă gratuit servicii de stomatologie (decontate de către Casa județeană de asigurări sociale de sănătate).

În România, toți copiii sunt asigurați prin efectul legii. În plus, există servicii gratuite de medicină dentară incluse în pachetul minimal și pachetul de bază de medicină dentară (decontate de către Casa județeană de asigurări sociale de sănătate). Pe baza evaluării riscurilor, asistentul medical comunitar, trimite/facilitează vizita la medicul dentist /stomatolog a beneficiarilor, în particular a copiilor din familii vulnerabile și a beneficiarilor cu nevoi speciale. În fiecare județ, pe website-ul Casei județene de asigurări sociale de sănătate există lista cabinetelor sau medicilor dentiști contractați. Asistentul medical comunitar trebuie să aibă lista acestor cabinete, pentru a referi/trimite și facilita accesul beneficiarilor la cel mai apropiat furnizor.

Și colaborarea cu medicul de familie pentru copii din familiile defavorizate socio-economic sau cu nivel de educație re-

duc este importantă. Vizitele gravidelor și lăuzelor, coordonate cu medicul de familie, atât de promovare a alăptării cât și de monitorizare a dezvoltării copilului trebuie să includă recomandările anterioare privind sănătatea orodentară. În plus, medicii de familie au inclusă în consultația preventivă a copiilor următoarele servicii orodentare, pe care asistentul medical comunitar le comunică familiei:

1. la vârsta de 6, 9, 12, 15 și 18 luni: evaluarea dezvoltării dentiției, recomandări privind profilaxia cariei dentare, igiena orală, administrarea de fluor;
2. la vârsta de 2 ani, 3 ani, 4 ani și 5 ani: evaluarea dentiției și igiena orală, administrarea de fluor pentru profilaxia cariei dentare

Asistentul medical comunitar colaborează și cu școala acolo unde sunt cadre medicale (medic/asistent școlar, medic/cabinet de stomatologie), sau cu conducerea și cadrele didactice pentru sesiuni de promovare a sănătății orodentare în școlile unde nu există personal medical școlar. În unele unități administrativ-teritoriale există organizații non-guvernamentale (sau alte inițiative de sănătate); în aceste cazuri, asistentul medical comunitar promovează importanța intervențiilor de educație și evaluare/îngrijire a sănătății orodentare în rândul beneficiarilor vulnerabili.

Observarea și raportarea neglijenței și/sau abuzului copiilor reprezintă o obligație a asistentului medical comunitar; trebuie extinsă și la alte categorii vulnerabile (de exemplu persoane în vârstă dependente, etc).

Un instrument simplu de aplicat în comunitate pentru colaborarea cu alți profesioniști este descris în figura 7. Abordarea se bazează pe recomandarea și instrumentul utilizat în Scoția (18), care implică practicieni din toate disciplinele care lucrează împreună pentru a promova, susține și proteja bunăstarea copiilor și tinerilor (în sănătatea orodentară). Abordarea include cinci

Întrebări cheie pe care le pun practicienii care lucrează cu un copil sau o persoană tânără, care permit identificarea sprijinului care ar putea fi necesar pentru a satisface nevoile unui copil. Întrebările pe care trebuie să și le adreseze orice profesionist sunt:

1. Există ceva ce împiedică bunăstarea acestui copil;
2. Am nevoie ca să ajute acest copil sau tânăr;
3. Ce pot face acum pentru a ajuta

acest copil sau tânăr; ce poate face instituția/organizația unde lucrez pentru a ajuta acest copil sau tânăr;

4. Ce sprijin suplimentar, dacă este cazul, este necesar de la alții.

Dacă răspunsul la oricare dintre aceste întrebări este DA, este necesară o acțiune suplimentară; dacă toate răspunsurile sunt NU, se aplică activitățile planificate /obișnuite.

Figura 7 – Abordarea colaborării intersectoriale

Întrebare	Activitate	Acțiune necesară	Responsabilitate
Ce împiedică bunăstarea acestui copil	Se adună informații	Informații despre familie, medicale, istoric sănătate orală Examinare orodentară	AMC; se colaborează cu medicul de familie
Am nevoie ca să intervin	Se ține la zi fișa beneficiarului /fișa de acțiuni colective de IEC	Verificarea vizitelor (inclusiv planificare vizitei următoare	AMC; se colaborează cu medicul de familie și după caz cu medicul dentist
Ce fac /cum intervin	Se comunică cu părinții/îngrijitorii	Se explică ce s-a identificat, ce e necesar ca părinții/îngrijitorii să facă	AMC; se colaborează cu medicul de familie; se cere sprijin de la primărie pentru situații speciale
	Se explică schimbările necesare/așteptate	Se face educație igienă dentară, alimentație, necesitate vizită dentist	AMC; se colaborează cu medicul de familie, medicul dentist, și/sau școala
Am nevoie de alți profesioniști/alte instituții	Se identifică profesionistul sau instituția	Există boli acute severe, riscuri crescute pentru sănătate (inclusiv orodentare) dizabilități – se analizează nevoia cu medicul de familie, sau dentistul, sau serviciul social	AMC; se colaborează cu medicul de familie, cel mai apropiat furnizor de servicii dentare, și, după caz, și cu asistentul social/ serviciul de asistență socială din Primărie
		Există semne de părăsire a școlii - se anunță mediatorul/consilierul școlar	AMC; se colaborează cu școala, Inspectoratul școlar
		Există semne de neglijare /abuz - se anunță serviciul de specialitate	AMC; se colaborează cu Serviciul social/ protecția copilului

3.2. Personalul de sănătate din prima linie (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari), ca și personalul din serviciile publice de asistență socială care lucrează cu persoane cu risc crescut de sănătate orală precară sunt instruiți periodic.

Organizația Mondială a Sănătății recomandă instruirea periodică a profesioniștilor din asistența medicală comunitară în promovarea sănătății orodentare; toate ghidurile studiate recomandă de altfel includerea în educația medicală continuă pentru asistenții medicali a sesiunilor de îngrijire centrată pe nevoile pacienților, comunicare pentru schimbarea comportamentelor (în domeniul sănătății orale). OMS a elaborat linii directoare privind optimizarea programelor de asistență medicală comunitară (5), inclusiv educație pentru câștigarea următoarelor competențe de bază (relevante pentru sănătatea orodentară/selecție)

- protejarea sănătății familiei, inclusiv identificarea nevoilor sociale și a riscurilor pentru sănătate; acordarea de servicii de bază, inclusiv intervenții de prevenție, promovare a sănătății (inclusiv a sănătății orodentare), educație, sprijin

psihosocial;

- identificarea determinantilor sociali și de mediu ai stării de sănătate; supraveghere, monitorizare și colectare, analiză și utilizare a datelor;
- câștigarea de abilități de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, dar și asigurarea confidențialității sau siguranța pacienților; angajament și mobilizare comunitară;
- metodologiile/protocoalele de colaborare cu personalul din asistența medicală primară, de specialitate, și cu alte instituții responsabile de siguranța și bunăstarea copiilor, vârstnicilor, familiei și comunității.

Asistenții medicali comunitari pot solicita Direcției Județene de Sănătate Publică, Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România organizarea de cursuri în domeniul sănătății orale. Este recomandată și căutarea în oferta existentă de cursuri de educație medicală continuă existente, sau participarea la instruirii acreditate organizate de diferite instituții sau organizații.

RECOMANDAREA ÎN PRACTICĂ

- Asistentul medical comunitar colaborează pentru promovarea sănătății orodentare acordată cu prioritate beneficiarilor din familii vulnerabile cu medicul de familie, școala, serviciile de asistență socială, alți furnizori din sistemul de sănătate, social, de educație, și cu organizații nonguvernamentale din zonă active în domeniul sănătății;
- Asistentul medical comunitar cunoaște prevederile legale privind serviciile de medicină dentară din pachetul minimal și pachetul de bază. Are lista și datele de contact ale cabinetelor/furnizorilor de servicii stomatologice din zonă; informează familiile și facilitează accesul la aceste servicii după evaluarea factorilor de risc;
- Asistentul medical comunitar are obligația observării și raportării oricărei forme de neglijență și/sau abuz asupra copiilor; raportarea trebuie extinsă și pentru alte categorii vulnerabile (de exemplu persoane în vârstă dependente, etc);
- Asistentul medical comunitar participă la instruirii periodice pe tema sănătății orale;
- Se utilizează instrumentele puse la dispoziție.



Monitorizarea

Evaluarea riscurilor/ examinarea cavității bucale la copiii sub șase ani trebuie efectuată la fiecare vizită de monitorizare a dezvoltării copilului.

Evaluarea riscurilor/ examinarea cavității bucale a adulților cu nevoi speciale trebuie efectuată anual.

Promovarea sănătății orale (igienă și alimentație) se realizează la fiecare vizită de evaluare a riscurilor și cel puțin o dată pe an în sesiuni de grup de comunicare pentru schimbarea comportamentelor, adaptată pe grupe de vârstă conform recomandărilor din prezentul Ghid.

Implementarea activităților trebuie monitorizate de către coordonatorul de asistență medicală comunitară de la Direcțiile județene de sănătate publică. Organizația Mondială a Sănătății recomandă monitorizarea anuală și evaluarea periodică (la trei ani) a activităților care promovează sănătatea orodentară la nivelul asistenței medicale primare și comunitare, pentru identificarea problemelor relevante și respectiv a soluțiilor. Monitorizarea și evaluarea trebuie să fie privite ca experiențe de învățare și nu de control (5).

Bibliografie

World Health Organization (2021). World Health Assembly Resolution Geneva: WHO <https://www.who.int/news/item/27-05-2021-world-health-assembly-resolution-paves-the-way-for-better-oral-health-care>

Marco A Peres and Al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)

Institutul Național de Sănătate Publică (2020) "Evaluarea de nevoi și comportamente la risc pentru sănătate în populația vulnerabilă", <https://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2020/09/Raport-cercetare-populatii-vulnerabile.pdf>

Institutul Național de Sănătate Publică (2021) Analiză de situație; Campania sănătatea orală „Fii mândru de zâmbetul tău! Ai grijă de sănătatea ta orală!” <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2021/03/SO-2021-Analiza-de-situa%C5%A3ie.pdf>

World Health Organization, Oral Health <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health> Data and Statistics; <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health/data-and-statistics>; <https://www.who.int/publications/i/item/ending-childhood-dental-carries-who-implementation-manual>

MSD Manual. Professional Version (2020) <https://www.msdmanuals.com/professional/dental-disorders/symptoms-of-dental-and-oral-disorders/stomatitis>

National Cancer Institute, US, Dictionary, <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>

American Academy of Pediatric Dentists (2020) <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations>

WHO, The Global Health Observatory <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-ta-registry/imr-details/3812>

World Health Organization (WHO) (2017), Sugars and dental caries. (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.12>, and World Health Organization (WHO) (2015) Guideline: Sugars intake for adults and children. <https://www.who.int/publications/i/>

[item/9789241549028](https://www.who.int/publications/i/item/9789241549028)

Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. Prev Chronic Dis 2019; 16:180641, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31560644/>.

American Academy of Pediatric Dentistry (2020). Policy on Social Determinants of Children's Oral Health and Health Disparities; https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_socialdeterminants.pdf

The Platform for Better Health in Europe/ The Council of European Chief Dental Officers (CECDO), References for DMFT Data for 12 year old (2018) http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2019/03/PBOHE_Health-at-a-Glance-Europe-The-case-for-including-Oral-Health-Indicators.pdf

American Academy of Pediatric Dentistry. Oral health care programs for infants, children, and adolescents. Pediatr Dent 2016;38(special issue):23-4.

World Health Organization (2019) Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva:. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO

Hugoson A, Lundgren D, Asklöw B, Borgkint G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis. J Clin Periodontol. 2007 May;34(5):407-15. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.001069.x. PMID: 17448044.

Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroja L, Garach Gómez A, Ruiz Hernández A, Toral López I. Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: evaluación de una intervención educativa en población infantil [Primary Care and oral health promotion: Assessment of an educational intervention in school children]. Aten Primaria. 2019 Aug-Sep;51(7):416-423. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2018.05.003. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30316564; PMCID: PMC6839536.

Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme (2018), Prevention and Management

of Dental Caries in Children, Dental Clinical Guidance, Second Edition, <https://www.sdcep.org.uk/published-guidance/caries-in-children/>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Dental interventions to prevent caries in children <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/dental-interventions-to-prevent-caries-in-children/> (2014, reviewed 2018)

Norway HelseDirektoratet (2021) National Professional Guidelines - Dental health services for children and young people 0–20 years (published 2018, revised 2021), <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tannhelsetjenester-til-barn-og-unge-020-ar>

Norway HelseDirektoratet, National Professional Guidelines - National guideline for health promotion and preventive work in the child and youth health centres and school health service, 0 – 20 years https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/National%20guideline%20for%20health%20promotion%20and%20preventive%20work%20in%20the%20child%20.pdf/_attachment/inline/854312bb-434e-4aab-b7eb-125d558eb434:a0aaa3fec5902792de-20d18abfddeee13bd377c8/National%20guideline%20for%20health%20promotion%20and%20preventive%20work%20in%20the%20child%20.pdf

Norway HelseDirektoratet (2019) Health-promoting and preventive measures for adults over 20 years <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsefremmende-og-forebyggende-tannhelsetiltak-for-voksne-over-20-ar>

National Institute for Health and Care Excellence/NICE (2015, updated 2018): Oral health promotion: general dental practice (NICE Guideline NG 30) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/chapter/Update-information> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng30/resources/oral-health-promotion-general-dental-practice-pdf-1837385644741> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48/resources/oral-health-assessment-tool-pdf-2543183533>

National Institute for Health and Care Excellence/ NICE (2014, update 2018), Oral health: local authorities and partners (NICE Public Health Guideline PH 55), <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ng48> and <https://www.nice.org.uk/guidance/ph55/resources/oral-health-local-authorities-and-partners-pdf-1996420085701>

Canadian Dental Association, http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/good_for_life/, si http://www.cda-adc.ca/en/oral_health/cfyt/dental_care_children/risk_assessment.asp, si <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-41-no-1-2021/release-notice-rourke-baby-caries-risk-pre-schoolers.html>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Oral health: Supporting adults who require assistance. 2nd ed. Toronto (ON): RNAO; 2020. <https://rnao.ca/bpg>