



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECOMENDAÇÕES SOBRE USO DE PRODUTOS FLUORADOS NO ÂMBITO DO SUS/SP EM FUNÇÃO DO RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

Grupo de Trabalho
(RSS-95, de 27.06.2000)

Jayme Aparecido Cury, Professor Doutor do Departamento de Ciências Fisiológicas – Área Bioquímica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas.

Paulo Capel Narvai, Professor Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Roberto Augusto Castellanos Fernandez, Professor Doutor do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Tania Izabel Bighetti Forni, Cirurgiã -Dentista da Secretaria de Estado da Saúde (DIR I - Capital), e Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo.

Simone Rennó Junqueira, Cirurgiã-Dentista da Secretaria de Estado da Saúde (DIR I - Capital), e Professora colaboradora do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Maria da Candelária Soares, Cirurgiã-Dentista, especialista em Saúde Pública, Diretora Técnica de Divisão de Saúde, Centro Técnico de Saúde Bucal – Secretaria de Estado da Saúde.

RECOMENDAÇÕES SOBRE USO DE PRODUTOS FLUORADOS NO ÂMBITO DO SUS-SP EM FUNÇÃO DO RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

O flúor vem sendo utilizado, sob diversas formas, como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária. Por isso é considerado elemento estratégico das tecnologias empregadas nos sistemas de prevenção em saúde bucal.

Nos anos 80 e 90, houve grande expansão na utilização de produtos fluorados no Estado de São Paulo. O principal veículo para o flúor vem sendo a água de abastecimento público. Em 1996, 30,7 milhões de paulistas tinham acesso a essa medida preventiva, correspondendo a 79,3% da população do Estado e a 91,8% da população com acesso à rede de água tratada. Contudo, o flúor está presente também em dentifrícios, soluções para bochechos, géis para aplicações tópicas e em outros produtos. Este uso de flúor em larga escala, em saúde pública, combinado com ações educativas e práticas adequadas de higiene pessoal, vem produzindo importantes mudanças no perfil epidemiológico da cárie dentária, conforme ficou documentado no levantamento “*Condições de saúde bucal – Estado de São Paulo, 1998*”.

Este novo contexto epidemiológico e a necessidade de se utilizar produtos fluorados apenas quando o seu emprego está efetivamente indicado e, ainda, associando-se adequadamente diferentes métodos são as justificativas para a edição dessas “Recomendações”.

PRODUTOS FLUORADOS

Alguns produtos fluorados mais utilizados têm certas características que precisam ser devidamente consideradas no planejamento e execução das ações preventivas.

A) ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida eficaz, segura, de baixo custo relativo e fácil aplicação. Reduz a prevalência da cárie em 60% em média. É recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde sendo obrigatória por lei no Brasil onde houver estação de tratamento de água (Lei Federal 6.050, de 24/05/1974). A ação setorial de saúde específica em relação a este produto é a vigilância sanitária, que deve ser feita por órgãos especializados no município (do SUS-SP) com base no princípio do heterocontrole. Cabe reiterar que é competência do SUS assegurar que a população consuma um produto em conformidade com as exigências legais. A Resolução SS-293/96, de 25/10/1996, estabelece os procedimentos do programa de vigilância da qualidade da água para consumo humano no Estado de São Paulo e dá providências correlatas.

B) DENTIFRÍCIOS

Seu uso diário é um dos maiores responsáveis pela redução dos níveis de cárie dentária, devido à ação tópica do flúor na cavidade bucal. Pela Portaria SNVS nº 71, de 29/05/1996 – que teve alguns anexos revogados pela Resolução nº 79, de 28/08/2000 –, não há obrigatoriedade de os dentifrícios comercializados conterem flúor mas, se tiverem, devem obedecer às recomendações em relação ao tipo e características do composto de flúor.

Os dentifrícios também são utilizados nas ações coletivas como veículo para flúor tópico durante a escovação supervisionada. Esta atividade deve ser realizada no

mínimo trimestralmente, em todas as pessoas, seja qual for o grupo de risco em que estejam incluídas.

Crianças de 2 a 4 anos deglutem, em média, 50% do dentífrico utilizado na escovação. Para crianças de 5 a 7 anos, esse percentual é inferior a 25%. Isto é um comprovado fator de risco para fluorose dentária. Para prevenir o problema, pais ou responsáveis devem ser orientados para supervisionar as escovações domésticas ou as realizadas em ações coletivas pelo menos até os 7 anos de idade, para instruir a criança para que não engula a espuma da escovação, e para colocar na escova pequena quantidade de pasta. A técnica recomendada para uso é a transversal.

Técnica Transversal: consiste em, com o tubo de dentífrico em posição perpendicular ao longo eixo da escova, dispensar no centro da ponta ativa do instrumento, uma quantidade de dentífrico correspondente a, no máximo, metade da sua largura da ponta ativa. Essa quantidade equivale, de modo geral, a um grão de ervilha pequeno e é suficiente para a finalidade. Esta técnica também é recomendada para adolescentes e adultos.

Para reduzir ainda mais a quantidade de dentífrico a ser utilizado nas crianças menores de 4 anos (já que estas ingerem maior quantidade), sugere-se a técnica da tampa:

Técnica da Tampa: consiste em, com a bisnaga fechada, pressionar levemente o tubo de modo a que fique retida, na parte interna da tampa (seja ela rosqueável ou não), uma pequena quantidade de pasta. Então, abre-se o tubo e pressiona-se a ponta ativa da escova contra a parte interna da tampa de modo a transferir para a escova a pequena quantidade de pasta ali retida. Esta quantidade é suficiente para veicular o flúor necessário e para produzir os outros efeitos do dentífrico. Esta técnica é indicada para os primeiros anos de vida e até aproximadamente os 4 anos de idade.

C) BOCHECHOS FLUORADOS

As soluções fluoradas para bochechos contendo 225 ppm F (0,05% de NaF) são recomendadas para o uso diário e as que contêm 900 ppm F (0,2% de NaF) são recomendadas para uso semanal.

Os bochechos semanais vêm sendo largamente utilizados no Brasil e no Estado de São Paulo. Como sua eficácia está condicionada à continuidade da ação, quando é utilizada solução de fluoreto de sódio a 0,2%, é preciso realizar, no mínimo, 25 aplicações por ano. São indicadas apenas a partir dos 6 anos de idade e não requerem profilaxia prévia. Em São Paulo, a Resolução SS-39 de 16/03/1999 estabelece normas para a realização de procedimentos coletivos, nos quais estão incluídos os bochechos fluorados.

As crianças entre 3 e 5 anos de idade ingerem de 10 a 20% da solução de bochecho. Na faixa etária de 6 anos ou mais, a porcentagem de ingestão é, no máximo, de 10%. Portanto, estes devem ser feitos apenas após cuidadosa avaliação profissional da necessidade e não são indicados para crianças menores de 6 anos ou para aquelas que não têm controle de seus reflexos.

Em relação à fluorose dentária, cuidados devem ser tomados no que diz respeito aos bochechos diários, pois, embora a concentração de flúor seja reduzida, a ingestão constante do produto pode significar algum risco, principalmente se usado em crianças menores de 6 anos. O uso de bochechos semanais é seguro e não representa risco quanto à ocorrência da fluorose. No entanto, a ingestão da solução de bochecho diário ou semanal pode representar algum problema em relação à intoxicação aguda, se ingerido mais do que a dose provavelmente tóxica, que é de 5 mgF/Kg. Nesse caso,

problemas gastro-intestinais (náusea, vômitos) e cardiovasculares (hipotensão), neurológicos (parestesia), podem ocorrer. Todo o cuidado quanto à letalidade deve ser tomado na manipulação dos produtos usados (sais, sachês, soluções concentradas) para o preparo das soluções que, além da rotulagem, devem ser mantidos longe do alcance de crianças. Em caso de acidente administrar cálcio oral (por exemplo leite); se necessário, induzir vômitos com eméticos e proceder à internação para controle.

Como ação de cobertura universal, os bochechos são indicados, principalmente, para municípios que não contam com o serviço de fluoretação das águas de abastecimento público e sejam justificados pela prevalência de cárie da população alvo.

Dentre as várias técnicas para aplicação de bochechos fluorados, as duas mais difundidas no Estado de São Paulo são a do copo descartável e a da "pisseta".

Técnica do Copo: consiste em entregar a cada participante um copo descartável contendo aproximadamente 5 ml para crianças de 6 e 7 anos e 10 ml de solução para as maiores de 7 anos. A um sinal do supervisor da ação a solução é levada à cavidade bucal e bochechada durante 1 (um) minuto. Após o bochecho a solução é devolvida ao copo e este descartado.

Técnica da "Pisseta": consiste em substituir a tampa cônica de uma almotolia de plástico de cerca de 500 ml por uma "pisseta" em forma de "V" invertido. Uma das extremidades, a mais longa, atinge o fundo da almotolia através de uma cânula de imersão e prende-se ao recipiente através da tampa. A outra extremidade é colocada próxima à abertura bucal, sem tocá-la. O dispositivo é então acionado mediante pressão digito-palmar no corpo da almotolia, liberando um jato com quantidade controlada de solução, suficiente para cobrir os dentes a serem atingidos. A criança começa então a bochechar a solução por 1 (um) minuto (como descrito acima) e em seguida a despreza no bebedouro ou pia.

D) OUTRAS FORMAS DE APLICAÇÃO DE SOLUÇÕES FLUORADAS

A solução de fluoreto de sódio a 0,02% vem sendo utilizada para o uso diário em bebês, aplicando-a com o auxílio de cotonete. Naqueles que apresentam um maior risco para a cárie, soluções mais concentradas (0,5%) vêm sendo preconizadas em aplicações semanais, durante um mês. Entretanto deve-se salientar que tais recomendações não estão fundamentadas em estudos clínicos controlados.

Para crianças menores de 2 anos, não se recomenda nenhum tipo de solução de flúor para a aplicação tópica. Essas crianças recebem o benefício da água fluoretada, usada no preparo de alimentos. Caso sejam de alto risco, os vernizes teriam melhor indicação.

Há no mercado soluções comerciais que contêm flúor, entretanto, essas não têm indicação terapêutica na prevenção da cárie, e sim para casos de hipersensibilidade.

E) PRODUTOS COM ALTA CONCENTRAÇÃO DE FLÚOR PARA USO PROFISSIONAL

Os produtos utilizados para aplicações profissionais são os géis e os vernizes (existe também a apresentação em mousse). Os géis fluorados contêm de 0,9 a 1,23% de flúor (9.000 a 12.300 ppm F). Nos vernizes são encontrados 22.600 ppm F. São, portanto, produtos com alta concentração de flúor e que devem ser manipulados por profissionais qualificados, uma vez que o seu emprego é indicado nos procedimentos de fluoroterapia intensiva, preconizados para indivíduos de médio e alto risco de cárie.

Há situações em que o gel fluorado é empregado para a aplicação em massa, indiscriminadamente, em geral uma vez por semestre, e sem profilaxia prévia. Isto ocorre quando os indivíduos não estão expostos ao flúor por outros veículos, ou essa exposição é mínima, ou quando a prevalência de cárie é alta. Nesses casos, a condição individual praticamente não é levada em conta na definição da estratégia. Entretanto, em contextos de baixa prevalência de cárie e alta exposição ao flúor, a aplicação indiscriminada de gel fluorado não é mais indicada. Mas seu uso continua válido, desde que restrito aos indivíduos que, efetivamente, dele necessitam. Sua aplicação pode ser realizada em ambiente clínico ou em espaços coletivos. Existem várias técnicas descritas para cada ambiente, entre as quais destacamos a do cotonete, a da gaze, a da moldeira e a da escova dentária. A finalidade é sempre a mesma, a aplicação de gel fluorado, e qualquer técnica, para ser efetiva, deve ser realizada de maneira adequada, respeitando-se os passos inerentes a cada uma. Sendo a técnica da escova dentária a mais comumente empregada nas ações coletivas no Estado de São Paulo, é oportuno descrevê-la em linhas gerais.

Técnica de Aplicação de Gel Fluorado com Escova Dentária: consiste em colocar no centro da ponta ativa de uma escova dentária, utilizando-se a técnica transversal, uma pequena quantidade de gel, equivalente a um grão de ervilha pequeno (menos que 0,5 g). Durante cerca de 30 segundos, fricciona-se a ponta da escova contendo o gel sobre as superfícies dentárias de um hemi-arco, exercendo leve pressão nas proximais e oclusais. Iniciar pelo hemi-arco superior direito e, em sentido horário, repetir o procedimento de modo a atingir os quatro hemi-arcos, perfazendo um total de 2 minutos de exposição ao gel. Orientar a criança para não engolir em nenhuma hipótese. O objetivo da atividade é, naquele momento, apenas aplicar flúor — não é, portanto, escovar os dentes. Assim, quem aplica o flúor não é a criança mas o agente da ação. Recomenda-se que este não chame mais do que 6 crianças ao mesmo tempo para fazer a aplicação de gel fluorado, de forma a facilitar o fluxo. É da maior importância que esse número não seja excedido, uma vez que o teor de flúor presente em géis é muito elevado, sendo necessário absoluto controle sobre o uso do produto em crianças. *Cabe reiterar que não se trata de escovação dentária com gel fluorado.* Recomenda-se enfaticamente que não se deve permitir que a criança, ou mesmo um adulto não qualificado, manipule gel fluorado.

Técnica de Aplicação de Verniz Fluorado: embora a quantidade de flúor reagente nos vernizes fluorados seja de aproximadamente 23.000 ppm F, sua adesividade permite que o produto seja aplicado apenas nas áreas de maior risco, minimizando a exposição a uma alta quantidade de flúor. Por esse motivo, é o veículo de flúor mais indicado para bebês de alto risco de cárie (e para outros indivíduos também). Vale destacar que a aplicação de verniz é feita em ambiente clínico, com o auxílio de pincéis, e não se tem descrições de técnicas de aplicação em ambientes coletivos.

F) MEDICAMENTOS FLUORETADOS

O uso pré-natal de medicamentos fluoretados (ex: complementos vitamínicos) não se justifica por não causar nenhum benefício. O uso pós-natal, mesmo em regiões sem água fluoretada, não é recomendado em saúde pública se a população infantil tem acesso a dentifrícios fluoretados. É uma tendência mundial a afirmação de que experiências em saúde pública com uso pós-natal de soluções e comprimidos diários não têm mostrado resultados positivos. Mesmo do ponto de vista individual, sua prescrição seria extremamente limitada.

Pelas características desses produtos e pela dimensão ética presente na realização dos procedimentos, recomenda-se que os responsáveis pelas ações obtenham autorização escrita dos responsáveis pelos beneficiários, retendo-a na instituição promotora da atividade. De fato, não apenas para a realização de fluoroterapia, mas para qualquer atividade desenvolvida fora da Unidade de Saúde, é necessária a autorização dos pais ou responsáveis. Nos procedimentos em ambiente clínico, a autorização do paciente ou responsável também é necessária, de acordo com as Resoluções SS-15, de 18/01/1999 e CFO-179/91, de 19/12/1991 (Código de Ética Odontológica) e o Código de Defesa do Consumidor.

PRINCÍPIOS PARA AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RISCO DE CÁRIE DENTÁRIA

Saúde e doença são determinadas por fatores sociais, econômicos e psicológicos. Mais importante é a incorporação das preocupações com a saúde nas discussões e implementações de políticas públicas baseadas num modelo socioeconômico, objetivando o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

Nesse sentido, admite-se que a promoção da saúde bucal é o processo social de produção de condições gerais de vida e de trabalho favoráveis a um desenvolvimento sadio da boca, compreendida em sua integralidade biológica e social. Portanto, e conforme a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, (Brasília, 25 a 27 de setembro, 1993) "(...) a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e à informação".

Nestas "Recomendações" admite-se que, para uma avaliação sumária do risco de cárie, são necessárias informações adicionais às relacionadas às características biológicas individuais e que, em relação a estas, algumas são suficientes para caracterizar o risco individual. Esta opção visa apenas à simplificação operacional de procedimentos e não significa que, com outras finalidades, informações adicionais não sejam necessárias.

Uma das características epidemiológicas da cárie dentária é o fenômeno da *polarização*. Observa-se que, em situações de baixa prevalência de cárie dentária, cerca de um quarto da população concentra aproximadamente 75% das necessidades de tratamento decorrentes de cárie. Esta distribuição não uniforme da doença entre os indivíduos faz com que seja necessário diferenciar as medidas preventivas a serem desenvolvidas junto aos diferentes grupos populacionais. É indispensável, entretanto, sublinhar que ações preventivas são imprescindíveis para todos e devem ser realizadas segundo o princípio da universalidade. Reitera-se, portanto, que a polarização não é razão para descontinuar medidas preventivas dirigidas a toda população, mas justifica a ênfase que deve ser dada às ações direcionadas aos grupos mais vulneráveis.

Com tal finalidade – avaliação do risco de cárie –, o exame pode ser realizado tanto no ambiente clínico, como em outros espaços coletivos. Neste caso, o exame será feito com o auxílio de espátula de madeira, consistindo na inspeção visual dos arcos dentários, sob luz ambiente natural ou artificial, sem secagem dos dentes, a fim de verificar o número e localização das superfícies dentárias afetadas pela doença cárie – incluindo mancha branca – e placa bacteriana.

a) Fatores de risco

Alguns fatores têm sido identificados nas pesquisas científicas que abordam o risco de cárie dentária. Eles estão identificados no Quadro 1.

QUADRO 1 – Fatores associados ao risco de cárie dentária.

| FATORES | CARACTERIZAÇÃO DO ALTO RISCO DE CÁRIE |
|-----------------------------|---|
| Aspectos socioculturais | <ul style="list-style-type: none">• Baixa renda média familiar• Desemprego• Maior concentração populacional nos domicílios• Menor grau de escolaridade materna• Crianças que moram com um dos pais |
| Idade | <ul style="list-style-type: none">• Maior risco entre 2 e 16 anos |
| Experiência prévia de cárie | <ul style="list-style-type: none">• Alta prevalência de cárie nos anteriores superiores aos 3 anos• Mais de 3 cavidades em superfícies proximais de decíduos• 8 ou mais superfícies com cárie aos 7 anos• Cárie em 1 dente anterior aos 11 anos• Valores do índice CPO-D e CPO-S acima da média apresentada pelo respectivo grupo |
| Localização da lesão | <ul style="list-style-type: none">• Cárie em superfície proximal de incisivo ou 1º molar aos 9-10 anos• Lesões em superfícies lisas, principalmente na bateria labial inferior• Duas ou mais cavidades cariadas em superfícies interproximais |
| Atividade de cárie | <ul style="list-style-type: none">• Presença de superfícies cariadas e de manchas brancas• Lesões incipientes em superfícies lisas |
| Hábitos | <ul style="list-style-type: none">• Baixa frequência de escovação• Idade no início de escovação |
| Placa bacteriana | <ul style="list-style-type: none">• Grande quantidade de placa visível nos dentes 16, 11, 32 e 36 |

Na possibilidade de investigar aspectos socioculturais e hábitos do indivíduo, estes podem esclarecer a conduta e a conseqüente condição de saúde bucal

encontrada. Isso deve, inclusive, favorecer a orientação para uma mudança nos hábitos, tentando reverter um quadro desfavorável.

A experiência prévia de cárie é identificada pelos dentes restaurados, cariados e perdidos por cárie.

Quanto à localização da lesão, esta pode indicar uma alta atividade de cárie dentária e com isso, orientar a conduta terapêutica mais adequada ao paciente, individualmente. No entanto, em ações coletivas, o fato de alguém apresentar uma lesão de cárie, independentemente de sua localização, já é um indicativo de risco e este deve receber tratamento.

Tendo em vista a relação existente entre os fatores de risco apresentados no Quadro 1, busca-se uma classificação clínica que também seja compatível com a operacionalização das ações coletivas em saúde bucal, onde o exame clínico e a anamnese não são viáveis.

b) Classificação do risco e inclusão do indivíduo segundo o risco

Com base nos fatores de risco expostos no Quadro 1, cada indivíduo pode ser classificado num dos 3 grupos de risco apresentados no Quadro 2. Deve-se esclarecer que esta proposta da SES-SP é baseada em várias experiências municipais realizadas no Estado e, certamente, não é a única forma de classificar os indivíduos com relação ao risco de cárie.

QUADRO 2 – Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual.

| CLASSIFICAÇÃO | GRUPO | SITUAÇÃO INDIVIDUAL |
|----------------|-------|--|
| Baixo risco | A | Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa |
| Risco Moderado | B | História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa |
| | C | Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa |
| Alto risco | D | Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa |
| | E | Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda |
| | F | Presença de dor e/ou abscesso |

A divisão em grupos (A, B, C, D, E, F) é proposta para facilitar a referência dos indivíduos que necessitem de tratamento odontológico, segundo suas necessidades

mais imediatas, para as Unidades Básicas de Saúde, no caso de ações coletivas. Naqueles que já estão em tratamento na Unidade de Saúde, essa classificação pode orientar um agendamento mais propício para cada caso, em que os que apresentam um quadro mais grave devem ser atendidos com maior frequência.

c) Exposição a produtos fluorados segundo o grupo de risco

A possibilidade de acesso à água de abastecimento público fluoretada deve ser universal. Entretanto, há situações em que isto não acontece, seja em comunidades rurais ou mesmo em alguns núcleos urbanos. No Quadro 3 são apresentadas recomendações para exposição dos indivíduos a diferentes combinações de produtos fluorados, segundo o grupo de risco, considerando-se a condição de acesso à água fluoretada.

A escolha do produto fluorado dependerá, entre outros aspectos, dos recursos disponíveis, da facilidade de aplicação da técnica e do grupo populacional – alvo da ação programática.

Quadro 3 – Exposição individual a produtos fluorados segundo o grupo de risco e o acesso à água fluoretada.

| GRUPO | ACESSO À ÁGUA FLUORETADA | |
|---------------|---|---|
| | Sim | Não |
| A | <ul style="list-style-type: none"> • Dentifrícios | <ul style="list-style-type: none"> • Dentifrícios • Bochechos |
| B, C, D, E, F | <ul style="list-style-type: none"> • Dentifrícios • Géis/Vernizes | <ul style="list-style-type: none"> • Dentifrícios • Bochechos* • Géis/Vernizes |

Nota: Embora esta classificação se refira a indivíduos, sua finalidade é auxiliar na tomada de decisão sobre ações coletivas. Assim, para facilitar a operacionalização das ações, recomenda-se levar em consideração a situação epidemiológica em cada local onde a ação coletiva será realizada. Dessa forma, a situação epidemiológica deve ser a base para a tomada de decisão. Por exemplo: mesmo em indivíduos com acesso à água fluoretada, bochechos fluorados* (desde que realizados semanalmente, totalizando, no mínimo, 25 aplicações durante um ano) podem estar indicados quando o valor do Índice CPO-D for maior que 3 aos 12 anos; ou se a proporção de indivíduos de 12 anos com índice CPO-D igual a zero for menor do que 30%.

d) Frequência do uso de produtos fluorados

A aplicação do flúor pode ser realizada em espaços coletivos ou nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o risco apresentado pelo paciente. O Quadro 4 refere-se à frequência de aplicação dos diferentes produtos fluorados, considerando-se a condição de acesso à água fluoretada.

Quadro 4 – Frequência da aplicação de produtos fluorados segundo o acesso à água fluoretada.

| PRODUTO | ACESSO À ÁGUA FLUORETADA | |
|-------------------------|---|---|
| | Sim | Não |
| DENTIFRÍCIOS | Diário | Diário |
| BOCHECHOS FLUORADOS | – | Diário na concentração de 0,05% ou semanal na concentração de 0,2% |
| GÉIS/VERNIZES FLUORADOS | Fluorterapia intensiva, enquanto condições de alto risco forem detectadas | Fluorterapia intensiva, enquanto condições de alto risco forem detectadas |

Nota: Há várias estratégias e controvérsias em relação à frequência da fluorterapia intensiva. Levando-se em consideração a possível influência da ação educativa, medidas intensivas de aplicação de flúor conduzidas durante 4 (quatro) semanas consecutivas são recomendadas, sendo reduzidas gradativamente para 2 (duas) no mês seguinte e finalmente para 1 (uma) semana no terceiro mês. Flexibilizações nessa frequência são possíveis em função da reclassificação do risco do indivíduo. Nesse sentido, a avaliação de sangramento gengival e o índice de placa são aspectos que podem ser considerados. A ausência de resultados positivos pode estar relacionada a indivíduos que mereçam avaliação clínica e microbiológica mais detalhada.

Estas recomendações estão baseadas em minuciosa revisão da literatura científica e expressam uma (mas não a única) possibilidade de consenso sobre o assunto. Dadas as características da produção científica, prevê-se a edição de novas “Recomendações” no futuro, sendo fundamentais nesse processo dinâmico de aperfeiçoamento, as contribuições decorrentes das experiências daqueles que estão à frente dos serviços.

O texto de apoio para a elaboração destas Recomendações poderá ser consultado no site www.saude.sp.gov.br