

Ziua Mondială a Sănătății Orale

20 martie 2019

Analiză de situație

Cuprins

a). Date statistice la nivel european național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului.....	2
b). Rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale	7
c). Factorii de risc, Mecanismul de acțiune	9
d). Intervenții eficiente la nivel național pentru grupurile țintă ale campaniei.....	10
e). Evidențe utile pentru intervenții la nivel național, european și internațional	11
f). Politici, strategii, planuri de acțiune și programe existente la nivel european, național și județean.	12
g). Analiza grupurilor populaționale	14
h). Campaniile IEC efectuate la nivel național în anii anteriori.....	15

a). Date statistice la nivel european, național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului

1. Date privind personalul din serviciile de sănătate orală

În anul 2017, conform datelor furnizate de Institutul Național de Statistică, privind asigurarea populației cu personal medical, numărul medicilor dentiști a fost de 15653 persoane (cu 4,8% mai puțini față de anul precedent). Dintre aceștia, 1619 lucrau în sectorul public și 14034 în sectorul privat.

Sursa: *Situația personalului din sistemul sanitar în România - la 31 decembrie 2017, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, octombrie 2018*

Distribuția personalului sanitar pe medii de rezidență este determinată de repartizarea teritorială a unităților sanitare. Unitățile sanitare din mediul urban au dispus în anul 2017 de un număr de 13608 medici dentiști (86,9% din totalul medicilor din sistemul sanitar). Din punctul de vedere al personalului sanitar care asigură îngrijirea sănătății populației, în mediul rural acesta a fost slab reprezentat, în anul 2017 desfășurându-și activitatea numai 13,1% dintre medicii dentiști.

Repartizarea pe județe a personalului sanitar în anul 2017 evidențiază că cel mai mare număr de personal medical s-a înregistrat în Municipiul București, unde și-au desfășurat activitatea 2864 medici dentiști, precum și în județele Timiș (1038 medici dentiști), Cluj (953 medici dentiști) și Bihor (739 medici dentiști). Numărul cel mai mic de personal cu pregătire sanitară s-a înregistrat în județul Giurgiu unde și-au desfășurat activitatea 82 medici dentiști și în județul Olt cu 84 medici dentiști.

În anul 2017, numărul populației ce a revenit, în medie, la un medic dentist este de 1251 locuitori, față de 1199 locuitori în anul precedent.

Tabelul 1. Asigurarea populației cu medici dentiști și numărul de locuitori ce revine unui medic dentist, pe medii de rezidență

Categoría de personal	Total urban+rural	Mediul de rezidență	
		Urban	Rural
Medici dentiști (persoane)	15653	13608	2045
- locuitori la un medic dentist	1251	774	4456

Comparativ cu celelalte țări din Uniunea Europeană, în anul 2014, în România reveneau cei mai mulți locuitori la un medic dentist (1338 locuitori la un medic dentist) fiind depășită doar de Slovacia (2051 locuitori), Malta (2126 locuitori) și Polonia (2687 locuitori).

Un alt indicator statistic care evidențiază gradul de încărcare al personalului din sistemul sanitar îl reprezintă numărul de personal sanitar ce revine la 10000 de locuitori care a avut o evoluție relativ constantă în perioada 2016-2017. Astfel, în anul 2017 s-au înregistrat, în medie, la 10000 locuitori 8 medici dentiști (fața de 8,3 în anul 2016).

http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2017.pdf

Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP) a furnizat următoarele date referitoare la numărul de medici dentiști din România, valabile la 31 decembrie 2017:

Tabelul 2. Asigurarea populației cu medici dentiști pe județe

	Numărul medicilor dentiști 2017	Numărul medicilor dentiști 2016
Total	15653	16442
Alba	168	200
Arad	399	395
Argeș	383	480
Bacău	321	321
Bihor	739	728
Bistrița-Năsăud	170	170
Botoșani	155	147
Brăila	426	193
Brașov	195	416
Buzău	185	179
Călărași	171	85

Caraș-Severin	85	164
Cluj	953	1021
Constanța	675	656
Covasna	102	105
Dambovița	220	217
Dolj	643	598
Galați	336	333
Giurgiu	82	83
Gorj	171	168
Harghita	171	164
Hunedoara	266	266
Ialomița	48	79
Iași	550	1272
Ilfov	198	185
Maramureș	350	353
Mehedinți	139	130
Mureș	488	462
Neamț	298	280
Olt	84	84
Prahova	524	495
Sălaj	217	160
Satu Mare	148	231
Sibiu	477	466
Suceava	435	432
Teleorman	115	113
Timiș	1038	1022
Tulcea	105	112
Vâlcea	157	221
Vaslui	229	150
Vrancea	173	176
Municipiul București	2864	2930

Sursa: INSP- CNSISP

Distribuția medicilor dentiști, conform raportului privind Activitatea unităților sanitare, Institutul Național de Statistică a furnizat următoarele date pentru anul 2017:

Tabelul 3. Distribuția medicilor stomatologi pe medii de rezidență și după forma de proprietate a unității sanitare, în anul 2017

FORMA DE PROPRIETATE PUBLICĂ	Total	Urban	Rural
Cabinete stomatologice școlare	442	440	2
Cabinete stomatologice studențești	38	38	0
FORMA DE PROPRIETATE PRIVATĂ	Total	Urban	Rural
Cabinete stomatologice independente	15095	12953	2142

Sursa: Activitatea unităților sanitare în anul 2017, Institutul Național de Statistică, 2018

Tabelul 4. Distribuția medicilor dentiști în raport cu numărul de locuitori

	Anul													
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dentisti	9907	10249	10620	11651	11901	12497	12990	13355	13814	14282	14879	15556	16442	15653
Locuitori la un medic dentist	2188	2110	2032	1849	1807	1718	1650	1599	1543	1489	1338	1277	1202	1255
Medici dentiști la 10000 locuitori	4.6	4.7	4.9	5.4	5.5	5.8	6.1	6.3	6.9	7.1	7.5	8	8	7.7

Sursa: Institutul Național de Statistică, Activitatea unităților sanitare în anul 2017

http://www.insse.ro/old/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2017.pdf

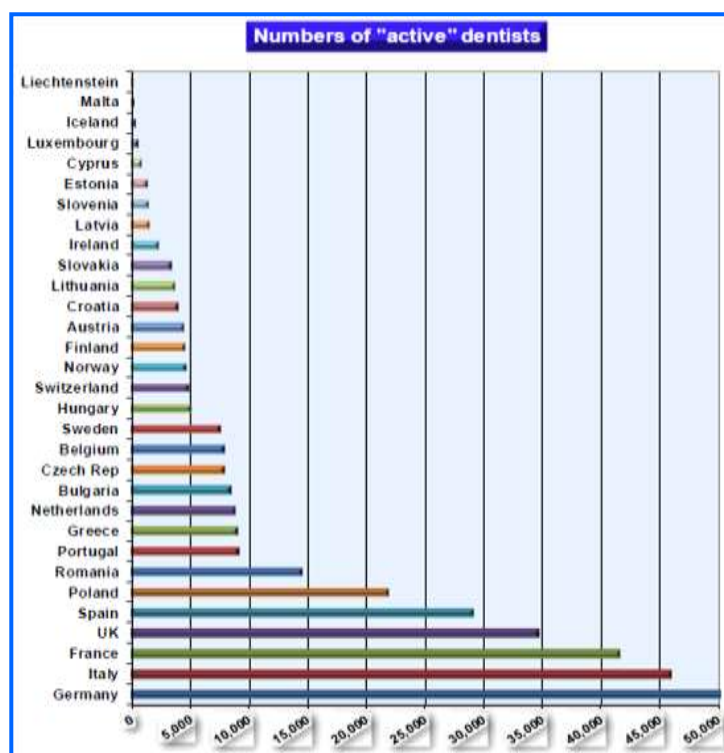


Fig. 1. Numărul medicilor dentiști în activitate, la 10000 de locuitori în țările europene, în 2015

Sursa: EU Manual of Dental Practice 2015, Edition 5.1

2. Date privind activitatea serviciilor stomatologice în România:

Anuarul de Statistică Sanitară 2017 al Centrului Național pentru Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP) furnizează următoarele date privind numărul de consultații și tratamente stomatologice:

Tabelul 5. Numărul consultațiilor și tratamentelor stomatologice în România

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nr. consultații și tratamente stomatologice (în mii)	1473.4	542.8	716.8	366.9	500.4	610.9	483.1
Nr. consultații și tratamente ce revin pentru un locuitor	0.07	0.03	0.04	0.02	0.03	0.03	0.02

Pentru anii 2011-2017 indicii au fost calculați cu populația rezidentă la 1 iulie a anului de referință

Sursa: Anuarul de Statistică Sanitară 2017

Tendința numărului de consultații și tratamente stomatologice în România a fost una în scădere de la 0,03 consultații și tratamente la 1 locuitor în anul 2016 la 0,02 în 2017.

http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/anuarul_statistic_al_romaniei_carte_ro.pdf

3. Date privind cheltuielile alocate serviciilor stomatologice în România:

Cheltuielile alocate pentru serviciile de îngrijire a sănătății orale sunt în strânsă corelație cu produsul intern brut.

Conform raportului "Platformei Europene pentru o Sănătate Orală mai Bună", România este pe ultimele locuri din Europa în ceea ce privește bugetul alocat sănătății orale.

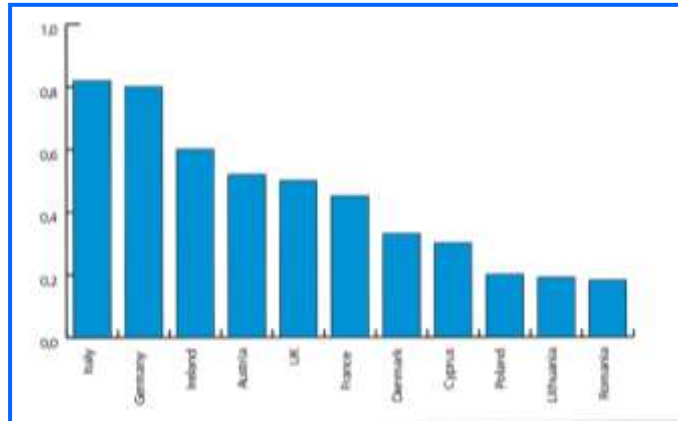
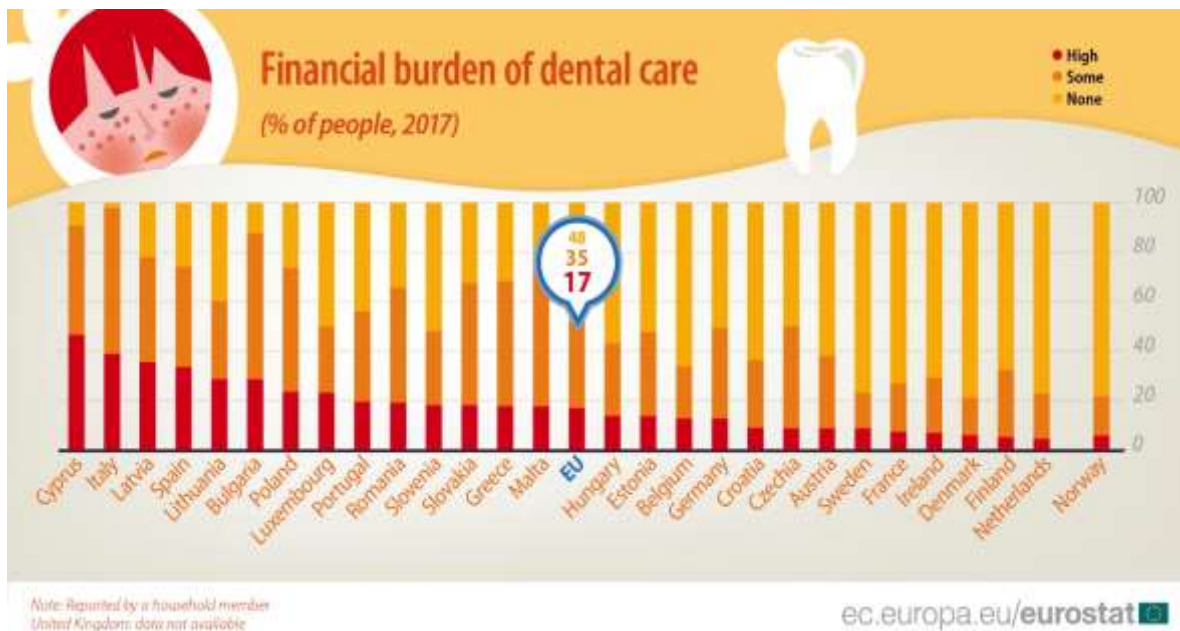


Fig.2. Procentul estimat din PIB alocat sănătății orale, în diferite țări europene

4. Date privind povara financiară a cheltuielilor cu servicii stomatologice în România și țările Uniunii Europene

Conform datelor publicate în 2017 de Eurostat, Biroul Statistic European în privința serviciilor stomatologice, se constată că Cipru este țara în care povara financiară a fost resimțită cel mai mult (47% au răspuns că este o povară financiară grea), iar pentru România proporția a fost de 19% (respondenți care consideră ca fiind o povară grea). Deasemenea, 53,4% persoane consideră că există o povara financiară a serviciilor stomatologice, în timp ce doar pentru 34,4% dintre persoane cheltuielile pentru servicii de stomatologie nu constituie o povară



5. Date privind incidența și mortalitatea cancerului labial(buza) și cavitații bucale în România

Cancerul buzelor și cavitații bucale reprezintă în România o problemă importantă de sănătate publică, cu o incidență și mortalitate crescută.

Din datele furnizate de Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului în 2017, se constată că România se află pe locul 9 în Europa în ceea ce privește numărul de cazuri noi de cancer ale buzelor și cavitații bucale și pe locul 7 dacă se ține cont de ratele de incidență și mortalitate prin aceste afecțiuni, după Ungaria, Portugalia, Slovacia, Belgia, Belarus și Ucraina.

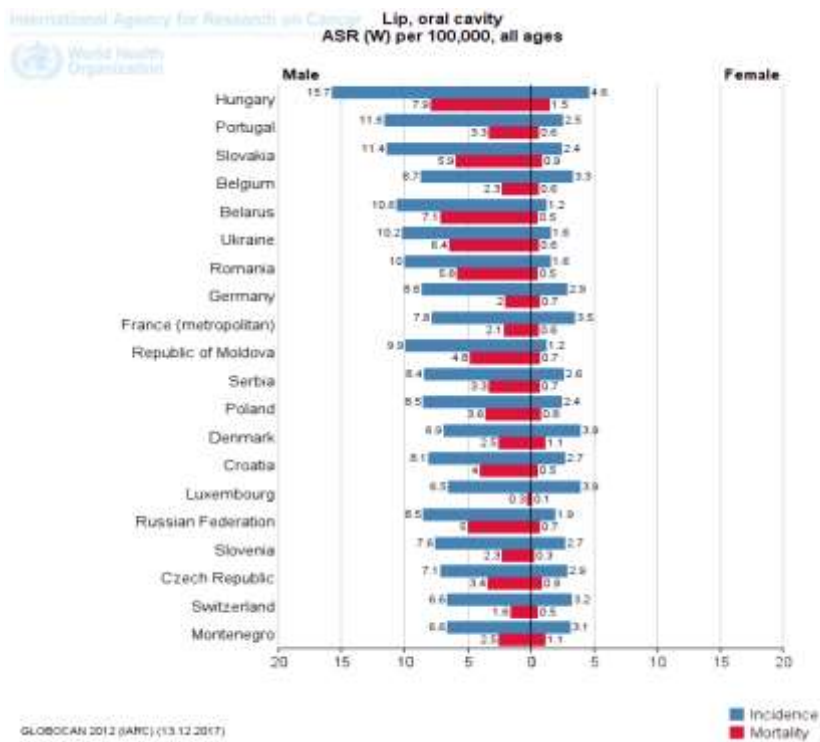


Fig.3. Ratele standardizate de incidență și mortalitate prin cancerul de buze și cavitate orală pe sexe, la nivel european
Sursa: IARC (International Agency for Research on Cancer), Cancer Today

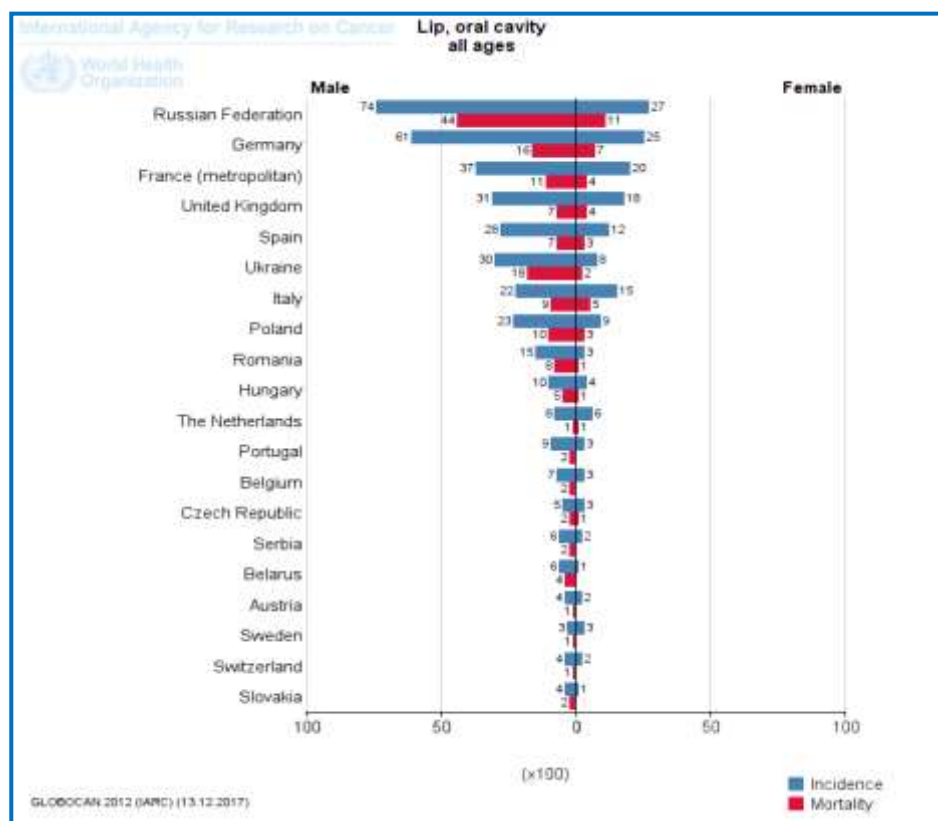


Fig.4. Numărul cazurilor noi și al deceselor prin cancer al buzelor și cavității orale, în țările europene
Sursa: IARC (International Agency for Research on Cancer), Cancer Today

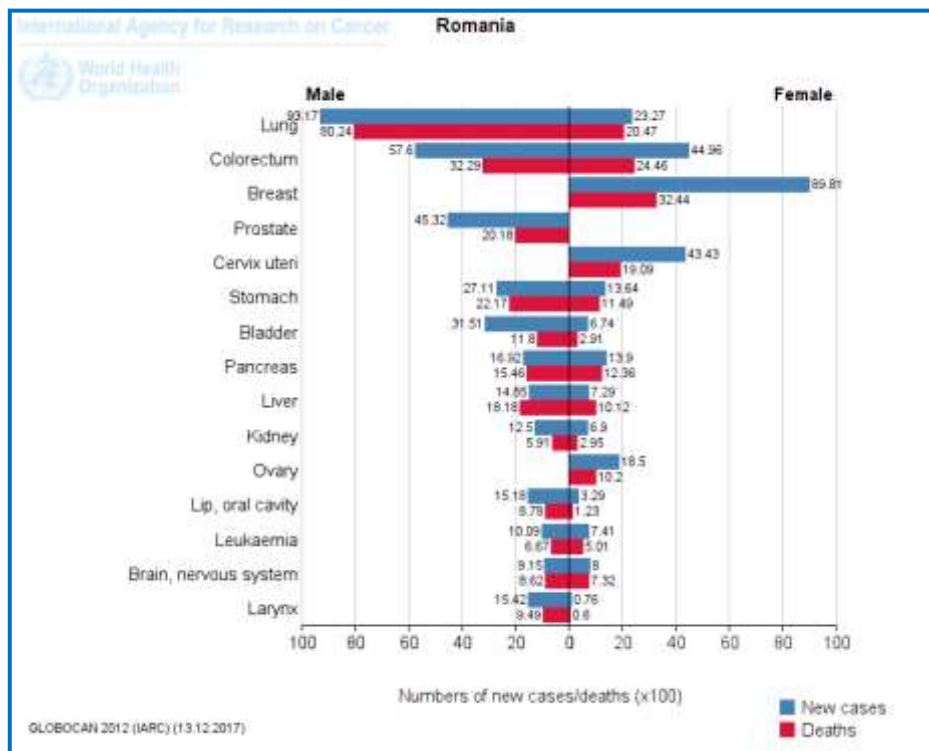


Fig. 5. Ratele de incidență și mortalitate prin cele mai frecvente forme de cancer, în România
Sursa: IARC (International Agency for Research on Cancer), Cancer Today

- [1. http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/](http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/)
- [2. http://gco.iarc.fr/today/home](http://gco.iarc.fr/today/home)

b). Rezultate relevante din studiile naționale, europene și internaționale

Rețeaua de cercetare HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children-World Health Organization Collaborative cross-national survey*), *colaborare mondială pentru studii trans-naționale*, colectează, la fiecare patru ani, date privind starea de sănătate, mediul social și comportamentele copiilor cu vârste de 11, 13 și 15 ani. Acești ani marchează o perioadă de creștere a gradului lor de independență, care poate influența dezvoltarea comportamentelor lor legate de sănătate.

În studiul realizat de HBSC, referitor la sănătatea orală a copiilor din România, frecvența cu care elevii adoptă comportamente de igienă orală a fost măsurată printr-un singur item: *Cât de des te speli pe dinți?* Variantele de răspuns care le-au fost oferite copiilor au fost: mai des de o dată pe zi, o dată pe zi, cel puțin o dată pe săptămână, dar nu zilnic, mai rar decât o dată pe săptămână, niciodată. În analiza derulată, au fost luate în considerare toate răspunsurile care indicau faptul că ei se spală pe dinți mai des de o dată pe zi.

Rezultatele studiului arată că, global, mai puțin de jumătate dintre elevii din România se spală mai des de o dată pe zi pe dinți (43.25% elevii de 11 ani, 46.55% elevii de 13 ani și 45.15% dintre elevii de 15 ani). În cazul băieților, putem observa că odată cu înaintarea în vârstă frecvența spălării pe dinți se reduce (de la 40.4% dintre băieții de 11 ani la 36% dintre băieții de 15 ani). În cazul fetelor, putem observa o evoluție opusă ascendentă. Fetele din categoria de vârstă de 11 ani indică cea mai redusă frecvență a spălării de cel puțin o dată pe zi (46.1%), iar cea mai ridicată frecvență se regăsește în cazul fetelor de 13 ani (55.1% dintre acestea)(Fig.6). Analizând diferențele de gen, putem afirma că în cazul elevilor de 13 ani și 15 ani, fetele indică semnificativ mai frecvent faptul că se spală mai des de o dată pe zi pe dinți.

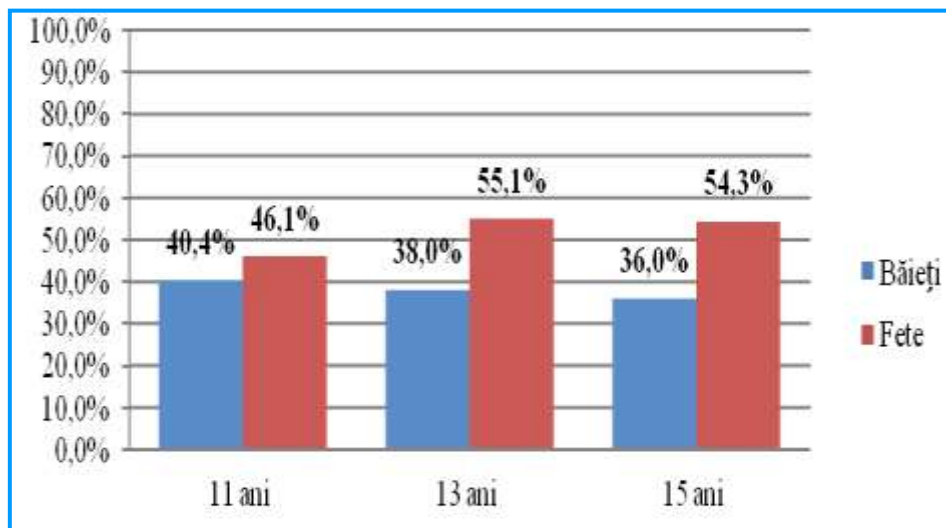


Fig. 6. Procentul celor care raportează că se spală pe dinți *mai des de o dată pe zi*
Sursa: cercetare HBSC

- [1. http://www.galasocietatiicivile.ro/pictures/documents/316-Backgrounder_CIFRE_ZambesteRomania_Rablepentruperiutata2015.pdf](http://www.galasocietatiicivile.ro/pictures/documents/316-Backgrounder_CIFRE_ZambesteRomania_Rablepentruperiutata2015.pdf)
- [2. http://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Raport-HBSC-Romania-bun.pdf](http://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Raport-HBSC-Romania-bun.pdf)

Analizând modul în care acest comportament s-a schimbat din 2006, putem observa din **Fig. 7** că în cazul băieților evoluția a fost una constantă (37,8% în 2006 vs 38,1% în 2014). Datele despre fete pun în evidență o evoluție diferită, în cazul lor observându-se o creștere ușoară între 2006 și 2010, urmată apoi de o descreștere cu 3,9% în 2014. În fiecare an, fetele au indicat mai frecvent că se spală pe dinți de mai multe ori pe zi comparativ cu băieții.

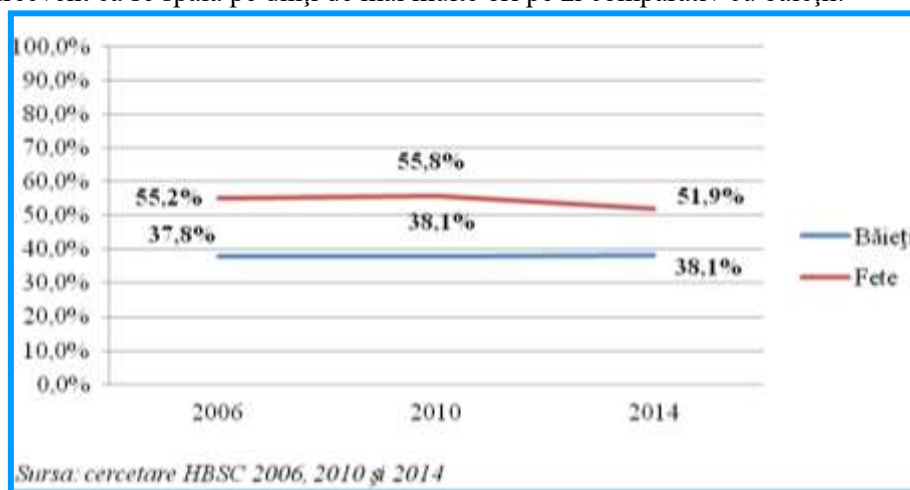


Fig 7. Procentul celor care raportează că se spală pe dinți *mai des de o dată pe zi*

Conform rezultatelor raportate, unul din doi elevi din România nu se spală mai des de o dată pe zi pe dinți. Cu siguranță este necesară dezvoltarea unor politici de sănătate publică care să vizeze direct acest domeniu în vederea creșterii frecvenței comportamentului de periaj dentar după mesele principale. Practicarea regulată și corectă a periajului dentar este o condiție ușor de atins pentru a îmbunătăți sănătatea orală a copiilor și adolescenților.

Conform studiului „*Oral healthcare systems in the extended European union*” („Sistemele de sănătate orală în cadrul Uniunii Europene extinse”), autori Widström E, Eaton KA., care a analizat sistemele de furnizare a asistenței medicale orale în cele 28 de state membre și candidate ale UE / SEE în 2003, au existat șase modele (Beveridgian, Bismarkian, Europa de Est (în tranziție), Europa de Nord, Europa de Sud și hibrid) pentru administrarea și finanțarea asistenței medicale orale în UE extinsă. Gradul și natura implicării guvernului în planificarea și coordonarea serviciilor de sănătate orală, precum și numărul și salariul forței de muncă din domeniul sănătății orale au variat între diferitele modele. Cele mai importante schimbări recente în domeniul asistenței medicale orale europene au fost înregistrate în Europa de Est, unde a existat o privatizare pe scară largă a serviciilor publice dentare anterior. Cu toate acestea, majoritatea statelor din aderarea la UE (est-europene) păreau să dezvolte lent sisteme de asigurări pentru a acoperi costurile de tratament pentru sănătatea orală.

În UE / SEE existente, serviciile publice dentare, cum ar fi cele din țările nordice, au încă un sprijin politic puternic și sa produs o anumită extindere.

În Europa de Sud serviciile dentare publice păreau că au obținut o anumită acceptare pentru tratamentul copiilor și a grupurilor de nevoi speciale.

În Marea Britanie, care are un sistem public unic de servicii dentare, există planuri de a face mari schimbări în livrarea, punerea în funcțiune și remunerarea serviciilor dentare în viitorul apropiat.

Unele state membre ale UE care operează sistemul Bismarkian cu asigurări de sănătate care oferă o acoperire largă a populației, tratament cuprinzător și beneficii legate de vizite frecvente la stomatologie, au fost raportate că întâmpină probleme financiare.

Studiul a indicat, de asemenea, că, în prezent, cu excepția Portugaliei și Spaniei, unde există o creștere dinamică a numărului de medici dentiști, dimensiunea globală a forței de muncă pentru sănătatea orală a UE / SEE se extinde destul de încet.

Doar o minoritate de state membre a apărut să colecteze date privind absorbția serviciilor și a costurilor de îngrijire și au existat mari dificultăți în evaluarea rezultatelor îngrijirii. Datele privind costurile par să prezinte variații mari de la statul membru la statul membru în cheltuielile pe cap de locuitor pentru asistența medicală orală. În majoritatea statelor, cu toate acestea, costurile, în special cele din sectorul privat, nu au putut fi decât estimate. Cu toate acestea, la un nivel "macro", studiul a indicat că, în 2000, cele 28 de state membre și de aderare ale UE / SEE aveau o populație totală de 456 milioane și o forță de muncă orală de sănătate de 900 000 (dintre care 300 000 erau stomatologi) și că costul asistenței medicale orale a fost de aproximativ 54 000 000 000 EUR.

În concluzie, studiul a arătat variații largi ale sistemelor de furnizare a asistenței medicale orale între statele membre UE / SEE și statele candidate și nici o dovadă a armonizării în trecut.

Studiul "*Starea de sănătate generală și orală la adulții în vârstă din mediul rural din județul Iași, România*", publicat în 2017 având drept autori: *Elena Mihaela CARAUSU, Cristina Gena DASCALU, Georgeta ZEGAN, Lucian Ștefan BURLEA, Iulian Costin LUPU, Ileana ANTOHE* a avut drept scop evaluarea stării de sănătate (generală și orală) a adulților în vârstă, în vederea colectării de informații valoroase pentru estimarea serviciilor de sănătate necesare. Obiectivele vizate au fost: evaluarea morbidității orale, a comportamentelor legate de sănătatea orală și a atitudinilor față de sănătatea orală; evaluarea morbidității generale; studierea adresabilității serviciilor de sănătate și evaluării furnizării medicamentelor pentru mediul rural.

În perioada ianuarie-decembrie 2016, s-a realizat un studiu de prevalență axat pe principalii indicatori de morbiditate (generală și orală). În studiu au fost incluși 196 de subiecți, în vârstă de 65-74 ani, 45,41% bărbați, 54,59% femei, din comunitatea rurală din județul Iași, în regiunea de nord-est a României.

În grupul studiat, modelul de morbiditate orală a fost relativ diferit între sexe.

Pentru sexul masculin, bolile predominante au fost: caria dentară (57,30%), bolile la nivelul buzelor și mucoaselor (28,09%), traumatism (24,24%, OR = 2,68, p <0,05) 25,84%).

Pentru genul feminin, bolile predominante au fost: maladia cariilor (59,81%), tulburările dentare non-carioase (42,67%), boala parodontală (41,33%) și edentulismul total (29,91%).

1. <http://insp.gov.ro/sites/1/wp-content/uploads/2014/11/Raport-HBSC-Romania-bun.pdf>

2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15641621>

3. https://www.researchgate.net/journal/1583-3410_REVISTA_DE_CERCETARE_SI_INTERVENTIE_SOCIALA

c). Factorii de risc în relație cu sănătatea orală

Conceptul sănătății orale include mai multe aspecte, astfel : conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății, reprezintă **absența afecțiunilor dentare și a durerii faciale cronice**, a cancerului orofaringian, a inflamațiilor orale, defectelor congenitale cum ar fi labioschizis sau palatoschizis, afecțiunilor gingivale, cariilor dentare și pierderii dinților și a altor boli care afectează gura și cavitatea orală, iar conform definiției Federației Dentare Internaționale, ea include capacitatea de a vorbi, zâmbi, mirosi, gusta, atinge, mesteca, înghiți și de exprima o serie de emoții prin intermediul expresiei faciale, cu încredere și fără durere, discomfort sau boli cranio-faciale complexe.

Atributele suplimentare legate de definiția stării de sănătate orală, conform *Federației Dentare Internaționale* sunt:

- este o componentă fundamentală a sănătății și fizică și mentală a bunăstării. Reprezintă un proces continuu influențat de valorile și atitudinile indivizilor și comunităților;
- reflectă atributele fiziologice, sociale și psihologice, care sunt esențiale pentru calitatea vieții;
- este influențată de experiențele individului în schimbare, percepții, așteptările și capacitatea de a se adapta la circumstanțe.

Afecțiunile orale au în comun o gamă largă de factori de risc. Unii, cum ar fi vârsta, sexul și factorii ereditari, nu pot fi modificați sau influențați, dar asupra celorlalți factori de risc: dieta nesănătoasă, consumul de tutun, abuzul de alcool și igiena orală deficitară se poate interveni.

Dieta nesănătoasă

Dieta influențează sănătatea cavității orale, dezvoltarea smalțului, debutul eroziunii dentare, starea de sănătate parodontală și a mucoasei orale în general.

Studiile care au investigat relația dintre afecțiunile orale și dietă au arătat că un deficit de vitamine și minerale în faza anterioară concepției afectează dezvoltarea embrionului, influențând organogeneza dentară, creșterea maxilarului și dezvoltarea craniului / feței.

O cantitate insuficientă de proteine poate duce la: atrofia papilelor linguale, degenerare congenitală, modificarea dentinogenezei, dezvoltarea modificată a maxilarului, malocluzie, hipoplazia liniară a smalțului.

Un aport insuficient de lipide poate duce la: patologii inflamatorii și degenerative, inflamația parotidei, degenerarea parenchimului glandular, modificarea trofismului mucoasei. De asemenea, o cantitate insuficientă de carbohidrați poate influența organogeneza și conduce la apariția cariilor și a bolii parodontale.

Consumul excesiv de zahăr din gustări, alimente procesate și băuturi răcoritoare este un factor de risc important pentru afecțiunile orale. Băuturile răcoritoare includ orice băutură cu adaos de zahăr, cum ar fi băuturile carbogazoase, sucurile de fructe, băuturi sub formă de praf îndulcit și băuturi energizante.

Conform ghidului elaborat de Federația Internațională a Dentiștilor, aportul zilnic de zaharuri libere ar trebui să fie limitat la mai puțin de 10% (sau 50 g = aproximativ 12 lingurițe) la adulți și copii și sub 5% (sau 25 g = aproximativ 6 lingurițe) pentru beneficii suplimentare pentru sănătate și pentru a minimiza riscul apariției cariilor dentare.

	Alimente per 100 g	Băuturi per 100 mL
Cantitate crescută de zahăr	mai mult de 22.5 g	mai mult de 11.25 g
Cantitate scăzută de zahăr	mai puțin de 5 g	mai puțin de 2.5 g

Consumul de tutun

Consumul de tutun expune cavitatea bucală unui risc crescut de apariție a afecțiunilor gingivale și a cancerului oral. Un efect asemănător îl prezintă și țigările electronice.

De asemenea, fumatul este cauza respirației urât mirositoare, pierderii premature a dinților, colorării dinților, modificării gustului sau mirosului.

Consumul de alcool

Consumul excesiv de alcool poate cauza afecțiuni ale dinților și cavității bucale și poate conduce la apariția cariilor dentare din cauza acidității și conținutului ridicat de zahăr din băuturile alcoolice. Alături de tutun, consumul excesiv de alcool poate crește riscul apariției cancerului cavității bucale.

Igienă orală deficitară

Igienă orală deficitară poate duce la acumularea de bacterii formatoare de placă dentară. Periajul dentar de două ori pe zi cu o pastă de dinți cu fluor ajută la reducerea bacteriilor - prevenind, prin urmare, formarea plăcii.

Detectarea precoce este cheia prevenției sau tratamentului afecțiunilor orale. Controalele regulate efectuate de către medicul dentist vă asigură că probleme cum ar fi cariile dentare, gingivita și parodontoza sunt detectate și tratate cât mai curând.

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272860/>
2. http://www.worldoralhealthday.org/sites/default/files/assets/2017_WOHD-brochure.pdf
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5585021/>
4. <https://www.fdiworldddental.org/resources/oral-health-atlas/oral-health-atlas-2015>
5. <https://www.fdiworldddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>

d). Intervenții eficiente pentru grupurile țintă ale campaniei

Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry a publicat o meta-analiză a 40 de articole publicate în Medline care încearcă să identifice cele mai eficiente programe de educație pentru sănătate orală.

Rezultatele studiului „Eficiența programelor de educație pentru sănătate orală: o revizuire sistematică” („*Effectiveness of oral health education programs: A systematic review*”) au arătat că educația orală pentru sănătate este eficientă în îmbunătățirea practicilor de cunoaștere și de sănătate orală ale populației țintă atunci când sunt implicați și alții semnificativi, implicarea unor alți semnificativi precum profesorii și părinții, în special în educația sănătății orale a copiilor școlari, un quantum mai mare de schimbare în îmbunătățirea sănătății orale la copii.

Includerea unei componente de profilaxie orală în programele de educație pentru sănătatea orală ar produce o creștere mai mare a sănătății gingivale.

Educația pentru sănătatea orală poate fi eficientă în creșterea cunoștințelor pe termen scurt și într-o oarecare măsură, a comportamentului, cum ar fi perierea dinților și alimentația sănătoasă.

Deoarece programele de promovare a sănătății orale s-au dovedit a fi mai eficiente decât educația pentru sănătate orală, această abordare ar trebui adoptată pentru a aduce o îmbunătățire a populației țintă, în astfel de programe promovarea sănătății obligă nu numai la îmbunătățirea stilului de viață, ci și la îmbunătățirea mediului în care pot fi făcute alegeri privind stilul de viață. De asemenea, cele mai reușite programe de sănătate orală au primit finanțare și sprijin suplimentar.

Sursa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4000911/>

Un studiu controlat, randomizat, pe un număr de 512 adolescenți din Hong Kong, cu comportamente nesănătoase privind sănătatea orală (periaj dentar inconsecvent sau snacking frecvent), a demonstrat că interviul motivațional (MI) este o strategie de consiliere eficientă în schimbarea comportamentelor.

Studiul a comparat eficiența a trei strategii de intervenții: (I) educație predominantă în domeniul sănătății, (II) Interviu Motivațional și (III) Interviu Motivațional cuplat cu evaluarea interactivă a riscului de apariție a cariilor dentare.

Adolescenți din cincisprezece școli au fost recrutați și repartizați în mod aleatoriu în trei grupe. Participanții la cele trei grupuri au primit intervențiile respective. La momentul inițial și după 6 și 12 luni, participanții au completat un chestionar cu privire la auto-eficiența și comportamentele lor privind sănătatea orală. Au fost înregistrate igiena orală (scor placă dentară) și cariile dentare (numărul de suprafețe cariante / dinți).

În comparație cu lotul I, subiecții din grupele II și III au fost mai predispuși să-și reducă frecvența de a consuma snack-uri și au crescut frecvența de periaj după 12 luni. Folosind grupul I ca referință, grupurile II și III au avut un număr mai mic de cariile dentare noi, aceasta demonstrând faptul că interviul motivațional a fost mai eficient decât strategia de educație pentru sănătate în provocarea schimbărilor pozitive ale comportamentelor legate de sănătatea orală ale adolescenților și în prevenirea cariilor dentare.

Sursa: Lingli Wu, Xiaoli Gao, Xiaoli Motivational Interviewing to Promote Oral Health in Adolescents, *Journal of Adolescent Health* Volume 61, Issue 3, September 2017, Pages 378-3842017
[https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(17\)30151-9/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(17)30151-9/fulltext)

Interviul motivațional este o abordare centrată pe pacient, axată pe construirea unei motivații intrinseci pentru schimbare. O meta-analiză care a inclus și evaluat independent douăzeci și cinci de studii adresate părinților și copiilor (cu 5130 de participanți) confirmă faptul că interviul motivațional a fost asociat cu îmbunătățiri semnificative ale comportamentelor de sănătate (de exemplu, sănătatea orală, dietă, activitate fizică, renunțarea la fumat).

Criteriile de includere a studiilor au fost: (1) au examinat comportamente de sănătate pediatrice modificabile (<18 ani); (2) au utilizat interviul motivațional; (3) au efectuat un studiu controlat, randomizat, cu un lot de comparație (control non-MI sau grup de tratament activ); (4) au efectuat intervenția numai cu un părinte sau cu un părinte și un copil; și (5) au fost scrise în limba engleză.

Aceste rezultate oferă sprijin pentru utilizarea interviului motivațional pentru părinți și copii în vederea îmbunătățirii comportamentelor de sănătate la copii.

Sursa: Borrelli B, Tooley EM, Scott-Sheldon LA. Motivational interviewing for parent-child health interventions: a systematic review and meta-analysis. Pediatr Dent. 2015;37(3):254-65

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26063554>

Programul de utilizare a apei de gură fluorurate în școlile din județele Constanța și Iași din România (2001 - 2010)

e). Evidențe utile pentru intervenții la nivel național, european și internațional

1. Platforma pentru o Sănătate Orală mai Bună în Europa a publicat un amplu raport privind statutul sănătății orale din Europa, care a prezentat cele mai importante direcții, cu privire la prevalența bolilor orale și costurile de sănătate din domeniul public. Raportul a evidențiat faptul că:

- în pofida realizărilor semnificative în prevenirea cariilor, boala rămâne o problemă atât pentru multe categorii de oameni din Europa de Est, cât și pentru cei din categoriile socio-economice defavorizate din toate statele membre ale UE;
- incidența parodontală (gingivală) a bolilor și cancerului oral din Europa este îngrijorătoare;
- îngrijirea cavității bucale este o adevărată povară din punct de vedere economic;
- nu există un registru comun al pacienților pentru ca decidenții politici din statele membre UE să poată monitoriza și implementa politici eficiente de prevenție.

Platforma pentru o mai bună sănătate orală în Europa a elaborat și a lansat obiectivele pentru anul 2020 pentru a evidenția trei domenii-cheie, în care este nevoie urgentă de îmbunătățirea politicii de sănătate orală. Acestea sunt sisteme de colectare a datelor, politici de prevenire și educație și conștientizare.

Pentru a evalua mai detaliat situația, în ultimul trimestru al anului 2013, **Platforma pentru o mai bună sănătate orală în Europa** a trimis un chestionar dentiștilor din cele 28 de state membre ale Uniunii Europene. Până în prezent, respondenții din 25 de state membre ale UE au completat chestionarul, inclusiv noul stat membru - Croația. Răspunsurile la chestionar au fost analizate și consolidate pentru a forma prima ediție a cardului european de raportare a sănătății orale. Acestea evidențiază concluziile preliminare ale platformei privind status quo-ul acelor indicatori de sănătate orală care fac obiectul unora dintre cele mai importante obiective ale sale pentru anul 2020.

La unele din aceste întrebări România a răspuns negativ și anume că nu are un sistem de monitorizare a sănătății orale care colectează date în mod regulat și că nu are o strategie națională de promovare a sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății în manualul „Măsurarea stării de sănătate orală – metode de bază”, ediția a 5-a, propune standardizarea metodelor de măsurare a stării de sănătate orală a populației, astfel încât datele obținute să poată fi ușor comparate la nivel internațional. Aceste măsurători vor permite aprecierea corectă a stării actuale de sănătate orală a populației, furnizând astfel date extrem de utile în aprecierea nevoilor de îngrijiri de sănătate și planificarea resurselor destinate sănătății orale. Se propune de asemenea integrarea sănătății orale în sistemul, deja operațional, de supraveghere a bolilor cronice.

2. Planul strategic 2014-2019 elaborat de Institutul Național de Cercetare Dentară și Craniofacială (NIDCR) din SUA, având patru obiective majore:

- susținerea celei mai bune cercetări științifice în vederea îmbunătățirii sănătății orale și cranio-faciale;
- facilitarea accesului la îngrijiri de sănătate orală precise și personalizate;
- aplicarea cercetărilor riguroase, multidisciplinare pentru a depăși inegalitățile în îngrijirile dentare.
- asigurarea unei echipe de cercetare puternice dedicată îmbunătățirii sănătății dentare, orale și craniofaciale.

4. Ghiduri clinice de practică în medicina dentară elaborate în număr de 5 de către Consiliul Național al Dentiștilor cu scopul de a asista personalul medical în adoptarea deciziei terapeutice:

- Ghidul de practică în Chirurgie Oro-Maxilo-Facială,
- Ghidul de practică în Chirurgia Dento-Alveolară,
- Ghidul de practică în Endodonție,
- Ghidul de practică în Parodontologie,

- Conduita terapeutică în intervențiile chirurgicale de mică amploare la pacienții cu afecțiuni asociate.

Ghidurile se găsesc la adresa : <http://cmdr.ro/ghiduri.php>

Aceste ghiduri prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii practicanți. Prin aceste ghiduri se standardizează înregistrările și documentarea actului medical.

Manualul de Practică Dentară, editat de CED (Consiliul European al Dentiștilor), este scris ca un "ghid" practic în care informațiile sunt ușor de găsit și de înțeles, și se adresează medicilor stomatologi, studenților, factorilor de decizie politică și altor persoane interesate de reglementările din Uniunea Europeană. Manualul prezintă date statistice utile și actuale privind activitățile stomatologice din țările europene.

Referitor la țara noastră, manualul precizează faptul că în România nu există scheme de fluorizare a apei sau alte forme de fluorizare (pg. 301).

1. <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-state-of-oral-health-in-europe/>
2. <http://www.oralhealthplatform.eu/our-work/the-european-oral-health-report-card/>
3. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf;jsessionid=7701872C3FB8FD52A79EEF0AA4C203CA?sequence=1
3. <https://www.nidcr.nih.gov/about-us/strategic-plan/strategic-plan-2014-2019>
4. <http://www.cmdr.ro/ghiduri.php>
5. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/ced-manual-2015-completo.pdf>

f). Politici, strategii, planuri de acțiune și programe existente la nivel european, național și județean

Platforma Europeană pentru o sănătate orală mai bună:

- își propune să promoveze sănătatea orală și să prevină afecțiunile orale, ca acțiuni fundamentale pentru a fi sănătos;
- se adresează inegalităților din îngrijirile de sănătate orală la copii și adolescenți, vârstnici și populațiile cu nevoi speciale din Europa;
- dezvoltă cunoștințe de bază și recomandări pentru instituțiile europene în vederea dezvoltării de politici de sănătate orală la nivel european.

Misiunea Platformei este de a promova sănătatea orală și prevenirea eficientă a afecțiunilor orale în Europa. Se caută o abordare europeană comună față de educație, prevenție și acces la o stare de sănătate orală mai bună în Europa.

Obiectivele Platformei includ:

- Promovarea sănătății orale și prevenirea bolilor orale, ca una dintre acțiunile fundamentale pentru a rămâne sănătos.
- Furnizarea de consiliere și recomandări pentru factorii de decizie în ceea ce privește dezvoltarea politicilor europene de sănătate orală.
- Dezvoltarea bazei de cunoștințe și consolidarea cazurilor bazate pe dovezi pentru acțiunile europene în domeniul sănătății orale.
- Abordarea inegalităților în materie de sănătate orală și provocărilor majore de sănătate orală a copiilor și adolescenților, populației vârstnice în creștere, și a populațiilor cu nevoi speciale din Europa.
- Integrarea sănătății orale în toate politicile de sănătate din Uniunea Europeană.

În România, sănătatea orală se remarcă printr-o prezență extrem de redusă în politicile publice.

Având în vedere recomandarea OMS de a „integra sănătatea orală în strategiile de promovare a sănătății generale și evaluarea nevoilor de sănătate orală prin abordări socio-dentare”, sănătatea orală nu este prezentă explicit în documentele strategice ale Ministerului Sănătății, ci este inclusă în măsurile de prevenție:

• **Strategia Națională de Sănătate 2014-2020** – are măsuri de sănătate orală subsumate Ariei 1 de intervenție Sănătate publică, Obiectivul general 3 Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventive, OS 3.1. Creșterea eficacității și rolului promovării sănătății în reducerea poverii bolii în populație în domeniile prioritare. Măsurile de intervenție vizează:

- implementarea unor intervenții eficiente de informare-educare-conștientizare / comunicare pentru schimbare de comportament (IEC/CSC)
- intervenții de formare și consolidare a comportamentelor sănătoase la preșcolari și școlari prin revizuirea/actualizarea actelor normative privind igiena școlară și actualizarea programei de educație sănătate de către Ministerul Educației Naționale
- fundamentarea intervențiilor IEC/CSC pe studii cantitative și/sau calitative
- creșterea rolului și capacității personalului liniei întâi de servicii medicale de a identifica riscurile de boli cronice netransmisibile, de a răspunde nevoilor de informare și consiliere a indivizilor

• **Planul Multianual Integrat de Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate** - sănătatea orală este inclusă în măsurile de educație pentru sănătate prevăzute a se realiza în colaborare cu Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice (OG 1 și OG 2), dar și a celor care vizează creșterea nivelului de informare, conștientizare, motivare, educare al populației privind importanța/beneficiile adoptării unui stil de viață sănătos (OG 3). Măsurile vizează:

- **Obiectiv general 1.** Creșterea capacității instituțiilor publice și comunităților locale de a proiecta, dezvolta, implementa, monitoriza și evalua programe PSES integrate
 - Elaborarea unui Plan de acțiune și a unor reglementări pentru derularea programului național de educație pentru sănătate în învățământul preuniversitar
 - Realizarea unor parteneriate cu ONG-uri care să furnizeze programe complementare și/sau pe teme specifice ale educației pentru sănătate în școală
 - Dezvoltarea și implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare a îndeplinirii obiectivelor educaționale ale programului de educație pentru sănătate în instituțiile preuniversitare
- **Obiectiv general 2.** Întărirea competențelor specifice ale resurselor umane din sistemul de sănătate și sistemul de educație în vederea creșterii eficienței activităților PSES
 - Introducerea în oferta educațională la nivel național a disciplinei opționale de educație pentru sănătate
 - Dezvoltarea activităților extracurriculare și extrașcolare de promovare a sănătății cu implicarea specialiștilor în domeniu din instituții publice, mediul academic și organizații neguvernamentale
 - Dezvoltarea de programe de pregătire a cadrelor didactice implicate în activități de educație pentru sănătate
- **Obiectiv general 3.** Creșterea nivelului de informare al populației privind importanța/beneficiile adoptării unui stil de viață sănătos și sistemele/rețelele de sprijin/suport pe care le au la dispoziție pentru schimbarea de comportamente și accesul la servicii medicale
 - Dezvoltarea de strategii de comunicare și implementarea de campanii de informarea/educare/comunicare a populației
 - Monitorizarea și evaluarea rezultatelor campaniilor de informare/educare/comunicare a populației

Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 –2019 conține următoarele prevederi privind sănătatea orală:

- casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii dentiști și dentiștii din cabinetele stomatologice școlare și studentești, din penitenciare, în vederea recunoașterii biletelor de trimitere eliberate de către aceștia - numai pentru elevi și studenți și pentru persoanele private de libertate - pentru investigații medicale de radiologie dentară și pentru specialitățile clinice;

- casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii de medicină dentară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul;

- în cadrul asistenței medicale ambulatorii de medicină dentară se acordă servicii medicale de medicină dentară, în condițiile prevăzute în norme;

- condițiile decontării serviciilor de medicină dentară sunt stabilite prin norme;

- pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventivă și al tratamentelor de medicină dentară, tarifele și sumele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt menționate în normele contractului cadru.

Conform referatului de aprobare a Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr.140/2018 în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru medicină dentară:

1. Au fost introduse servicii noi în pachetele de servicii, respectiv:

- tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare ,
- tratamentul de urgență al traumatismelor dento –alveolare,
- tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale,
- fluorizare - pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani

2. Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 2.000 lei (în prezent 1.600 lei).

1. <http://www.oralhealthplatform.eu/about-us/our-approach/>

2. <http://www.casan.ro/cassam/post/type/local/contract-cadru-si-norme-de-aplicare-2018.html>

3. <http://www.cmpp.ro/wp-content/uploads/2016/11/Raport-policy-Sanatare-oral-sept-2016.pdf>

g). Analiza grupurilor populaționale cu risc

Organizația Mondială a Sănătății identifică două grupuri țintă majore cărora ar trebui să li se adreseze în mod expres campaniile privind sănătatea orală:

1. copiii de vârstă școlară și tineri
2. vârstnici
3. gravide

1. Copiii de vârstă școlară și tineri

În cadrul programelor privind sănătatea orală, Organizația Mondială a Sănătății a elaborat un document tehnic pentru a consolida și facilita implementarea componentelor programelor de sănătate orală în școli. În acest sens, au fost aduse argumente solide privind necesitatea promovării sănătății în școli, cum ar fi:

- copilăria și adolescența reprezintă anii de formare a comportamentelor, inclusiv cele privind sănătatea orală, ce vor însoți elevii și adolescenții pe tot parcursul vieții.
- școlile pot oferi un mediu propice pentru promovarea sănătății orale. Accesul la apă potabilă, de exemplu, poate permite desfășurarea programelor de igienă generală și orală. De asemenea, un mediu fizic sigur în școli poate contribui la reducerea riscului de accidente și traumatisme dentare.
- povara bolilor orale la copii este semnificativă. Majoritatea afecțiunilor orale, o dată apărute, sunt ireversibile și durează întreaga viață având impact asupra calității vieții și stării generale de sănătate.
- politicile școlare și educația pentru sănătate sunt esențiale pentru dobândirea comportamentelor sănătoase și controlul factorilor de risc, cum ar fi aportul de alimente și băuturi dulci, consumul de tutun și alcool.
- școlile pot oferi o platformă pentru furnizarea îngrijirilor de sănătate orală, de exemplu servicii de prevenire și curative.

Printr-o rețea amplă de promovare a sănătății în școli, OMS lucrează la nivel global și regional cu Education International, UNAIDS și UNESCO, pentru a sprijini organizațiile reprezentative ale cadrelor didactice din întreaga lume în a-și utiliza capacitățile și experiența lor pentru a îmbunătăți starea de sănătate prin intermediul școlilor. Programul de sănătate orală OMS face trimitere la aceste rețele, în plus față de rețele școlare de sănătate orală stabilite în diferite țări și regiuni.

OMS atrage atenția asupra impactului deosebit de mare pe care factorii externi îl au asupra comportamentelor adolescenților. Ei sunt ușor influențați de colegi, de părinți dar și de factori economici și sociali (mass-media, industria, instituții comunitare).

Programele care vizează îmbunătățirea sănătății orale a tinerilor trebuie să ia în considerare acești factori și să accentueze importanța unei bune igiene orale în rândul copiilor supraponderali și îmbunătățirea atitudinii acestora față de necesitatea controalelor stomatologice regulate.

Este necesar un efort susținut și constant din partea familiilor, școlilor, cadrele medicale și organizațiilor comunitare, în scopul de a controla riscurile pentru sănătatea orală în rândul tinerilor.

2. Vârstnicii

Afecțiunile orale sunt de obicei progresive și cumulative. Procesul de îmbătrânire poate crește direct sau indirect riscul de boli orale, agravate de o stare generală de sănătate precară sau de bolile cronice. La vârstnici, îngrijirile în sănătatea orală reprezintă o provocare și datorită unor condiții asociate întâlnite, cum ar fi:

- schimbarea statutului dentiției
- prevalența crescută a cariilor netratate
- igienă orală deficitară
- pierderea dinților și funcționarea orală limitată
- proteze dentare
- cancer oral și leziuni ale mucoaselor orale
- xerostomia ("gura uscată")
- durere și disconfort craniofaciale.

Pierderea completă a dinților naturali este o problemă gravă de sănătate publică la nivel mondial. Fumatul, dieta nesănătoasă și consumul excesiv de alcool sunt principalele cauze ale pierderii complete a dinților. Pierderea dinților este consecința finală a cariilor dentare și afecțiunilor gingivale severe (parodontită), condiții cauzate de expunerea pe tot parcursul vieții la factorii de risc, comuni de altfel și pentru alte boli cronice netransmisibile.

Ratele de prevalență sunt în creștere în mod dramatic în țările cu venituri mici și medii, în special în rândul grupurilor defavorizate și populații sărace. În plus față de variațiile mari între țări, există inegalități izbitoare și în cadrul aceleiași țări.

Pierderea dinților poate fi prevenită, iar intervențiile asupra factorilor de risc sunt eficiente atunci când sunt incluse în cadrul programelor de intervenție asupra bolilor netransmisibile. Dovezile privind rezultatele intervențiilor de sănătate orală sunt clare, iar aceste intervenții sunt relativ ușor de aplicat. Experiența țărilor cu programe de prevenție bine stabilite arată îmbunătățiri semnificative ale stării de sănătate orală.

Alți **factori de risc** importanți sunt factorii sociali cum ar fi nivelul scăzut de educație, venituri mici, condiții de viață și de locuit defavorizate. Factori suplimentari de risc includ stilul de viață nesănătos, dietele cu conținut ridicat de zahăr, igiena orală inadecvată din cauza reducerii Dexterității, consumul excesiv de tutun și de alcool.

Barierile în îngrijirea sănătății orale în rândul persoanelor vârstnice sunt considerabile: mobilitate afectată, acces dificil în special al celor ce locuiesc în zone rurale cu transport public deficitar, servicii de sănătate orală și îngrijiri la domiciliu indisponibile. Având în vedere că unele persoane în vârstă pot avea dificultăți financiare în urma pensionării, costul crescut al tratamentului stomatologic perceput împreună cu atitudinea față de sănătatea orală, le pot descuraja de la a vizita un medic dentist.

În unele țări, multe din persoanele în vârstă locuiesc singure, departe de prieteni și familie. Lipsa suportului social și sentimentele de singurătate și izolare pot afecta bunăstarea și starea lor de sănătate mentală. În mod evident, este important ca furnizorii de servicii de îngrijiri de sănătate să recunoască acești factori psihosociali și să furnizeze și servicii de sănătate orală care sunt accesibile, adecvate și acceptabile pentru ei.

3. Gravidele

În timpul sarcinii, femeile sunt mai expuse riscului de apariție a afecțiunilor din sfera orală. Afecțiunile dentare ce pot să apară în timpul sarcinii sunt cauzate, în primul rând, de modificările hormonale pe care le suferă femeia gravidă, dar și de scăderea capacității de apărare imunitară a organismului acesteia.

Dintre schimbările cu impact direct asupra sănătății dinților se menționează:

- Schimbările hormonale și circulatorii ca urmare a nivelului crescut de estrogen, ce duc la apariția gingivitei, afecțiune ce apare cel mai des între luna a doua și a opta de sarcină și este caracterizată de o predispoziție de sângerare a gingiilor;
- Schimbările din compoziția salivei favorizează depunerea plăcii bacteriene pe suprafața dinților și un atac acid mai puternic decât în mod normal;
- Vărsăturile repetate care, asociate cu episoadele de reflux gastric, cresc aciditatea din cavitatea bucală, având un efect negativ asupra smalțului, cauzând demineralizări ce duc fie la eroziuni dentare, fie la apariția cariilor;
- Lipsa vitaminelor - insuficiența vitaminelor A, B și în special C are ca urmare o scădere a legăturii dintre celulele epiteliale, ceea ce permite microbilor și substanțelor dăunătoare să pătrundă în țesut, unde provoacă o inflamație.

Se recomandă ca înainte de conceperea unui copil, viitoarea mamă să-și rezolve toate problemele stomatologice, întrucât acest lucru ajută la evitarea neplăcerilor unui tratament stomatologic. În plus, nou-născutul are cavitatea bucală sterilă, colonizarea microbiană a cavității sale orale începe prin apariția speciilor bacteriene prezente la persoanele care îi stau cel mai aproape, mama fiind prima persoană cu care intră în contact și cu care inițial își petrece cel mai mult timp.

1. https://www.who.int/oral_health/action/groups/en/

2. http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html

h). Campanii IEC efectuate la nivel național în anii anteriori

Campanii de prevenție în domeniul sănătății există doar într-un număr foarte redus, din păcate alocarea de 5.2% din produsul intern brut pentru sănătate nu oferă foarte multe perspective în acest sens, finanțarea fiind alocată cu precădere în scop curativ. Domeniul sănătății orale nu face excepție de la această regulă de alocare a finanțării publice în sănătate.”

Centrul Național de Evaluarea și Promovarea Sănătății, prin Centrul Regional de Sănătate Publică Iași desemnat, elaborează campanii de prevenție și educație în domeniul sănătății orale aferente *Zilei Mondiale a Sănătății Orale*. Materialele sunt destinate în special elevilor și sunt utilizate de către Direcțiile de Sănătate Publică în campaniile locale pe care le derulează. Din păcate numărul acestora este limitat, iar vizibilitatea lor în spațiul public destul de redusă, vizibilitate mai mare în spațiul public având, conform Centrului pentru monitorizarea politicilor publice, campaniile de marketing ale producătorilor sau importatorilor de produse de sănătate orală.

Promotorii campaniilor sunt: Ministerul Sănătății, INSP, CNEPSS și CRSP Iași.

La derularea campaniilor participă Direcții de Sănătate Publică, Inspectorate Școlare județene, Cabinete medicale școlare și de familie, primării, asociații ale medicilor dentiști, cabinete stomatologice, mass media locală (presa scrisă, radio și tv).

Campaniile desfășurate până acum au avut ca teme:

- *Obiceiuri sănătoase pentru dinți sănătoși (2011),*
- *Familia mea are dinți sănătoși! (2012),*
- *Ai grijă de dinții tăi! (2014),*
- *Toată viața un zâmbet sănătos! (2015),*
- *Dantură sănătoasă, corp sănătos! (2016),*
- *Fii inteligent! Păstrează-ți zâmbetul sănătos întreaga viață!(2017),*
- *Spune Aaaa! Gândește-te la gura ta, gândește-te la sănătatea ta! (2018).*

Obiectivele **generale** ale campaniilor desfășurate au fost:

- Creșterea numărului de persoane din grupul țintă informate privind importanța sănătății orale și riscurile neglijării acesteia;
- Creșterea numărului de persoane care adoptă comportamente sănătoase în vederea menținerii sănătății orale;
- Formarea unor deprinderi sănătoase și încurajarea tratamentului precoce al potențialelor probleme dentare, pentru a evita îngrijirile tardive, mai dificile și mai costisitoare.

Printre obiectivele **specifice** s-au numărat:

- Diseminarea de informații privind afecțiunile orale și factorii de risc care contribuie la producerea acestora;
- Diseminarea de informații privind tehnicile corecte de periaj dentar;
- Transmiterea de recomandări populației în vederea menținerii sănătății orale.

Campaniile desfășurate au drept grup țintă: populația generală și în special părinți, gravide, copii, tineri, cadre didactice.

Printre partenerii implicați în campanii se numără: Administrația Publică Locală/Centrală, presa scrisă și audio-vizuală, profesioniști din sistemul medical, organizații neguvernamentale, comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății: Promovarea Sănătății, Sănătate Publică.

1. http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html

2. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en#page137



Campania din România continuă în 2019 cu programe educaționale pe tema igienei orale și cu un puternic apel la acțiune către consumatori, adresat copiilor, părinților și educatorilor.