

Proposta de estratégias e medidas em Espanha e Portugal para a prevenção e tratamento não invasivo da cárie em clínica dentária

Manuel Bravo-Pérez,¹ José Frias-Bulhosa,² Elías Casals-Peidró,³ Fátima Duarte,⁴ Jesús Rueda-García,⁵ Mercedes Liquete-Otero,⁶ Antonio Castaño-Seiquer,⁷ Cassiano Scapini⁸

INTRODUÇÃO

Em 2010, patrocinado pela Colgate-Palmolive®, foi criada a «Aliança para um Futuro Livre de Cáries» (*Alliance for a Cavity-Free Future -ACFF-*) com distintos objetivos para o tratamento não invasivo e prevenção da cárie dentária, e com o objetivo a longo prazo de que «todas as crianças nascidas em 2026 deverão estar livres de cárie ao longo de sua vida». A secção europeia da ACFF, numa reunião efetuada em julho de 2013, reconheceu a irregularidade ao nível dos recursos e de intervenção clínica e saúde pública na Europa, visando a prevenção e controle da cárie dentária. Num inquérito realizado a 4.500 adultos europeus, entre maio – junho 2013 constatou-se que 38% acreditavam que, mais cedo ou mais tarde, todos iriam ter cárie, 72% que não se faz o suficiente para prevenir a doença e 18% reconheceu saber muito pouco ou nada sobre como preveni-la.¹

RESUMO



Introdução: Em 2010 foi criada a «Aliança para um Futuro Livre de Cáries» (*Alliance for a Cavity-Free Future -ACFF-*) com objetivo de promover o tratamento não-invasivo e prevenção da cárie dentária a nível mundial. Para Espanha e Portugal foi criado, em 2013, o 1.º Conselho Consultivo Ibérico de Cárie (*I Iberian Caries Advisory Board -ICAB*), que decidiu desenvolver uma Técnica de Grupo Nominal (TGN), com o objetivo de identificar/estabelecer as medidas/estratégias prioritárias para se alcançarem os objetivos, tanto da ICAB, como da ACFF, com ações em clínicas dentárias.

Material e Métodos: Em Outubro de 2013, realizou-se uma TGN em Madrid com oito peritos. A questão abordada foi: «Que medidas efectivas proporia como perito para fomentar a prevenção da cárie dentária nas clínicas dentárias em Espanha e Portugal?» As fases foram: 1.º Geração de ideias, 2.º Sua declaração e explicação, 3.º Discussão e fusão de ideias por consenso, 4.º Priorização por votação secreta entre as 10 ideias aglutinadas resultantes.

Resultados: As 3 ideias mais votadas foram: 1.º Formação a Profissionais; 2.º Motivação do Profissional e 3.º Elaboração de um Guia de Prática Clínica.

Conclusões: Existe consenso quanto às estratégias/medidas comuns propostas para Espanha e Portugal para melhorar a implementação da prevenção de cárie em clínicas dentárias.

Palavras-chave: Cárie Dentária, Espanha, Portugal, Técnica de Grupo Nominal, Medicina Dentária, Prevenção.

Este artigo não foi publicado na edição original.

1. Doutor em Medicina e Cirurgia e Odontologia. Professor de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia. Universidade de Granada, Granada, Espanha.

2. Professor de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária e de Ética e Deontologia Profissional. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Médico Dentista no ACeS Baixo Vouga.

3. Doutor em Odontologia. Dentista da Atenção Básica em Granollers (Barcelona, Espanha) e presidente da SESPO (Sociedade Espanhola de Oral Epidemiologia e Saúde Pública).

4. Higienista Oral. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. Presidente APHO (Associação Portuguesa de Higienistas Oraís). Lisboa, Portugal.

5. Doutor em Medicina e Cirurgia. Dentista da Atenção Básica. Presidente SESPO (Sociedade Espanhola de Epidemiologia e Saúde Pública Oral). Responsável do Plano de Saúde Oral da Extremadura. Badajoz, Espanha.

6. Higienista Dentária. Faculdade de Higienistas Dentárias de Madrid, Espanha.

7. Doutor em Medicina e Cirurgia. Professor de Odontologia Preventiva e Comunitária. Director do Mestrado de Odontologia Familiar e Comunitária da Faculdade de Odontologia da Universidade de Sevilha, Espanha.

8. Médico Dentista. Membro da Comissão Científica da Ordem dos Médicos Dentistas (Portugal).

Correspondência: José Frias-Bulhosa, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, e-mail jfrias@ufp.edu.pt

A filial (Espanha e Portugal) da Colgate-Palmolive® decidiu abordar o problema nestes dois países, com a criação, entre outras iniciativas, do I Conselho Consultivo Ibérico de Cárie (*I Iberian Caries Advisory Board* – ICAB) formado por peritos independentes de Espanha e Portugal. O motivo desta iniciativa deve-se à proximidade geográfica dos dois países, semelhanças culturais, estado de saúde oral, assim como dos sistemas de saúde oral, o que incita a que sejam propostas medidas ou estratégias comuns e de fácil aplicação. A epidemiologia oral mostra que a cárie dentária continua a ser um problema altamente prevalente. Reunidos pela primeira vez em Madrid, a 17 de Setembro de 2013, o ICAB teve como objetivos estratégicos: a) criar a consciencialização sobre a prevalência da cárie e convertê-lo num problema relevante; b) destacar a importância da gestão precoce da cárie e da sua prevenção (desde a mancha branca, e não só a partir da cavitação); c) identificar as barreiras que possam existir para aplicar a prevenção da cárie em clínicas dentárias e d) estabelecer um plano que inclua a consciencialização para a prevenção, e a elaboração de um Guia de Prática Clínica Ibérico (GPC) (aplicável em Espanha e Portugal) para a prevenção da cárie dentária.

Para uma melhor compreensão do contexto, oferece-se uma breve descrição geográfica e profissional de Espanha (www.ine.es) e Portugal (www.ine.pt e www.ond.pt) e com dados de 2013.

Espanha, com uma área de 504.645 km² dentistas dispõe de 31.261 dentistas para 46,6 milhões de habitantes, dando uma proporção de 1.490 hab./dentista. O número exato de higienistas dentários ativos é desconhecido devido à falta de censos, mas os especialistas espanhóis do ICAB estimam que sejam 7.000, extrapolando a partir de outras localidades onde é conhecido o número.

Em Portugal, um país com 92.391 km² existem 7.779 dentistas para 10,6 milhões de habitantes, dando uma proporção de 1.363 hab./dentista, tendo ainda cerca de 200 médicos especialistas em Estomatologia no ativo. O número de higienistas orais é de 590.

Em continuação apresentam-se consecutivamente dados relevantes da cárie dentária e sistema de saúde dentário em Espanha e Portugal. Na Espanha, a prevalência de cárie tem melhorado nos últimos 30 anos em todos os grupos etários. Apesar disso, a prevalência de cárie continua a ser importante: Em 2007, 17% aos 3 anos² e, em 2010, 36,7% (5-6 anos), 45,0% (12 anos), 54,8% (15 anos), 91,8% (35-44 anos) e 94,2% (65-74 anos).³ O índice CPOD aos 12 anos de idade situou-se em 1,12. A percentagem de edêntulos entre os 65-74 idade, em 2010, foi de 16,7%. Relativa-

mente aos hábitos de saúde, a percentagem que reportava escovar os dentes, pelo menos duas vezes por dia, em 2010, foi de 67,9% (12 anos), 71,7% (15 anos), 73,3% (35-44) e 45,2% (65-74).³ Embora o sistema de saúde espanhol ofereça uma cobertura universal dos tratamentos médicos, os serviços dentários são essencialmente de provisão privada. Oferece-se cobertura gratuita, restauradora e preventiva para alunos através de diferentes modelos de provisão (em centros de cuidados primários de saúde públicos ou em dentistas convencionados mediante sistemas de capitação, com cheque-dentista), com limitações, e cobrem apenas urgências e atividade cirúrgica a adultos (controlo da dor e infeção mais extrações).^{4,6} A percentagem de espanhóis que referiram ter ido ao dentista nos últimos 3 meses foi de 16,9% em 2011-2012

(www.ine.es). São valores inferiores ao contexto europeu. Cabe realçar que 47% da população espanhola mostra que a atual conjuntura económica de crise afetou a frequência de consulta médico-dentária.⁷

Em Portugal, a cárie dentária é igualmente um problema prevalente. Entre 1-5 anos, 15% das crianças tinham experiência de cáries⁸ (2004). Aos 6 anos de idade, a prevalência de cárie diminuiu de 67% em 2000⁹ para 49% em 2005-2006¹⁰ e para 40% em 2012.¹¹ Aos 12 anos, o CPOD foi de 1,48 em 2005-2006, valor inferior ao preconizado pela OMS para a região europeia.¹⁰⁻¹² Em adultos com idades entre 35-44 anos, em 2004, 98% apresentavam experiência de cárie com um CPOD de 11,03 (DP ± 7,35).¹³ Em adultos institucionalizados com 60 ou mais anos, observou-se um CAOD 25,6 (DP ± 7,6), menos de 20 dentes na boca em 84,9% (IC 95%: 81,3% - 88,5%) e 30,9% de edêntulos totais e com uma prevalência e cárie radicular de 78,6%. O valor de CPI indicava que apenas 2,9% dos sextantes estavam sadios e 38,9% dos dentados não fazia higiene oral diária.¹⁴ Como dado relevante de cuidados orais individuais, ressaltar que em adultos com idades entre 35-44 anos, 25,5% admitiram não escovar diariamente.¹³ A oferta de saúde oral é quase exclusivamente privada, de modo a que os serviços públicos em Portugal continental estão limitados à prestação de cuidados de saúde oral para grupos específicos. Existem diferenças entre os programas de saúde oral da região continental de Portugal e os das regiões insulares dos Açores e da Madeira. A promoção da saúde oral e a prestação de cuidados preventivos e curativos para grupos específicos é assegurada nos domínios dos cuidados primários de saúde por higienistas orais e por um pequeno número de médicos dentistas e estomatologistas. A nível hospitalar a intervenção foca-se principalmente na área da patologia oncológica da cabeça e pescoço, ou em determinados grupos de

pacientes crónicos ou de risco específico, sendo o atendimento de urgência quase inexistente. Desde 1985 desenvolvem-se Programas de Saúde Pública Oral, de implementação regional ou nacional. Apesar disso, as crianças e jovens portugueses ainda apresentam impactos significativos relacionados com problemas orais.

O atual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), desenvolvido desde 2008, caracteriza-se por uma parceria público-privada, que inclui um conjunto de «cheques-dentista» disponíveis para grupos específicos da população (grávidas, portadores de HIV, idosos com mais de 65 anos e com carência económica e em coortes de nascimento de 7, 10 e 13 anos; há também um número pré-determinado de «cheques-dentista», distribuídos por médicos de família para a resolução de problemas agudos na faixa etária de 3 a 15 anos) e permitem o acesso aos cuidados básicos operatórios ou de prevenção em consultórios privados concertados. Não obstante, há um problema de adesão à utilização, com perto de 24,7% de «cheques-dentista» distribuídos e que não foram utilizados, problema particularmente importante em alguns regiões.¹⁵ Em relação à procura por assistência dentária, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, verificou-se que 86% da população com dois ou mais anos de idade já havia consultado um profissional de saúde oral, passando para 46,7%, no último ano no continente, 41,9% nos Açores e 34,4% na Madeira. Da população que nunca consultou um profissional da saúde oral, 75,8% relataram como motivo «nunca terem sentido necessidade» e 12,2% não o fizeram por causa de um custo económico elevado.¹⁶

A ICAB propôs-se na sua primeira reunião organizar uma Técnica de Grupo Nominal (TGN) de peritos/especialistas com o objetivo de identificar/estabelecer as medidas/estratégias prioritárias para atingir os objetivos, tanto da ICAB, como da ACFF para Espanha e Portugal.

MATERIAL E MÉTODOS

A TGN é um método de pesquisa qualitativa executada a partir de uma reunião de peritos no campo, onde, de uma forma estruturada, as suas ideias são expostas a uma pergunta. Desta forma, permite-se uma melhor obtenção de conhecimentos, distribuídos por um grupo que está mais estreitamente associado com a área do problema.¹⁷ Na primeira reunião do ICAB foi decidido implementar-se a seguinte questão: «**Que medidas efetivas proporia como perito/especialista para fomentar a prevenção da cárie dentária em clínicas dentárias em Espanha e Portugal?**»

No segundo encontro, realizado em Madrid em 4.10.2013, a TGN numa reunião de 3 horas de duração, os oito peritos/especialistas (ver em Autores a sua completa filiação profissional) verificaram que se reuniam os requisitos de: a) representatividade na profissão, b) seu interesse no tema de estudo, e c) o reconhecimento generalizado dos seus conhecimentos no campo. Um membro (MB) foi indigitado o coordenador – e sobre o qual recaiu a responsabilidade de fazer cumprir as regras e reduzir o possível monopólio e inibição dos participantes – anotaram-se as ideias e um assistente deu um apoio suplementar, ao colocar as mesmas num quadro¹⁸.

A TGN foi desenvolvida em quatro fases: a Fase 1 consistiu na geração silenciosa de ideias relacionadas com a pergunta durante 15 minutos. A Fase 2 visou compor um mapa de pensamento grupal com a despersonalização de ideias que não se discutem nem se esclarecem. Realizaram-se sucessivas rondas durante as quais cada um dos participantes expôs as suas respostas aos outros membros. Foram realizadas várias rondas até todas as ideias terem sido enunciadas. Na Fase 3 envolveu um processo de esclarecimento das ideias em comum.¹⁸ Em caso de dúvida, convidou-se os peritos/especialistas a explicar as suas respostas ao grupo. Com o consenso do grupo foi realizada a fusão de ideias semelhantes. A Fase 4 e final, compreendeu a valorização das propostas resultantes do consenso do grupo. Foi realizada em duas partes. Na primeira, cada participante escolheu as três respostas que considerava mais importantes para reduzir a lista a uma proporção mais gestionável. Depois, pontuaram-se as respostas de 1 a 5 por ordem crescente de importância.

RESULTADOS

Os resultados da priorização e fusão de ideias dos peritos / especialistas foram coletadas e ordenadas por prioridade no Quadro 1. Destaca-se em primeiro lugar a «Formação a Profissionais».

DISCUSSÃO

Está demonstrada na literatura a utilidade da TGN como uma ferramenta de pesquisa em estudos de saúde.^{17,18} No entanto, conta com certas limitações. O imediatismo de priorização pode levar a que se assumam um maior grau de consenso do que realmente é alcançado.¹⁸ Contamos com um número limitado de peritos/especialistas, selecionados a propósito de representar as partes interessadas, mas é impossível saber se isto se cumpre com certeza.¹⁹ Apesar de tudo isso, considerou-se que a TGN foi bem-sucedida pois permitiu-nos explorar as opiniões dos profissionais, uma das partes mais envolvidas no assunto de

QUADRO 1

Resultado de priorização e fusão de ideias geradas na TGN perante a pergunta/questão «Que medidas efetivas proporia como perito/especialista para fomentar a prevenção da cárie dentária em clínicas dentárias em Espanha e Portugal?»

PRIORIDADE	IDEIA
1	Formação aos profissionais
2	Motivação do profissional mediante: a) rentabilidade da prevenção b) fidelização do paciente (Boletim Individual de Saúde Oral para seguimento de pacientes)
3	Elaboração de uma Guia de Prática Clínica (GPC)
4	Aumentar os recursos dedicados à informação acerca do protocolo de prevenção ao paciente
5	Melhorar o autocuidado dos pacientes

nossa pesquisa, com o respectivo aporte directo de soluções.

Os especialistas priorizaram um conjunto de medidas plausíveis e aplicáveis no contexto de clínicas dentárias em Espanha e Portugal. Os próximos passos do projeto da ICAB deve levar, entre outros, ao desenvolvimento de um GPC (Guia de Prática Clínica). Durante as discussões da TGN os peritos/especialistas identificaram como principal problema as barreiras na implementação de medidas preventivas na clínica dentária. Serve como ilustrativo desta situação o facto de no último Inquérito Nacional de Saúde em Espanha de 2010-2011 (www.ine.es), o motivo da última visita ao dentista «Selantes / Flúor» só aparece significativamente no grupo dos 15 anos indicando uma orientação profissional essencialmente restauradora e reabilitadora. Em Portugal, 46,3% tinham realizado consulta com um profissional de saúde oral no respetivo ano transato e como motivo de solicitação de consulta, apenas 6% faz referência a selamento de fissuras.¹⁶

Todas as medidas escolhidas estão perfeitamente relacionadas e no parecer dos peritos/especialistas, todas devem ser implementadas para o sucesso da presente proposta. Em primeiro lugar, refere-se a necessidade de se formar uma equipa de profissionais de saúde oral – entendendo-se que esta deve ser constituída por médicos dentistas, higienistas, assistentes dentárias, e pessoal administrativo – que deverão ter conhecimento da existência de medidas eficazes de elevada evidência científica para o controle da doença cárie dentária. Deve-se entender

que a saúde oral está a mudar para uma fase de manutenção da saúde ao longo de toda a vida, onde a fidelização dos pacientes na manutenção do respetivo estado de saúde deve permitir a rentabilização dos serviços clínicos privados, e financiados diretamente através dos próprios beneficiários.

Uma vez que a equipa entenda a necessidade de promover a prevenção da doença cárie dentária como um protocolo integrado na atividade diária, será necessário implementar ferramentas que protocolizem as atividades a desenvolver através de conceitos claros, quer para os profissionais, quer para os pacientes. Este grupo de peritos/especialistas entende que embora a evidência científica a favor da prevenção da cárie dentária seja muito elevada, não é fácil converter esses conceitos científicos em atividades práticas protocolizadas estabelecendo a necessidade de desenvolvimento de um GPC para a prevenção e tratamento não invasivo da cárie dentária.

Tão importante é que os profissionais de saúde oral tenham um GPC para poderem protocolizar as suas ações e monitorizar corretamente os seus pacientes, como igualmente se necessita que os próprios pacientes entendam que o sucesso se obtém seguindo as orientações estabelecidas para as atividades de autocuidado e cumprindo com as visitas de seguimento estabelecidas. Para isso, o GPC deve criar um Boletim de Individual de Saúde Oral (formato físico ou eletrónico) no qual o paciente possa monitorizar a sua evolução e recordar as atividades de autocuidado.

O grupo de peritos/especialistas acredita que é imprescindível para o sucesso do programa melhorar o autocuidado do paciente, aumentando o conhecimento das medidas para a sua própria manutenção. Será necessário evidenciar a sua própria responsabilidade no êxito do protocolo de prevenção, não só com visitas regulares, mas também com a realização correta das medidas de autocuidado estabelecidas, prioritariamente a escovagem oral adequada em técnica, tempo e frequência.

Ao conseguir-se a implementação das medidas propostas pela TGN, é muito plausível que se obtenha solução parcial para o problema da doença cárie dentária, dado o consenso científico internacional sobre a eficácia e o custo/efetividade das medidas preventivas para cárie dentária (selantes de fissuras, fluoretos em suas diversas formas, controle da dieta, controle químico do biofilme oral, etc), avaliada não só por consensos mas também através de meta-análise de ensaios clínicos controlados.²⁰⁻³⁰ ■

Agradecimentos e financiamento. O estudo foi financiado pela Colgate-Palmolive®. Os membros da TGN (autores deste artigo) declaram que as opiniões e conclusões expressas no presente estudo estão

livres de conflitos de interesse, e são de sua inteira responsabilidade, e portanto, não correspondem necessariamente a nenhuma posição oficial da Colgate-Palmolive®.

1. ACFF. Alliance for a Cavity-Free Future. Disponível em: <http://family.allianceforacavity-freefuture.org/en/us/portal> [acesso 18-dic-2013].

2. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007. RCOE 2007;12:143-168.

3. Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. RCOE 2012;17:13-41.

4. Cortés Martinicorena FJ, Cerviño Ferradanes S, Casals Peidró E. Servicios públicos de salud bucodental en España. Legislación y cartera de servicios en las CC.AA. Barcelona: SESPO, 2005. Disponível em: http://www.info-med.es/sespo/libro_legislacion.pdf [acesso el 25-dic-2013].

5. Casals E, Cuenca E, Prats R, Salleras L. Salud bucodental. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin (Barc.) 2003;121 Suppl 1:64-68.

6. Widstrom E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the Extended European Union. Oral Health Prev Dent 2004;2:155-194.

7. Coscolín Fuertes E, Llodra Calvo JC, Bravo Pérez M, Diz Dios P, López Calvo JA, Seoane Lestón JM et al. Libro blanco. Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2010. Barcelona: Lácer, S.A., 2010.

8. Vasconcelos NP, Melo P, Gavinha S. Estudo dos factores etiológicos das cáries precoces da infância numa população de risco. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2004;45:69-77.

9. Direção-Geral de Saúde. Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2000.

10. Direção-Geral de Saúde. Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2008.

11. Direção-Geral de Saúde. 3º Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais: dados preliminares [Comunicação Oral]. Comemoração do Dia Mundial da Saúde Oral-20 Março-Lisboa 2013.

12. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2013;54:27-32.

13. Frias-Bulhosa J, Beça H, Alves A. Estado de saúde oral numa população adulta de Castelo de Paiva. J Am Dent Assoc (Portugal) 2004;4:43-46.

14. Gravinha S. Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários. Dissertação de Doutoramento em Biotecnologia e Saúde (área de Epidemiologia e Saúde Pública). Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2010.

15. Castro E. Programa de Saúde oral: Evolução, instrumentos e resultados. Dissertação de Mestrado em economia e política da saúde. Universidade do Minho, 2012.

16. INE-Instituto Nacional de Estatística IP. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE, IP/INSA, 2009.

17. Van de Ven AH, Delbecq AL. Nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health and the Nation Health 1972;62:337-342.

18. Carney O, McIntosh J, Worth A. The use of a nominal group technique in research with community nurses. J Advanced nursing 1996;23:1024-1029.

19. Haukoos JS, Mehta SD, Harvey L, Calderon Y, Rothman RE. Research priorities for human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections surveillance, screening, and intervention in emergency departments: consensus-based recommendations. Academic Emergency Medicine 2009;16:1096-1102.

20. Cuenca Sala E, Baca García P (eds.). Odontología preventiva y

ABSTRACT

Introduction: In 2010 The Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF) was developed with different purposes about dental caries prevention and early treatment. In this context, and for Spain and Portugal, the Iberian Caries Advisory Board (ICAB), decided to develop a Nominal Group Technique (NGT) with the purpose of identifying/establishing priority measures/strategies to arrive to the goals both of the ICAB and ACFF in Spain and Portugal.

Methods: A NGT was conducted in Madrid in October 2013, with eight experts. The question was "What effective measures do you propose to improve dental caries prevention in dental clinics in Spain and Portugal? The phases were: 1. Generation of ideas by experts, 2. Their statement and explanation, 3. Discussion and fusion of ideas by consensus, 4. Secret voting by prioritization among the ten resulting ideas.

Results: The 3 most voted ideas were 1. Professional education/formation, 2. Professional motivation, and 3. Clinical Guidelines elaboration.

Conclusions: There is consensus to propose common strategies/measures for Spain and Portugal to improve implementation of caries prevention in dental clinics.

Key Words: Dental Caries, Spain, Portugal, Nominal Group Technique, Dentistry, Preventive Medicine.

comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Elsevier-Masson, 2013.

21. Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. Caries Res 2013;47:382-390.

22. Ahovuo-Saloranta A, Hiri A, Nordblad A, Worthington H, Mäkelä M. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

23. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

24. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002280.

25. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2003; Issue 1, Art. No.: CD002278. DOI: 10.1002/14651858.CD002278.

26. Bratthall D, Hansel Petersson G, Sundberg H. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? Eur J Oral Sci 1996;104:416-422.

27. Baelum V, Van Palenstein Helderma W, Hugoson A, Yee R. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. J Oral Rehabil 2007;34:872-906.

28. Costa E, Domingues J, Ferreira JC, Melo P. Tratamento medicamentoso de lesões iniciais de cárie. Agentes terapêuticos remineralizantes. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2009;50:43-51.

29. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007868. DOI: 10.1002/14651542.CD007868.pub2. 2010.

30. Mariño RJ, Khan AR, Morgan M. Systematic review of publications on economic evaluations of caries prevention programs. Caries Res 2013;47:265-272.