

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CLÁUDIA BERNARDETE SENA RIBEIRO
MARINA SILVEIRA NORONHA

AVALIAÇÃO DO PADRÃO ALIMENTAR, CORRELACIONANDO-O COM O
PERFIL SOCIOECONÔMICO E A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 0 A 12
ANOS RESIDENTES NUM BAIRRO POBRE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL

Porto Alegre
2014

CLÁUDIA BERNARDETE SENA RIBEIRO
MARINA SILVEIRA NORONHA

AVALIAÇÃO DO PADRÃO ALIMENTAR, CORRELACIONANDO-O COM O
PERFIL SOCIOECONÔMICO E A SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 0 A 12
ANOS RESIDENTES NUM BAIRRO POBRE DE UM MUNICÍPIO DO SUL DO
BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, como requisito parcial para
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Cançado
Figueiredo

Porto Alegre
2014

CIP- Catalogação na Publicação

Ribeiro, Claudia Bernardete Sena

Avaliação do padrão alimentar, correlacionando-o com o perfil socioeconômico e a saúde bucal de crianças de 0 a 12 anos residentes num bairro pobre de um município do sul do Brasil/ Claudia Bernardete Sena Ribeiro, Marina Silveira Noronha. – 2014.

29 f. il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

Orientadora: Márcia Caçado Figueiredo

1. Crianças. 2. Epidemiologia. 3. Padrão alimentar. 4. Condições de saúde bucal. I. Noronha, Marina Silveira. II. Figueiredo, Márcia Caçado. III. Título.

Dedicamos este trabalho a nossas famílias e amigos, e agradecemos pelo grande apoio e dedicação ao nosso crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a colaboração da Secretaria de Saúde do Município de Viamão-RS, à coordenadora de Saúde Bucal do referido município, à cirurgiã-dentista Virgínia Espina e à cirurgiã-dentista da Unidade Básica de Saúde Augusta Meneguini, Dilene Dumke, pelo apoio dado durante esta pesquisa.

As alunas agradecem, em especial, à professora orientadora Márcia Cançado Figueiredo pela grande ajuda na realização deste trabalho.

Sempre parece impossível, até que esteja feito.

Nelson Mandela

RESUMO

RIBEIRO, Claudia Bernardete Sena; NORONHA, Marina Silveira. **Avaliação do padrão alimentar, correlacionando-o com o perfil socioeconômico e a saúde bucal de crianças de 0 a 12 anos residentes num bairro pobre de um município do sul do Brasil.** 2014. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Para proporcionar ações efetivas na busca pela saúde bucal, o acesso à saúde deve ser singularizado conforme as necessidades da população e isso deve ser planejado a partir de levantamentos e estudos que evidenciem o perfil da comunidade e que sirvam de parâmetro para o planejamento de futuras ações. Este trabalho tem por objetivo descrever as condições de saúde bucal e o padrão alimentar de crianças e correlacioná-las com o perfil socioeconômico de suas famílias cadastradas na Estratégia Saúde da Família Augusta Meneguine do município de Viamão, RS. Trata-se de um estudo transversal onde foram coletados dados referentes ao padrão alimentar, à saúde bucal e aos aspectos socioeconômicos de 212 crianças de 0 a 12 anos de idade e de suas famílias durante visitas domiciliares. Resultados: Para analisar este trabalho foi usado o teste Qui-quadrado de Pearson, onde 42% das pessoas viviam com até 1 salário mínimo e 48,6% moravam com até 3 a 5 pessoas por casa. Houve associação significativa entre: renda familiar de até 1 salário mínimo e mais de 3 ingestas de açúcar entre refeições, de 3 a 5 salários mínimos e 2 ingestas de açúcar entre refeições; tipo de casa (alvenaria) e de 2 a 3 vezes higiene bucal por dia ($p < 0,05$). As crianças apresentaram mais de 60% de dentes cariados, 10% de dentes perdidos e 40% de dentes obturados na faixa de 7 a 12 anos de idade. Através deste levantamento foi possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico da população estudada: baixa remuneração e escolaridade dos cuidadores das crianças, altos índices de placa visível, sangramento gengival, cárie, perdas dentárias das crianças.

Palavras-chave: Crianças. Epidemiologia. Padrão alimentar. Condições de saúde bucal.

ABSTRACT

RIBEIRO, Claudia Bernardete Sena; NORONHA, Marina Silveira. **Evaluation of dietary pattern, correlating it with the socioeconomic profile and the oral health of children 0-12 years living in a poor neighborhood in a city in southern Brazil.** 2014. 29f. Final Paper (Graduation in Dentistry)– Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

To provide effective action in pursuit of oral health, access to health care should be singled out as the needs of the population, it must be planned from surveys and studies focusing on the profile of the community and serving as a framework for planning future actions. This study has as objective to describe the oral health status and nutritional status of children and correlate them with the socioeconomic families enrolled in the Family Health Strategy Augusta Meneguine in Viamão city and Rio Grande do Sul state. This is a cross-sectional study in which data relating to dietary patterns, oral health and socioeconomic aspects from 212 children were collected from 0 to 12 years of age and their families during home visits. Results: To analyze this work we used the chi-square test, where 42% of people living with up to 1 minimum wage and 48.6% lived with 3-5 people per house. There was a significant association between family income of up to 1 minimum wage and more than 3 intakes of sugar between meals, 3-5 times the minimum wage and 2 intakes of sugar between meals; house type (brickwork) and 2 to 3 times a day oral hygiene ($p < 0.05$). Children showed more than 60% of decayed teeth, missing teeth, 10% and 40% of filled teeth in the range 7-12 years. Through this survey it was possible to identify a poor oral health status and socioeconomic status of the population studied: low wages and schooling of caregivers of children, high level of visible plaque, gingival bleeding, tooth decay, tooth loss.

Keywords: Child. Epidemiology. Diet frequency. Oral health conditions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	19
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXO A- DADOS DO CUIDADOR.....	27
ANEXO B- DADOS DA CRIANÇA.....	28
ANEXO C- FICHA DE AVALIAÇÃO ODNTOLÓGICA.....	29

1 INTRODUÇÃO

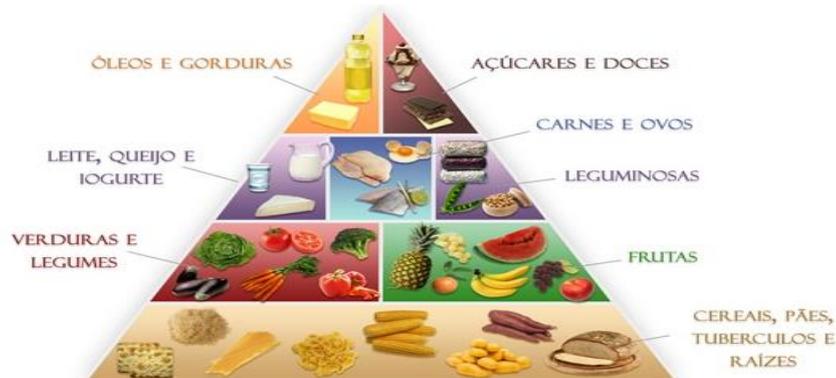
Segundo Wiest, muito mais que um ato biológico, a alimentação humana é um ato social e cultural¹. Para Filho e Batista, a alimentação e seu reflexo biológico (a nutrição), representam os traços de relações mais fortes da vida humana com o ambiente. É por meio dos alimentos que se estabelece o ciclo de trocas com o meio físico, biótico e social, constituindo ecossistemas saudáveis ou insalubres².

Atualmente, vários estudos interdisciplinares têm identificado que a refeição em família contribui para o bom estado nutricional, relacional e para uma melhor qualidade de vida, principalmente entre os jovens. A pirâmide alimentar, criada pelo United States Department of Agriculture(USDA) veio sofrendo diversas mudanças até chegar ao padrão atual³(Figura 1). Além de uma divisão feita como referencial para o exercício físico e sua importância, ela informa o quanto de cada alimento é necessário ser consumido diariamente aproximadamente para se ter uma alimentação saudável:

- grupo dos pães, cereais, arroz e massas: 6 a 11 porções;
- grupo das verduras e legumes: 3 a 5 porções;
- grupo das frutas: 2 a 4 porções;
- grupo do leite, iogurte, queijos: 2 a 3 porções;
- grupo das carnes, aves, peixes, leguminosas, ovos e nozes: 2 a 3 porções;
- grupo das gorduras, óleos e açúcares: recomendação de uso moderado.

No entanto, é necessário perceber o que são estas porções citadas no guia alimentar. Uma porção do grupo grãos é uma fatia de pão, ou ½ xícara de arroz ou massa. Já uma porção de leite é um copo de leite, ou 1 copo de iogurte, ou ainda 2 fatias de queijo. As porções variam entre os grupos⁴.

Figura 1- Modelo de pirâmide alimentar sugerida peloUSDA.



Fonte: Ilustração retirada do link <http://anapaulafaraujo.blogspot.com.br/2013/05/macronutrientes.html>

Outra necessidade é adaptar esse guia nutricional americano aos padrões brasileiros de alimentação. Devido às frutas e vegetais serem alimentos comuns à dieta e de fácil acesso para a população brasileira, as porções podem ser aumentadas para 3 a 5 porções no grupo das frutas e para 4 a 5 porções no grupo dos vegetais. Em relação às leguminosas, principalmente o feijão, achou-se conveniente colocá-las a parte, uma vez que não possuem os mesmos valores nutritivos que carnes e ovos e são os produtos isolados que mais contribuem para o consumo de proteínas, não podendo ser substituídas uma pela outra, sem o necessário ajuste no equilíbrio de aminoácidos, que é dado pelo consumo simultâneo deste alimento com o arroz⁵.

De acordo Batista et al, há certa concordância que o estado nutricional está inter-relacionado com a condição bucal, porém há poucos dados disponibilizados na literatura para confirmar esta afirmação e para estabelecer qual seria a natureza de qualquer tipo de relação possível⁶. Uma alimentação balanceada capaz de proporcionar um adequado estado nutricional, certamente, contribui para uma desejável condição bucal do indivíduo. Dessa forma, em casos de carências nutricionais, ou mesmo de ingestão de alguns componentes alimentares específicos, pode influenciar os processos de formação dental, erupção e desenvolvimento da cárie dentária⁷. Já a American Dietetic Association orienta que a nutrição é componente fundamental para a saúde bucal e que tanto a alimentação como a nutrição tem influência direta na progressão da cárie dental⁸. Doença esta que ainda é uma das agressões mais prevalentes à saúde no mundo, constituindo-se um problema de saúde pública de nível mundial.

Há muito tempo são conhecidos os fatores biológicos relacionados ao processo de desenvolvimento das doenças bucais como a cárie dentária, entretanto cada vez mais são adicionados aos determinantes deste processo fatores sociais, psicológicos e ambientais. Elementos como o desenvolvimento econômico e social, o nível educacional, os costumes e tradições, o acesso aos serviços odontológicos e o ambiente físico em que os indivíduos estão inseridos, bem como seus hábitos de higiene e de alimentação, são fatores que estão intimamente ligados ao percurso das enfermidades bucais, influenciando também no ritmo de sua expansão⁹.

É fato que as condições de saúde bucal no Brasil e no mundo melhoraram nas últimas décadas, a partir das décadas de 60 e 70; porém a cárie dentária, um dos principais males que acomete a cavidade bucal, permanece como um grande problema de saúde pública do país. De acordo com a pesquisa de Saúde Bucal no Brasil de 2010, uma criança brasileira aos 5 anos de idade possui, em média, 2,43 dentes com alguma

experiência de cárie¹⁰. Estes dados, naturalmente, variam bastante, sendo um dos motivos para esta grande diferença, a marca da desigualdade social e salarial que chama a atenção no cenário brasileiro, onde estas desigualdades não estão presentes apenas entre as grandes regiões do país, mas também no interior das diversas regiões de um Estado, e até mesmo nos diversos bairros de um município. A correlação entre renda familiar e CPO-D médio aos 12 anos, destaca o impacto dessa grande variedade: cidades com renda média mais elevada tendem a apresentar menores médias de CPO¹¹. No Brasil, estudo recente mostrou que o consumo de açúcar e refrigerantes participa com 13,7% da energia consumida pelos indivíduos, caracterizando o aumento no consumo, já excessivo de açúcar refinado e refrigerantes, como traço marcante e negativo da evolução do padrão alimentar brasileiro entre 1988 e 1996. Salienta-se que este valor está acima do que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como limite populacional máximo para o consumo de açúcar, isto é, 10,0% do consumo energético total ¹².

Há, por isso, que se considerar os aspectos dietético-nutricionais novamente, como fatores culturais que contribuem de modo importante para a manutenção de hábitos alimentares deletérios e a conseqüente instalação de doenças bucais. Além da renda familiar, a inserção social tem influência direta na prevalência da cárie dentária ¹³. Indivíduos com grau de escolaridade maior tendem a escovar seus dentes mais vezes, e suas crianças começam a ter seus dentes higienizados mais precocemente, com impacto significativo na saúde bucal. Somado a isso, a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas, também favorece as boas práticas de higiene pessoal ¹⁴.

Paralelamente, apesar da queda das cifras de desnutrição em todo o mundo, concomitante com o aumento da inatividade física e o estresse do modo moderno de vida, que leva ao aumento da adiposidade corporal, existe o outro lado da história, que são os processos crônicos não transmissíveis, como o diabetes mellitus, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica, os processos degenerativos do sistema nervoso central, agrupando-se em comorbidades associadas à alimentação hipercalórica, às gorduras trans, aos ácidos graxos saturados, ao consumo excessivo do açúcar e do sal, às calorias vazias dos refrigerantes, ao uso imoderado do álcool, ao fumo, ao sedentarismo e outras práticas não saudáveis do estilo de vida ocidental ².

A OMS recomenda que estudos epidemiológicos deveriam ser realizados a cada cinco anos dando uma noção da importância de se buscar a recuperação da saúde da população, usando métodos preventivos ou curativos, porém com ações baseadas em

dados epidemiológicos locais, os quais irão permitir a identificação dos problemas mais prevalentes naquela comunidade, para um adequado acompanhamento das condições de saúde bucal, bem como para avaliar as ações desenvolvidas, assim como, também sugeriu algumas idades-índices de 5 e 12 anos para serem usadas nos levantamentos para crianças ¹⁵.

Diante do acima exposto, propõe-se neste estudo realizar uma avaliação do padrão alimentar, correlacionando-o com o perfil socioeconômico e a saúde bucal de crianças de 0 a 12 anos residentes no bairro Augusta Meneghini em Viamão-RS.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Todos os participantes da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Este foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre sob o número 669, processo número: 001.032690.11.8, datado de 09/08/2011.

O presente estudo é do tipo transversal, observacional, analítico. A amostra foi composta de 212 crianças de 0 a 12 anos de idade cadastradas na Estratégia Saúde da Família da UBS Augusta Meneguine do município de Viamão, RS.

A Vila Augusta, onde se desenvolveu este estudo, se localiza no município de Viamão que é o maior município em extensão territorial da mesorregião Metropolitana de Porto Alegre e da microrregião de Porto Alegre e o sétimo mais populoso do estado do Rio Grande do Sul, com 250 mil habitantes, possuindo em 2010, um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,717¹⁶.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares realizadas na vila, aos sábados, nas quais, os responsáveis pelas crianças moradoras das casas visitadas, responderam a um questionário padronizado, que continha informações referentes às condições socioeconômicas do chefe da família (ANEXO A), além de dados sobre a saúde geral, padrão alimentar, peso, altura e pressão arterial (ANEXO B) de todos integrantes das 50 famílias visitadas, dados estes avaliados pela equipe da enfermagem e da nutrição (Figura 2).

Figura 2- Aplicação do questionário sendo realizada durante uma visita domiciliar.



Fonte: das autoras.

As condições de saúde bucal desses moradores foram avaliadas utilizando-se os critérios de presença ou ausência de placa visível e sangramento gengival, número de dentes cariados e perdidos (ANEXO C). Estes exames bucais foram realizados por examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e observação de sangramento gengival. Após essa deplacagem, fez-se a secagem dos dentes com uma gaze e levantou-se o número de dentes cariados, perdidos e restaurados (ANEXO C).

Para a avaliação da pirâmide alimentar, foram atribuídos códigos de 0 a 5 para analisarmos quais opções apareciam mais vezes na base da pirâmide, representando quais grupos de alimentos eram mais frequentemente ingeridos, e no topo da pirâmide, representando quais grupos de alimentos eram menos frequentemente ingeridos. O código 0 (zero) foi usado nos casos em que a criança ainda fazia somente uso de mamadeira e/ou peito. O código 1 refere-se ao grupo de “óleos e gorduras/açúcares e doces”, o código 2 refere-se ao grupo de “leite e derivados/ carnes e ovos/leguminosas”, o código 3 refere-se ao grupo de “hortaliças e frutas” e o código 4 refere-se ao grupo de “cereais, tubérculos, pães e raízes”.

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2007 e analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual e apresentados em frequência relativa absoluta, de acordo com o teste estatístico Qui- Quadrado ($p < 0,05$) e, quando houve associação, utilizou-se o resíduo ajustado $\geq 1,96$.

3 RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi constituída de 212 crianças de 0 a 12 anos, pertencentes a aproximadamente 50 famílias, com média de idade de 7 anos, sendo 51,4%(n=109) do sexo feminino e 48,6%(n=103) do sexo masculino.

Com relação ao peso das crianças avaliadas, pode-se constatar que crianças do sexo masculino de 3 e 4 anos de idade e aquelas a partir dos 8 anos tinham peso ligeiramente acima da média estabelecida para crianças brasileiras da mesma idade ¹⁷. Enquanto que para o sexo feminino, esses valores se encontram acima da média aos 3 anos e a partir dos 5 anos de idade para essas crianças. Quanto a estatura, crianças do sexo masculino de até 1, 5, 6, 9, 10, 11 e 12 anos de idade, apresentaram altura abaixo da média. Enquanto que para as idades de até 1 ano, 4, 6 e 12 anos de idade, os valores da estatura se mostraram ligeiramente abaixo da média, como podemos analisar na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1- Comparação da média de peso e altura das crianças avaliadas com relação a média de peso e altura estabelecida para crianças brasileiras da mesma idade. Viamão-RS, 2014.

Idade	Masculino			
	Média peso /altura (crianças brasileiras)			
	Peso(D.E) ¹	Altura(D.E)	Peso(KG)	Altura(Cm)
Até 1	10,2400	70,00*	11,5	81,5
2	12,9945	93,73	13,9	92,0
3	18,5333*	104,33	16,0	98,9
4	18,4750*	105,40*	18,0	106,2
5	18,6111	111,33*	19,9	112,0
6	20,5583	115,83*	22,2	118,5
7	23,5773	125,18	25,1	124,9
8	30,8250*	132,50	27,7	129,7
9	37,4650*	134,00*	31,6	135,2
10	35,4750*	138,40*	33,4	139,9
11	41,2000*	142,14*	36,8	143,6
12	43,7444*	149,00*	42,0	151,0

Idade	Feminino			
	Média peso/altura (crianças brasileiras)			
	Peso(D.E)	Altura(D.E)	Peso(KG)	Altura(cm)
Até 1	9,3886	76,71*	10,9	81,0
2	11,7267	94,83	13,5	90,8
3	15,7333*	100,17	15,4	98,3
4	15,3563	103,50*	17,6	105,3
5	20,3000*	118,20	19,6	112,0
6	22,7000*	117,42*	22,2	118,5
7	27,5057*	128,43	24,9	123,3
8	26,6857	132,29	27,7	129,4
9	33,7423*	137,23	31,6	135,0
10	40,2167*	141,93	33,4	140,4
11	42,0000*	148,88	36,8	147,5
12	42,1900*	152,50*	42,0	153,0

D.E: Dados estatísticos encontrados neste trabalho

(*): Medidas acima da média estabelecida para crianças brasileiras da mesma idade para o peso e abaixo da média estabelecida para crianças brasileiras da mesma idade para altura.

Com relação aos indicadores sócio econômicos, 51% (n=108) dos responsáveis disseram ganhar “até 1 salário mínimo” por mês. De acordo com o tipo de moradia, 37% (n=79) escolheram a opção casa do tipo “alvenaria”; 29% (n=62) de “madeira” e 29% (n=62) disseram ser do tipo “mista”. Em relação à escolaridade dos responsáveis das crianças que participaram da pesquisa, 30% (n=64) disseram ser “Analfabetos” e 62,2% (n=133) disseram possuir o “1º Grau Incompleto”. No quesito número de moradores, 51% (n=108) responderam morar “de 3 a 5 pessoas” em uma mesma casa e 36% (n=77) disseram ter “mais de 5 moradores”. Quanto aos hábitos de saúde bucal, 51,9% (n=110) responderam que a média de higiene bucal diária era de “2 a 3 vezes ao dia”; 35,8% (n=76) responderam “no máximo 1 vez ao dia” e 12,3%(n=26) responderam “mais de 4 vezes ao dia”. Analisando-se os dados de tipo de moradia e a frequência de higiene bucal diária por família, observou-se (Tabela 2) uma correlação estatisticamente significativa entre estas variáveis.

Tabela 2- Correlação estatisticamente significativa entre as variáveis: frequência de higiene bucal diária por família e tipo de casa. Viamão-RS, 2014.

Tipo de casa	Frequência de higiene bucal diária por família				
		No máximo 1 vez	De 2 a 3 vezes	Mais de 4 vezes	Total
Alvenaria	n	13	59	7	79
	%	16,5%	74,7%	8,9%	100,0%
	RA ¹	-4,5*	5,1*	-1,2	
Madeira	n	31	22	9	62
	%	50,0%	35,5%	14,5%	100,0%
	RA ¹	2,8*	-3,1*	0,6	
Mista	n	29	23	10	62
	%	46,8%	37,1%	16,1%	100,0%
	RA ¹	2,1*	-2,8*	1,1	
Outros	n	3	6	0	9
	%	33,3%	66,7%	0%	100,0%
	RA ¹	-0,2	0,9	-1,1	
Total	n	76	110	26	212
	%	35,8%	51,9%	12,3%	100,0%

(*) :RA¹ - Teste Qui-quadrado de Pearson - Ajuste residual (ponte de corte: + 1,96;-1,96)

Quanto a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições (da família), 64,6%(n=137) dos cuidadores escolheram a opção “3 vezes ao dia”, enquanto 22,2% (n=47) escolheram “2 vezes ao dia” e 13,2% (n=28) escolheram “1 vez ao dia”(Tabela 3).

Tabela 3- Correlação estatisticamente significativa entre renda e frequência de ingestão de açúcar entre as refeições. Viamão-RS, 2014.

Renda mensal por família		Frequência de ingestão de açúcar entre as refeições			
		1x ao dia	2x ao dia	3x ao dia	Total
Até 1 salário mínimo	n	18	15	75	108
	%	16,7%	13,9%	69,4%	100,0%
	RA ¹	1,5	-3,0*	1,5	
De 1 a 2 salários mínimo	n	10	23	49	82
	%	12,2%	28,0%	59,8%	100,0%
	RA ¹	-0,3	1,6	-1,2	
De 3 a 5 salários mínimo	n	0	9	13	22
	%	0%	40,9%	59,1%	100,0%
	RA ¹	-1,9	2,2*	-0,6	
Total	n	28	47	137	212
	%	13,2%	22,2%	64,6%	100,0%

(*) :RA¹- Teste Qui-quadrado de Pearson - Ajuste residual (ponte de corte: + 1,96;-1,96)

Em relação ao padrão alimentar, a alternativa que mais vezes apareceu na base da pirâmide foi a opção 4, representando 38,2%(n=81) das respostas, seguido pela opção 2 representando 28,3%(n=60) das respostas.

Na verificação das condições de saúde bucal das crianças avaliadas, elas foram divididos em grupos de “Até 3 anos”, “De 4-6 anos” e “De 7-12 anos”, para facilitar a interpretação dos dados ¹⁸, sendo que o maior número de crianças se encontrava no grupo “De 7-12 anos (n=119, f=60, m=59). Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Relação do número de crianças que apresentavam presença de placa visível, presença de sangramento gengival à escovação e pelo menos um dente cariado, perdido ou obturado, dividido por faixa etária. Viamão-RS, 2014.

ASPECTOS DE SAÚDE BUCAL	FAIXA ETÁRIA		
	0-3 anos	4-6 anos	7-12 anos
	n (%)	n (%)	n (%)
Dentes cariados	24 (63,2)	35 (63,6)	80 (67,2)
Dentes perdidos	5 (13,2)	6 (10,8)	20 (16,8)
Dentes obturados	4 (10,5)	3 (5,5)	14 (41,8)
Placa visível	28 (73,7)	31 (56,4)	88 (73,9)
Sangramento à escovação	24 (63,2)	24 (43,6)	71 (59,7)
Total	38	55	119

4 DISCUSSÃO

O município de Viamão apresentou em 2010 um IDH-M ¹⁶ médio de 0,717 e, considerando este valor torna-se possível avaliar o quadro de desenvolvimento de um determinado município. Segundo Roncalli, observa-se uma forte correlação entre o IDH-M e os principais indicadores de saúde, sendo que esta correlação não é recente, tendo em vista que a atenção odontológica no Brasil historicamente é marcada pelas condições socioeconômicas da população¹⁹. Os três pilares que constituem o IDH-M (saúde, educação e renda) são mensurados através da expectativa de vida (saúde); do grau de escolaridade (educação); e do PIB per capita expresso em poder de paridade de compra (renda).

Deste modo, especificamente a amostra deste trabalho foi caracterizada por viver abaixo da linha da pobreza e/ou em extrema pobreza, uma vez que a maioria das famílias relatou renda de até um salário mínimo por mês e, em sua maioria, eram compostas por 3 a 5 moradores por residência, em situação precária. Além disto, o grau de escolaridade encontrado foi muito baixo, pois aqueles que escolheram a opção “Analfabetos” somados aos que possuíam apenas o “1º Grau Incompleto”, representavam mais de 90% da população descrita. Estes dados exemplificam o perfil socioeconômico vulnerável da amostra, confirmando o motivo pelo qual a maioria destas famílias sobrevivia basicamente com créditos concedidos pelo governo federal, como o “Programa Bolsa Família”, e por isso, quando questionados sobre quais alimentos eram mais frequentemente ingeridos, a opção que mais vezes apareceu como respostas referiu-se ao grupo de “cereais, tubérculos, pães e raízes”, itens principais da cesta básica brasileira, pois garantem de 45% a 65% da energia total diária da alimentação ²⁰. Este resultado vai ao encontro com a análise de consumo alimentar do brasileiro, que constatou que além do arroz e feijão, as classes de renda mais baixas, consomem em maior quantidade vários itens considerados parte de uma dieta saudável, como a farinha de mandioca que é ingerida mais de 10 vezes mais na classe de menor renda quando comparada à maior, o mesmo ocorrendo em relação ao milho cujo consumo é mais de três vezes maior quando se comparam as classes de menor e maior renda¹⁷.

Ainda associando renda e padrão alimentar, apesar de todos os grupos de renda salarial possuírem elevado consumo de açúcar entre as refeições, neste estudo, as famílias com renda salarial mais elevada tiveram um maior consumo de açúcar entre as

refeições, comparados àquelas com menor renda, cuja frequência de ingestão de açúcar era significativamente menor (Tabela 2). Para Levy et al, açúcares e refrigerantes apresentaram padrões mais complexos de consumo, havendo diminuição do consumo de açúcar de mesa e aumento do consumo de refrigerantes conforme a elevação da renda, o que vai ao encontro do resultado obtido nesta pesquisa²¹.

O presente estudo também revelou uma associação significativa entre a estrutura da residência (alvenaria, madeira ou mista) e a frequência de higiene bucal por dia realizada pelos moradores, corroborando os achados de Figueiredo et al, que também verificaram que famílias que residiam casas mais estruturadas, de alvenaria, apresentaram uma maior frequência de higiene bucal do que aquelas cujas moradias eram feitas de madeira ou mista²². Conforme Moreira et al, deve-se reconhecer uma reprodução de expressão espacial das condições de vida e saúde da população, na medida em que o local de moradia do indivíduo reflete sua própria condição socioeconômica²³.

Por outro lado, considerando o aumento da prevalência da obesidade infantil tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento como o Brasil²⁴, a relação entre cárie na infância e estado nutricional tem sido alvo de recentes estudos, os quais mostram resultados conflitantes. Vários estudos apontaram uma associação entre cárie na infância e déficit antropométricos na altura²⁵, no índice de massa corporal ou no peso²⁶. Já outros autores encontraram uma associação com a obesidade²⁷ e outros não conseguiram estabelecer nenhuma correlação entre cárie em crianças e seu estado nutricional²⁸.

O consumo de sacarose foi relatado por Peres et al e Oliveira et al, como uma associação positiva no aparecimento da cárie em crianças^{25,26}, embora a ingestão de carboidratos pareça ter uma pequena influência na obesidade ou sobrepeso das mesmas²⁹. Os achados deste estudo corroboram com estes autores que afirmaram existir uma associação positiva entre o consumo de sacarose com o aparecimento da cárie em crianças, uma vez que, a frequência da ingestão de sacarose entre as refeições por 60% das famílias avaliadas era de 3 vezes ao dia e mais de 60% das crianças apresentaram lesões de cárie^{25,26}. Seguindo a mesma lógica de Skinner et al a ingestão de sacarose pareceu ter uma pequena influência na obesidade ou sobrepeso das mesmas, uma vez que em muitas faixas etárias foram observadas crianças com peso e estatura ligeiramente acima da média estabelecida para crianças brasileiras da mesma idade²⁹.

Por outro lado, estes resultados que demonstraram que em todas as idades estudadas o componente cariado, a presença de placa e o sangramento gengival foram muito prevalentes, revelam uma deficiente cobertura na atenção odontológica para as crianças de 0 a 12 anos de idade ou, uma menor importância dada à manutenção da dentição decídua e mista. São as crianças que acumulam grande parte da doença cárie e periodontal, apontando a necessidade de investimento em estratégias de promoção da saúde, incluindo a continuidade das medidas populacionais adotadas nos municípios e a ampliação das medidas educativas e preventivas voltadas a esse grupo populacional, além da ampliação do acesso ao tratamento odontológico de toda a população ³⁰.

Pelo mesmo caminho, o componente obturado apareceu em maior percentual na idade de 7 a 12 anos, o que pode caracterizar que as crianças desta idade tem um maior acesso aos serviços de saúde, porém indica que sejam revistas as ações coletivas de educação em saúde e prevenção da cárie dentária. Com base na avaliação destes resultados, seria possível planejar ações para a promoção da saúde bucal, que está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, promovendo uma integração às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis no município de Viamão, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as crianças, assegurando-lhes a disponibilidade de cuidados odontológicos apropriados.

Finalizando, o envolvimento das crianças, pais e responsáveis, bem como de profissionais da saúde nas atividades, é indicado como importante estratégia que pode oportunizar o reconhecimento de problemas, seus determinantes e fatores de risco associados (padrão alimentar inadequado), favorecendo o empoderamento individual e coletivo. Este envolvimento também reforça a importância da participação de todos no cuidado com a saúde bucal. Além disso, podem ser importantes momentos de mobilização coletiva para práticas educativas que favoreçam o aprendizado e o controle social sobre as estratégias necessárias neste ambiente comunitário.

5 CONCLUSÃO

Através deste levantamento foi possível identificar os seguintes aspectos:

- Uma população com um padrão alimentar caracterizado pela maior ingestão de alimentos a base de carboidratos e um perfil carente de atenção à saúde bucal e de nível sócio econômico com baixa remuneração e escolaridade;
- Existe uma associação positiva entre o consumo de sacarose com o aparecimento da cárie em crianças;
- As crianças avaliadas apresentaram altos índices de dentes cariados, perdidos e obturados, placa visível e sangramento gengival;
- Existe uma associação significativa entre as variáveis de renda e frequência de mais ingestões de açúcar entre as refeições, onde as famílias com renda salarial mais elevada tiveram um maior consumo de açúcar entre as refeições, comparados àquelas com menor renda, cuja frequência de ingestão de açúcar foi significativamente menor; e entre as variáveis relacionadas ao tipo de casa e frequência de higiene bucal realizada, a qual era feita com maior frequência no dia pelos moradores de casas do tipo alvenaria.

REFERÊNCIAS

1. Wiest JM, Carvalho HH, Figueredo MB, Oliveira MB. Um olhar sobre alimentação, cultura e sociedade. In: Wiest et al (Ed). Alimentos e alimentação enquanto saberes e fazeres no Limoeiro do Bacupará. Porto Alegre: Editora Evangraf; 2008; p.25-49.
2. Filho MB, Batista LV. Transição alimentar / nutricional ou mutação antropológica. Rev Soc Bras Progresso Ciênc 2010; 62(4):26-30.
3. United States Department of Agriculture. Mypyramid. [Internet] USA,1992; Atualizada em 28 set 2010. [acesso em 2014 mai]. Disponível em: <http://www.mypyramid.gov/>.
4. Milano MM. Príncipe Kincas e a Grande Pirâmide dos Alimentos. Porto Alegre. Editora Razão; 2006. 46p.
5. Tucunduva PS, Romero LA, Rodrigues CAT, Cisotto RL. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr [serial on the Internet]. 1999;12(1):65-80.
6. Batista LRV, Moreira EAM, Corso ACT. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.
7. Auad SM, Pordeus IA. Nutrição e sua influência nos processos de odontogênese, erupção e desenvolvimento da cárie dentária. Rev CRO MG. 1999; 5(3):151-5.
8. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition. J Am Diet Assoc. 1996; 96(2):184-9.
9. Pinto VG. Relacionamento entre padrões de doença e serviços de atenção odontológica. São Paulo: Rev Saúde Pública. 1989, 23:509-514.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010-Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
11. Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito R L. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. Rev da ABO Nacional. 2000; 8:45-49.
12. Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar em áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34(3): 251-8.
13. Furlani PA. Influências dos aspectos sociais e culturais na prevalência da cárie dentária em escolares de Jaraguá do Sul. Monografia (Especialização em Odontologia Preventiva e Social), Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1993.
14. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. Cad Saúde Pública. 2002, 18(3):755-763.
15. Organização Mundial da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: manual de instruções. Genebra; 1997.
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. [Internet]Brasília; 2012[acesso em 2014 mar 26].Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro; 2011.
18. Papália D. et al. Desenvolvimento humano. 8 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

19. Roncalli AG. Epidemiologia das desigualdades em saúde bucal com foco em famílias. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes médicas, 2008. p. 170-192.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2008.210 p.
21. Levy RB. et al. Disponibilidade de “açúcares de adição” no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(1): 3-12.
22. Figueiredo MC, Peixoto LT, Covatti, F, Silva, KVCL, Jardim LE. Saúde bucal de pessoas em situação de pobreza extrema residentes em um município no sul do Brasil. UNOPAR. Cien Ciênc BiolSaúde.2014;16(1):45-50.
23. Moreira SR, Nico SL, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(1):275-84.
24. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. Am J Clin Nutr. 2002;75(6):971-7.
25. Peres MA, et al. Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33(1):53-63.
26. Oliveira LB, Sheiham A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. Eur J Oral Sci.2008;116:37-43.

27. Gerdin EW, Angbratt M, Aronsson K, Eriksson E, Johansson I. Dental caries and body mass index by socio-economic status in Swedish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(5):459-65.
28. Sheller B, Churchill SS, Williams BJ, Davidson B. Body mass index of children with severe early childhood caries. *Pediatric Dent.* 2009; 31(3):217-221.
29. Skinner JD, Ziegler P, Pac S, Devaney B. Meal and snack patterns of infants and toddlers. *J Am Diet Assoc.* 2004; 104(Suppl 1):65-70.
30. NamalN, Yüceokur AA, CanG. Significant caries index values and related factors in 5–6-year-old children in Istanbul, Turkey. *East Mediter Health J.* 2009; 15(1): 178-84.

ANEXO A- Dados do cuidador

DADOS DO CUIDADOR

Nome: _____
 Data de Nascimento: ____/____/____
 Parentesco: () mãe () pai () avó () avô () tia () tio () irmão () irmã () outro
 Ocupação: () Empregado _____ () Desempregado
 Gênero: () Feminino () Masculino

1- Escolaridade:

- () Analfabeto
 () 1º Grau Incompleto
 () 1º Grau Completo
 () 2º Grau Incompleto
 () 2º Grau Completo
 () 3º Grau Completo

2- Renda Familiar:

- () Até 1 Salário Mínimo/SM
 () De 1 a 2 SM
 () De 3 a 5 SM
 () Mais de 5 SM

3- Habitação

3.1 Tipo de Casa:

- () madeira
 () alvenaria
 () mista
 () outros

3.2 Número de peças:

- () até 2
 () de 3 a 5
 () mais de 5

3.3 Banheiro:

- () no corpo da casa
 () fora da casa
 () não apresenta

3.4 Número de torneira:

- () nenhuma
 () até 2
 () 3 ou mais

3.5 Número de Moradores:

- () até 2
 () de 3 a 5
 () mais de 5

3.6 Dejetos:

- () fossa séptica
 () fossa seca
 () direto na rua
 () rede de esgoto

4- Higiene Bucal:

4.1 Já recebeu alguma orientação de que se deve e como se deve fazer higiene bucal?
 () Não () Sim - De quem? _____

4.2 Quantas vezes ao dia as pessoas desta casa costumam fazer a Higiene Bucal?

- () No máximo 1x ao dia
 () De 2x a 3x ao dia
 () Mais de 4x ao dia

4.3 As crianças menores que residem aqui abaixo de 6 anos são supervisionadas durante a escovação dentária? () Não () Sim, e Se alguém faz a escovação dentária delas? () Sim () Não. Quem? _____

4.4 Qual a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições (da família)?

- () 1x ao dia
 () 2x ao dia
 () 3x ao dia

4.5 Qual o número de refeições diárias que as pessoas desta casa costumam fazer?

- () 1x ao dia
 () de 2 a 3x ao dia
 () mais de 4 ao dia

ANEXO B – Dados da criança

DADOS DA CRIANÇA

Nº do prontuário da família:

Nome:

Idade:

Altura:

Peso:

IMC = peso/altura²:

PA:

HGT:

Como você descreveria a sua alimentação? Considere a base

da pirâmide o que você come em maior quantidade ou com maior frequência e o pico da pirâmide o que você come em menor

quantidade ou com menor frequência.

1- Óleos e Gorduras / Açúcares e Doces

2- Leite e Derivados / Carnes e Ovos / Leguminosas

3- Hortaliças / Frutas

4- Cereais, Pães, Tubérculos e Raízes

IDADE	MENINAS	MENINOS
2	18,0	18,4
3	17,6	17,9
4	17,3	17,6
5	17,1	17,4
6	17,3	17,6
7	17,8	17,9
8	18,3	18,4
9	19,1	19,1
10	19,9	19,8
11	20,7	20,6
12	21,7	21,2
13	22,6	21,9
14	23,3	22,6
15	23,9	23,3
16	24,4	23,9
17	24,7	24,3
18	25	25



ANEXO C- Ficha de avaliação odontológica

Ficha de Avaliação Odontológica

Nome:

Família:

Data de Nascimento:

IPV

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= placa visível

0= sem placa visível

ISG

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

1= sangramento

0= sem sangramento

CPOD

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

Código H para Dente Hígido

Código O para Dente Restaurado

Código E para Extração Indicada

Código C para Dente Cariado

Código P para Dente Extraído

Código A para Dente Ausente