

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
Faculdade de Medicina – Departamento de Medicina Social  
Especialização em Saúde Pública

**TAIS NUNES**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS CUIDADOS DA SAÚDE BUCAL DOS  
FUNCIONÁRIOS DO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2008/1

**TAIS NUNES**

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DOS CUIDADOS DA SAÚDE BUCAL DOS  
FUNCIONÁRIOS DO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Monografia apresentada ao Curso de  
Especialização em Saúde Pública.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ana Beatriz Almeida  
de Oliveira

Porto Alegre

2008/1

## RESUMO

O presente estudo, trata do tema saúde bucal, pois sabe-se que uma boca saudável é aquela sem doença como a cárie e a doença periodontal. Para tanto, realizou-se uma averiguação sobre os aspectos bucais de trabalhadoras manipuladoras de alimentos. Ela foi incluída na coleta de dados de uma pesquisa de maior abrangência já aprovada, que foi desenvolvida em janeiro e fevereiro de 2008, para avaliação nutricional dos profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Pode-se verificar, após a coleta de dados, altos índices de obturação, próteses e insatisfação com o sorriso, porém havendo determinantes que fizeram com que os números se aglomerassem em variáveis como cargo e faixa etária.

**Palavras-chave:** Saúde bucal; manipuladoras de alimentos; aspectos odontológicos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Definição do problema .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>9</b>
<i>1.3.1 Geral .....</i>	<i>9</i>
<i>1.3.2 Específicos.....</i>	<i>9</i>
<b>2 REVISÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Saúde bucal e a promoção de saúde geral .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Tópicos gerais sobre cárie dental .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 A prevenção na primeira infância.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 A influência da condição social da população.....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 Os programas odontológicos em saúde pública .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 Serviços de alimentação .....</b>	<b>15</b>
<b>2.7 Manipuladores e surtos de DTA em serviços de alimentação.....</b>	<b>17</b>
<b>3 MATERIAIS E MÉTODO .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Delineamento do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 População e amostra.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Coleta de dados .....</b>	<b>20</b>
<b>3.5 Critérios éticos.....</b>	<b>20</b>
<b>3.6 Análise estatística.....</b>	<b>20</b>

<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Discussão .....</b>	<b>28</b>
<i>4.1.1 Atendentes de alimentação.....</i>	<i>28</i>
<i>4.1.2 Cozinheiros .....</i>	<i>31</i>
<i>4.1.3 Técnicas em nutrição.....</i>	<i>32</i>
<i>4.1.4 Nutricionistas .....</i>	<i>33</i>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Todas as pessoas que trabalham com alimentos são consideradas “Manipuladores de Alimentos”, ou seja, quem produz, quem vende, transporta, recebe, prepara e serve o alimento.

O principal objetivo da higiene na manipulação de alimentos é restringir o desenvolvimento de microorganismos que possam contaminar os produtos, causando alterações indesejáveis.

Esse profissional, assim como todo ser humano, é portador de microrganismos na parte externa de seu corpo (mãos, pele e cabelo) e na parte interna (boca, garganta e nariz).

Quando o homem transfere microrganismos para um alimento pode causar uma Doença Transmitida por Alimentos (DTA), em consequência, ao longo dos anos tem sido constante a preocupação dos pesquisadores na detecção de portadores de bactérias, principalmente, entre os profissionais relacionados ao ambiente médico-hospitalar e na indústria de alimentos.

Dados da Organização Mundial de Saúde, indicam que os manipuladores são responsáveis por até 26% dos surtos de enfermidades causadas por bactéria, que podem contaminar os alimentos pela boca, nariz, garganta, mãos e trato intestinal (SILVA et al., 2006).

Vanzo e Azevedo (2003) coletaram amostras de 67 manipuladores de alimentos de 10 Unidades de Alimentação e Nutrição e, constataram, que 10 (35,7%) albergavam *Staphylococcus aureus* na boca. Este sítio de coleta, foi o segundo com a taxa mais elevada *S. aureus* só perdendo para as mãos.

Estudos de portadores de *Staphylococcus aureus*, com finalidade epidemiológica, vêm sendo realizados como tentativa de estabelecer uma possível ligação entre *S. aureus* por eles albergados, sua disseminação e perpetuação de cepas resistentes que se propagariam no ambiente familiar ou do trabalho (ZANDONADI et al., 2007).

Além de vários cuidados, deve-se ter cuidado com a saliva, principalmente pela possibilidade de ela ser uma fonte de transmissão de doenças infecto-contagiosas das mais diversas, desde um simples resfriamento, passando por doenças estigmatizantes como a tuberculose até outras doenças mais complicadas e perigosas, como hepatite B. Outras doenças que podem ser transmitidas via saliva são: gripe, caxumba, sarampo, escarlatina e outras (CUFONE, 2007).

A saliva é um líquido viscoso e claro, secretado pelas glândulas salivares e glândulas mucosas da boca. Suas propriedades são essenciais para a proteção da cavidade bucal, do epitélio gastrointestinal e da orofaringe. Além de umedecer os tecidos moles e duros da cavidade bucal, tem função de destaque no controle de quantidade de H<sub>2</sub>O no organismo (PELLIZZER e MUENCH, 2007).

A saliva diminui a acidez bucal, prevenindo a cárie (o pH salivar padrão oxila entre 6,8 e 7,2). Esta por sua vez com o seu teor alcalino, atua quimicamente neutralizando esses ácidos bucais exercendo, portanto, uma função de proteção dos dentes contra cárie dentária (CHOUEIRI, 2007).

A saliva possui bactérias como *cocos gram* positiva (*Staphilococos*, *Streptococos*) e *cocos gram* negativo (*Neisseria*, *Veillonella*), bacilos gram negativo (bacteriódes, jusobacteruim), espiroquetas. As mais importantes são: *S mutans*, *S salivarise*, *S saguis* tendo como funções favorecer o desenvolvimento da cárie em regiões de sulco, fósulas e fissuras e promover aderência entre as glicoproteínas salivares; na sacarose – polímeros adesivos.

## 1.1 Definição do problema

Ter saúde bucal não significa possíveis dentes perfeitos e gengivas saudáveis, mas indivíduos saudáveis com bocas saudáveis. A saúde do indivíduo reflete o ambiente em que ele vive, o nível de informação que possui, o acesso ao

tratamento e a educação para prevenir e auto-promover a sua saúde (UNFER e SALIBA, 2007).

Sabendo-se destes cuidados necessários para prevenção de doenças e promoção da saúde, coloca-se como questionamento que norteou o desenvolvimento desta pesquisa: “Os profissionais de Serviço de Alimentação das instituições hospitalares, realizam a promoção de sua saúde bucal?”

Sendo assim, destaca-se como situação problema desta pesquisa, o perfil dos cuidados da Saúde Bucal dos funcionários do Serviço de Alimentação do Hospital Universitário de Porto Alegre/RS, pois sabe-se que no ambiente hospitalar o cuidado humanizado começa pela saúde daqueles que prestam os diversos serviços necessários para a promoção e recuperação da saúde dos pacientes.

Entende-se que uma boca saudável é aquela sem doença como a cárie e a doença periodontal, sem feridas ou manchas, sem mau hálito, e que proporcione boa mastigação, deglutição e comunicação, além de ser esteticamente agradável (EGELBERG e CLAFFEY, 1994).

As estruturas presentes na cavidade bucal possibilitam às pessoas a realizarem uma série de atividades, que vão desde a mastigação até a expressão dos sentimentos. Estas estruturas, agindo coordenadamente, permitem os movimentos da fala, mastigação, deglutição e a percepção dos sabores.

## **1.2 Justificativa**

Sendo assim, entende-se como relevante este estudo, pois trata da saúde dos profissionais que desenvolvem suas atividades, através da manipulação de alimentos em área hospitalar, o que requer um cuidado maior em função do ambiente onde insere-se a manipulação dos alimentos, levando-se em consideração o estado de saúde daqueles que irão ingerir os mesmos. Assim sendo, a saúde bucal daqueles que manipulam e preparam os alimentos deve ser considerada como fator de preservação da saúde dos próprios indivíduos, como também fator de cuidado com os pacientes.

Cabe destacar, que para que a doença se estabeleça na cavidade bucal, é necessário que haja uma quebra do equilíbrio, seja por baixa do fluxo salivar, seja por consumo de alimentos (qualidade, quantidade, preferência) ou por falta de uma

higienização adequada, que influenciam de forma direta a quantidade e qualidade da microbiota bucal.

Algumas medidas podem ser adotadas para a manutenção do equilíbrio bucal, entre elas cita-se:

1. a ingestão de água que é importante para a manutenção do fluxo salivar, que tem função de limpeza fisiológica da boca e, através de sua capacidade de tampão, de equilíbrio do Ph bucal;
2. evitar alimentar-se entre as refeições, pois geralmente não são seguidos de uma higienização adequada;
3. a higienização bucal deve ser realizada de forma adequada, usando escova dental compatível com o tamanho de sua boca, creme dental fluoretado não muito abrasivo, fio dental (1 vez ao dia).

A preservação da saúde bucal do paciente é essencial e exige um esforço considerável do paciente e do profissional para a manutenção de um programa de higiene bucal cuidadosa e perfeita.

Visitas regulares ao dentista devem servir como um mecanismo positivo de motivação entre paciente e o profissional a fim de assegurar quando os indivíduos tenham a oportunidade de manter um bom padrão de saúde pelo maior tempo possível. Uma parte da manutenção periódica preventiva é o contínuo monitoramento diagnóstico do paciente afim de se instituir uma terapia adequada às necessidades do paciente (LANG et al., 1997).

O diagnóstico clínico durante a manutenção periódica preventiva deve ser baseado nas variações do padrão de saúde obtido após “tratamento ativo”. Então, um novo exame, que será tomado como guia, deve ser obtido (CLAFEY, 1991).

Os pacientes podem passar por significantes mudanças na sua saúde médica e dental em poucas semanas e/ou meses entre as visitas de manutenção.

## **1.3 Objetivos**

### *1.3.1 Geral*

Avaliar os cuidados com a saúde bucal dos funcionários do Serviço de Alimentação de um Hospital Universitário, localizado no município de Porto Alegre/RS.

### *1.3.2 Específicos*

- Descrever as características dos cuidados da saúde bucal da amostra por sexo, idade e cargo;
- verificar os cuidados utilizados para prevenção de doenças bucais.

## **2 REVISÃO TEÓRICA**

### **2.1 Saúde bucal e a promoção de saúde geral**

Conforme Batista, et al. (2007), uma alimentação balanceada e que ofereça condições de proporcionar um adequado estado nutricional, certamente, contribui para uma desejável condição bucal do indivíduo. Esclarecem os autores que a condição bucal sofre influências de alterações nas glândulas salivares, pois a saliva é fundamental para a saúde dentária, que pode ser afetada pela desnutrição, por exemplo, e citam um estudo americano realizado por Johanson et al. em 1992<sup>1</sup> em que ficou demonstrado que a desnutrição em crianças indianas pode afetar as glândulas salivares, reduzindo o fluxo salivar e alterando a composição da saliva.

Verifica-se assim que os fatores que contribuem para uma adequada saúde bucal são intrínsecos a condição de saúde geral do indivíduo. Por outro lado, pode-se dizer que a condição bucal também é fator importante para a saúde de um modo geral e que na realidade, a partir da resignificação da saúde coletiva através dos preceitos de integralização da saúde é que se passou a considerar a saúde bucal como elemento importante para a promoção da saúde geral.

Segundo Pinto (2002) o antigo e tradicional modelo odontológico de saúde, atuava sobre a doença bucal, apresentava alto custo, recaía em um ciclo cirúrgico-reparador repetitivo e por isso tornava-se de baixa resolutividade. A partir da

---

<sup>1</sup> JOHANSON, I; SAELLSTRON. A.K; RAJAN, P;PARAMESWARAN, A. Salivary flow and dental caries in Indian children suffering from chronic malnutrition. *Caries Res*, v. 26, p. 38-46, 1992.

década de 80 ocorreu uma transição da abordagem de tratamento curativo para a filosofia de promoção à saúde.

Conforme Capra (1982) como determinantes da saúde tem-se o tipo de comportamento, de alimentação e a natureza do meio ambiente do paciente. E a doença por sua vez resulta do estilo de vida não favorável para a saúde: seja ele sócio econômico, cultural ou emocional.

## **2.2 Tópicos gerais sobre cárie dental**

O índice de fluxo salivar reduzido aumenta a susceptibilidade às lesões de cárie dentária. As principais funções protetoras da saliva contra as cáries dentárias são: o efeito tampão da saliva que previne a redução intra-oral do pH após a ingestão de açúcar (sacarose); a saliva aumenta o nível de remoção de microorganismos cariogênicos da boca, não só pelo seu efeito de fluxo, mas também pela sua capacidade de aglutinar bactérias. A saliva tem um papel relevante na proteção dos dentes à cárie dentária, pois é provável que o aumento significativo à susceptibilidade à cárie dentária em indivíduos desnutridos seja decorrente das alterações na velocidade de secreção salivar e nos componentes salivares, pois a redução do fluxo salivar aumenta não só a susceptibilidade à cárie dentária, como também a possibilidade de erosão dental (BATISTA et al., 2007).

Segundo Silva et al. (1997), em um estudo sobre o comportamento de adolescentes acerca da higiene bucal em duas escolas de Belo Horizonte (MG), 86% dos jovens viam a escovação como única forma de higiene e apenas 20% usavam o fio.

Também Tomita et al. (2001) desenvolveram um estudo mostrando necessário que os métodos educacionais sejam entendidos como instrumentos que possibilitem às pessoas construir um maior aporte de conhecimentos sobre a saúde bucal e que se traduzam em mudanças efetivas quanto ao autocuidado, com conseqüentes resultados sobre os níveis de saúde bucal. A escovação era realizada por motivos de saúde, aparência e bom hálito. A família, a mãe, em especial, representava uma forte determinante no aprendizado inicial da higiene bucal.

De acordo com Cortelli et al. (2002) o risco real de cárie, é classificado de acordo com os parâmetros de alto, médio ou baixo. A identificação dos grupos de risco necessita de informações individuais obtidas principalmente a partir de exames microbiológicos, como contagem de estreptococos do grupo *mutans*, *lactobacilos* e análise da saliva. Alguns estudos demonstraram correlação positiva entre cárie dentária e infecção por estreptococos do grupo mutans. Dados obtidos a partir de estudos longitudinais mostraram que indivíduos com níveis elevados de estreptococos na saliva apresentam maior atividade de cárie do que os indivíduos com baixos níveis. A presença de 1.000.000 de Unidades Formadoras de Colônias (UFC) por ml de saliva é número indicativo de atividade de cárie acentuada. Pode-se também, determinar a atividade de cárie de modo mais preciso combinando-se o número de estreptococos com a contagem de lactobacilos salivares e lesões cariosas incipientes.

### **2.3 A prevenção na primeira infância**

O planejamento de serviços de saúde fornece condições de qualificar as ações, voltando-se para as peculiaridades de cada nível de evolução das famílias. É uma ferramenta que permite estender a abordagem para além do indivíduo. Desloca-se, por exemplo, o foco da criança e sua saúde bucal para o seu contexto global, favorecendo a inter-relação e a introdução de outros profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde, educadores e o meio escolar. Amplia-se os horizontes de atuação através da perspectiva de levar saúde bucal ao âmbito de processos de construção de conhecimentos junto à comunidade, favorecendo o seu crescimento em concordância com suas potencialidades e resgatando a idéia de prevenção e promoção para o universo ampliado da família (FANTINI, 2005).

Em similar sentido referem Pauleto, et al. (2004), que “em saúde bucal, a situação epidemiológica brasileira ainda é grave devido às condições sociais e econômicas da população, à pequena parcela de investimentos que a área recebe em relação ao total do SUS e à falta de informação sobre os cuidados básicos de saúde”. Embora a odontologia demonstre-se muito desenvolvida em tecnologia, não consegue responder ainda, em níveis significativos, às demandas dos problemas de saúde bucal da população. Nesse âmbito, “a educação em saúde bucal tem sido

cada vez mais requisitada, considerando o baixo custo e as possibilidades de impacto odontológico no âmbito público e coletivo”.

Estudo realizado em 1996, pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, pesquisando somente a cárie dental entre escolares de 6 a 12 anos, mostrou uma redução de 53,9% na população estudada, atingindo praticamente os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 (BRASIL, 1999).

Frazão (1998) refere que essa queda não é uniforme nem homogênea pelo vasto território brasileiro. É possível considerar-se que se modifica, dentre outros fatores, conforme as características de abastecimento de água de cada região, dos sistemas locais de saúde e das classes sociais e seus diferenciais de consumo. Em regiões com água fluorada e cujos teores são mantidos adequados, a redução pode ser atribuída a essa medida. A fluoração das águas de abastecimento público foi aplicada pela primeira vez no Brasil em 1953 no município de Baixo Guandu, Espírito Santo. Constitui um meio coletivo importante para a prevenção da cárie dentária pelos resultados que produz: redução de aproximadamente 60% na prevalência da doença depois de 10 anos de utilização.

Ainda com base em Frazão (1998), verifica-se que em 1974, o Congresso Nacional aprovou a lei federal n. 6.050, que estabeleceu a obrigatoriedade da fluoração dos municípios com estações de tratamento de água. A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido enfatizadas por diversos pesquisadores. O desconhecimento sobre cuidados pertinentes à higiene bucal representa um fator a ser observado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. A importância de programas odontológicos educativos, que pesquisem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada.

Silveira Filho (2000) salienta que a Carta Magna que regulamenta o Sistema único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos compõem as bases legais para as ações de saúde bucal no SUS, propondo seguir os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na

integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social.

Conforme enfatizam Barros e Bertoldi (2002), dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, realizada pelo IBGE, revelaram que a saúde bucal no Brasil recebia uma parcela escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS. Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém com um papel proporcionalmente pequeno: em 1998, a pesquisa demonstrava que, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos.

Pauleto et al. (2004) destacam que para alcançar essas metas, é essencial ações no sentido de criar e incentivar práticas comunitárias que propiciem o crescimento da consciência sanitária e a mobilização da sociedade civil em torno das questões de saúde.

#### **2.4 A influência da condição social da população**

Segundo Moysés (2000), é bastante significativo o poder que a condição social de uma população tem para justificar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor demonstra que piores condições socioeconômicas estão estreitamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, expondo, portanto essa população de maneira mais acentuada a esses fatores de risco e, conseqüentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Fantini (2005) refere que “de modo especial, a Odontologia, historicamente tem se pautado em desenvolvimento tecnológico e tem sua prática centrada no saber do dentista”. O processo de formação e de trabalho dessa área da saúde, até bem pouco tempo, teve como foco as ações de intervenção curativa, de alta especificidade e de um conhecimento não compartilhado. Mediante uma proposta de assistência, que além da proposição interdisciplinar, do deslocamento do foco de atenção da doença para a promoção da saúde envolvendo a família e sua relação social, se torna inquestionável a mudança de atitude, da busca de um novo entendimento e ação.

## **2.5 Os programas odontológicos em saúde pública**

Nesse sentido, já salientava Pinto (1992) que dentro do modelo de assistência odontológica tradicional anteriormente vigente era possível observar que aproximadamente 2/3 dos trabalhadores não tinham no Brasil condições reais de serem atendidos em clínicas privadas, nas quais se concentram 3/4 do tempo de trabalho ofertado pelos cirurgiões-dentistas.

Referem Back et al. (2006) que a visão contemporânea de promoção de saúde é abrangente, superando a prática corrente que compreende a promoção de saúde apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças. Esta visão corresponde a reconhecer que o objeto de atuação dos profissionais de saúde bucal constitui-se em três esferas: a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, a aplicação de métodos de prevenção e o repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde.

O preparo dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem neste processo é prioritário, integrando-os à equipe de saúde. Dispondo de conhecimentos abrangentes e participando das questões mais amplas da comunidade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, higiene, uso de fluoretos, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo saúde/doença estaremos contribuindo para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

## **2.6 Serviços de alimentação**

Serviços de alimentação são definidos como aqueles estabelecimentos onde o alimento é manipulado, preparado, armazenado e ou exposto à venda, podendo ou não ser consumido no local. Diferentemente das indústrias de alimentos que elaboram produtos alimentícios, os serviços de alimentação preparam refeições e/ou alimentos prontos para consumo. São exemplos de serviços de alimentação bufês, comissárias, cozinhas industriais, cozinhas institucionais, restaurantes, cozinhas hospitalares, confeitarias, delicatessens, lanchonetes, padarias, pastelarias e congêneres destinados tanto à alimentação para coletividades, como para refeições fora do lar. (BRASIL, 2004).

Os serviços de alimentação que têm por objetivo a produção e distribuição de alimentação para coletividades são denominados Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) (PROENÇA, 1999).

Em uma unidade hospitalar, vários critérios são estabelecidos com a finalidade principal de recuperar a saúde do paciente, enquadrando nessas exigências a dieta, a qual faz parte do seu tratamento. Assim, os funcionários, de um modo geral, estão envolvidos nesse processo, mas aqueles que trabalham na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar têm uma responsabilidade particular, porque estão alimentando pessoas enfermas, cujo sistema imunológico pode estar debilitado (SALLES e GOULART, 1997).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária adota a RDC n. 216 (BRASIL, 2004) para regulamentar e aperfeiçoar as ações de controle sanitário nesse seguimento através da implementação de Boas Práticas de Manipulação (BPM). As BPM's são um conjunto de princípios e regras para o correto manuseio dos alimentos a fim de garantir a sua qualidade sanitária e sua conformidade com a legislação (BRASIL, 2004).

No Rio Grande do Sul, a Secretaria de Saúde do Estado, baseando-se, igualmente na RDC nº 216 criou a portaria nº 542/2006 que aprova instrumentos de verificação de Boas Práticas para serviços de alimentação e com isso favorece a fiscalização sanitária (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

A boca, que contém diversos tipos de microorganismos pode se tornar um meio de contaminação por meio da saliva, o simples ato de espirrar sobre as mãos ou sobre uma superfície e falar próximo aos alimentos pode enchê-los de microorganismos (ZANDONADI et al., 2007).

Está designado, na RDC 216, no que se refere aos manipuladores, como sendo item de boas práticas, que estes não devem fumar, falar desnecessariamente, cantar, assobiar, espirrar, cuspir, tossir ou praticar outros atos que possam contaminar o alimento, durante o desempenho das atividades (Brasil, 2004).

A qualidade é uma característica multidimensional do alimento, sendo uma combinação de atributos microbiológicos, nutricionais e sensoriais. O seu controle em todas as etapas do processamento de alimentos tem como objetivo assegurar a qualidade, promovendo a saúde do consumidor (SOUZA e CAMPOS, 2003).

Em uma unidade hospitalar, vários critérios são estabelecidos com a finalidade principal de recuperar a saúde do paciente, enquadrando nessas exigências a dieta, a qual faz parte do seu tratamento. Assim, os funcionários, de um modo geral, estão envolvidos nesse processo, mas aqueles que trabalham na Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar têm uma responsabilidade particular, porque estão alimentando pessoas enfermas, cujo sistema imunológico pode estar debilitado (SALLES e GOULART, 1997).

## **2.7 Manipuladores e surtos de DTA em serviços de alimentação**

Na produção de alimentos, a qualidade higiênico-sanitária tem sido bastante discutida em virtude da elevada morbidade por DTA presente em países da América Latina e Caribe (AKUTSU et al, 2005).

Em estudo realizado por Costalunga e Tondo (2002) verificou-se o maior número de surtos ocorreu em casas particulares (44%) e que os estabelecimentos comerciais foram o segundo lugar (25%) de ocorrência de surtos no Rio Grande do Sul no período de 1997 a 1999.

Existem várias DTA's, porém as que mais se relacionam com os serviços de alimentação são as toxinfecções de origem bacteriana (RIEDEL, 2005).

A evolução tecnológica nos últimos anos foi realmente importante em relação à conservação e higiene dos alimentos, entretanto as toxinfecções alimentares ainda constituem sério problema de Saúde Pública em países desenvolvidos e principalmente em países em desenvolvimento (SHINOHARA, 2003).

Nos EUA, estima-se que a cada ano cerca de 76 milhões de pessoas sofram uma toxinfecção alimentar, das quais, cerca de 325 mil são hospitalizadas e 5 mil morrem (MEAD et al, 1999). Os custos anuais por paciente com infecções bacterianas e parasitárias de origem alimentar têm sido estimados em 6,5 bilhões de dólares ou mais (BUZBY; ROBERTS, 1996). Cinco microrganismos patogênicos encontrados em alimentos – *E. coli* O157:H7, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Listeria*, e *Toxoplasma* – juntos, causam cerca de 3,5 milhões de casos, 33 mil hospitalizações e 1,6 mil morte, por ano, nos EUA (TAUXE, 2002).

Haja vista que os surtos ocorrem geralmente por: preparação com excessiva antecipação, alimentos deixados à temperatura ambiente, alimentos esfriados em

panelas grandes, inadequada conservação à quente, descongelamento inadequado, preparação de quantidades excessivas, aquecimento ou cocção insuficiente, reaquecimento insuficiente e contaminação por manipuladores no âmbito da manipulação de alimentos, além de transporte inadequado de produtos prontos, rede de abastecimento de água com problemas e matéria-prima contaminada (SILVA JÚNIOR, 2007).

As Unidades de Alimentação que adotam um programa de controle das etapas são capazes de analisar e avaliar a preparação do alimento durante o processo, desde a matéria-prima até o produto acabado. Controlando-se a temperatura sob a qual o alimento é mantido e o tempo gasto durante seu preparo e distribuição, pode-se obter uma melhoria na qualidade e uma minimização dos riscos de um surto de origem alimentar (SOUZA e CAMPOS, 2003).

Couto, Couto e Duarte (1992) afirmam que a motivação, mediante a educação e a conscientização do paciente é a única proposta viável para diminuição das doenças bucais.

Para Roux (1994) apud Tamietti et al. (1998), a educação em saúde deve ser fundamentada em uma pedagogia participativa, com princípios orientadores como: o desenvolvimento da capacidade, competência, criatividade, solidariedade e habilidade para analisar e resolver problemas; o aproveitamento das experiências dos educandos, seus saberes, atitudes, condutas, percepções e interpretações como ponto de partida do processo educativo; a redefinição do papel do educador como facilitador da aprendizagem, em uma relação horizontal com o educando; a utilização de ambientes, para a realização dos eventos educativos, que facilitam as manifestações espontâneas dos participantes; a realização da educação através da problematização e a preferência por técnicas dinâmicas e em grupo, e, finalmente, a valorização da aprendizagem adquirida, não em termos de coisas memorizadas, mas em mudança de comportamento e estilo de vida.

É importante que os cirurgiões dentistas atuem de forma multidisciplinar promovendo a saúde bucal através de um trabalho conjunto entre profissionais da saúde e da educação, objetivando “educar em saúde”.

### **3 MATERIAIS E MÉTODO**

#### **3.1 Delineamento do estudo**

Foi realizado um estudo do tipo transversal de caráter quantitativo.

#### **3.2 População e amostra**

Este estudo foi incluído na coleta de dados de uma pesquisa de maior de abrangência já aprovada, que realizou-se em janeiro e fevereiro de 2008 para avaliação nutricional dos profissionais do Serviço de Nutrição e Dietética de um Hospital Universitário Público de Porto Alegre/RS.

#### **3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Participaram do estudo profissionais de ambos o gênero, diferentes idades das diversas atividades do Serviço de Nutrição e Dietética que aceitarem fazer parte da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que foram no total de 192 sujeitos.

Foram excluídos os indivíduos que não participaram da etapa de coleta de dados antropométricos, por falta nos dias da coleta, afastamento por problema de saúde e gestantes.

### **3.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados com os funcionários no mesmo período da avaliação antropométrica no questionário sobre a saúde bucal (apêndice A).

### **3.5 Critérios éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Público de Porto Alegre/RS. Os dados deste trabalho servirão para a produção técnico-científica, na área de nutrição, através de artigos em revistas especializadas e congressos na área da nutrição. Todas as informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas pelas autoras para fins de pesquisa. Os indivíduos foram esclarecidos sobre o objetivo e os procedimentos do trabalho, por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido e sofreram risco mínimo na coleta dos dados.

### **3.6 Análise estatística**

Na análise dos dados, a abordagem inicial foi realizada, através da estatística descritiva com distribuição de freqüências simples e relativa, bem como, a análise exploratória das variáveis quantitativas com enfoque para as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação e amplitude interquartilica). Ainda nesta análise, foi investigada a distribuição dos dados, objetivando um maior conhecimento das variáveis quantitativas.

Nas comparações realizadas entre as variáveis qualitativas (categóricas), foi utilizado o teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) que busca validar as possíveis associações entre as categorias das variáveis envolvidas.

Os dados receberam tratamento estatístico, utilizando-se o software *SPSS 11.5 (Statistical Package to Social Sciences for Windows)* onde, para critério de decisão sobre os testes aplicados foi adotado o nível de significância ( $\rho$ ) de 5%.

#### 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tabela 1 – Descrição do perfil da amostra (n = 192).

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	7	3,6
Feminino	185	96,4
<b>Faixa etária</b>		
25-30	11	5,7
31-40	52	27,1
41-50	88	45,8
>50	41	21,4
<b>Nível de escolaridade</b>		
Fundamental	68	35,4
Médio	99	51,6
Superior	25	13,0
<b>Cargo</b>		
Atendente de alimentação	138	71,9
Cozinheiro	20	10,4
Técnica em Nutrição	11	5,7
Nutricionista	21	10,9
Auxiliar Administrativo	2	1,0
<b>Setor que trabalha</b>		
Distribuição	106	55,2
Produção	65	33,9
Clínica	19	9,9
Administração	2	1,0
<b>Turno</b>		
Manhã	68	35,4
Tarde	67	34,9
Noite	33	17,2
Integral	24	12,5
<b>Quanto ao fumo</b>		
Fumante	32	16,7
Ex-fumante	36	18,8
Nunca fumou	124	64,5

Fonte: Coleta de dados, 2008.

A Tabela 1 reúne os dados relativos às características da amostra. A análise dessa tabela possibilita descrever os respondentes da seguinte forma:

Indivíduos predominantemente do sexo feminino (96,4%), na faixa etária dos 31 aos 50 anos (72,9%); com escolaridade de nível médio (51,6%), ocupando o cargo de atendente de alimentação (71,9%); trabalhando no setor de distribuição (55,2%). A maior parte trabalha nos turnos manhã (35,4%) e tarde (34,9%), totalizando 70,3% e, nunca fumou (64,5%).

Nos dados que se seguem, apresenta-se os resultados encontrados, no que diz respeito aos cuidados bucais destes profissionais.

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos aspectos odontológicos

<b>ASPECTOS ODONTOLÓGICOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Costuma visitar dentista</b>		
Sim	165	85,9
Não	27	14,1
<b>Dentista (vezes/ano)</b>		
Zero	27	14,1
1	70	36,5
2	63	32,8
>2	32	16,7
<b>Obturação</b>		
Sim	188	97,9
Não	4	2,1
<b>Escovação (vezes/dia)</b>		
2	23	12,0
3	101	52,6
>3	68	35,4
<b>Sangramento</b>		
Sim	65	33,9
Não	127	66,1
<b>Prótese</b>		
Sim	81	42,2
Não	111	57,8
<b>Desconforto</b>		
Sim	35	18,2
Não	157	81,8
<b>Satisfação com o sorriso</b>		
Sim	120	62,5
Não	72	37,5
<b>Água (consumo em litros ao dia)</b>		
<1	41	21,4
1	47	24,5
2	60	31,2
>2	44	22,9
<b>Uso de fio dental</b>		
Nunca	32	16,7
Às vezes	78	40,6
Todo dia	82	42,7

Fonte: Coleta de dados, 2008.

Em relação aos dados odontológicos, com base na Tabela 2, pode-se fazer a seguinte descrição:

A maior parte dos entrevistados costuma visitar o dentista (85,9%); pelo menos um vez por ano (36,5%), até duas vezes (32,8%). Quase todos possuem obturação (97,9%). 52,6% da amostra refere realizar escovação 3 vezes por dia (52,6%) ou mais (35,4%). 66,0% reportam ausência de sangramento; a maior parte não possui prótese (57,8%); e refere ausência de desconforto bucal (81,8%). 62,5% referem estar satisfeitos com seu sorriso. Preponderância de indivíduos que consomem dois litros de água por dia (31,2%) e que usam fio dental todos os dias (42,7%).

Tabela 3 – Associação entre público fumante e ex-fumante e aspectos odontológicos.

Variáveis (n = 68 – 35,4%)	Fumante		Ex-fumante	
	n	%	n	%
<b>Costuma visitar dentista</b>				
Sim	26	13,6	32	16,7
Não	6	3,1	4	2,1
<b>Obturação</b>				
Sim	30	15,6	36	18,8
Não	2	1,0	—	—
<b>Escovação (vezes/dia)</b>				
2	2	1,0	2	1,0
3	15	7,8	21	10,9
>3	15	7,8	13	6,8
<b>Sangramento</b>				
Sim	10	5,2	13	6,8
Não	22	11,5	23	12,0
<b>Prótese</b>				
Sim	12	6,3	5	2,3
Não	20	10,4	31	16,1
<b>Desconforto</b>				
Sim	7	3,6	4	2,1
Não	25	13,0	32	16,7
<b>Satisfação com o sorriso</b>				
Sim	18	9,4	32	16,7
Não	14	7,3	4	2,1
<b>Água, consumo em litros ao dia</b>				
<1	7	3,6	5	2,3
1	6	3,1	7	3,6
2	9	4,7	13	6,8
>2	10	5,2	11	5,7
<b>Uso de fio dental</b>				
Nunca	5	2,3	2	1,0
Às vezes	14	7,3	15	7,8
Todo dia	13	6,8	19	9,9

Fonte: Coleta de dados, 2008.

Na Tabela 3, são associados os aspectos odontológicos da amostra com o tabagismo, podendo-se então fazer a seguinte descrição:

Dentre os que costumam visitar o dentista verifica-se preponderância entre os ex-fumantes com percentual de 16,7%. A obturação está mais presentes nos ex-fumantes com 18,8%. Um maior percentual de ex-fumantes relata escovar os

dentos 3 vezes (10,9%) ou mais (6,8%) por dia totalizando 17,7%. Percebe-se também a maioria de sangramento relatada foi dos ex-fumantes com percentual de 12,0%, todavia os fumantes também relatam sangramento com percentual de 11,5%. Preponderância de ex-fumantes que usam prótese (16,1%). Desconforto durante a mastigação é relatado principalmente pelos ex-fumantes (16,7%). A satisfação com o sorriso predomina entre os ex-fumantes (16,7%), que também são os que mais bebem 2 litros (6,8%) ou mais (5,7%) de água por dia, totalizando 12,5%). O uso do fio dental prepondera entre os ex-fumantes, pois considerando-se aqueles que usam as vezes (7,8%) e todos os dias (9,9%) obtém-se um total percentual de 17,7%.

Tabela 4 – Associação entre aspectos odontológicos com o cargo.

Variáveis	Cargo									
	Atendente alimentação (n = 138)		Cozinheiro (n = 20)		Técnica em nutrição (n = 11)		Nutricionista (n = 20)		Auxiliar admin. (n = 2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Costuma visitar dentista</b>										
Sim	114	59,4	17	8,9	11	5,7	21	10,9	2	1,0
Não	24	12,5	3	1,6	—	—	—	—	—	—
<b>Obturação</b>										
Sim	134	69,8	20	10,4	11	5,7	21	10,9	2	1,0
Não	4	2,1	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Escovação (vezes/dia)</b>										
2	20	10,4	3	1,6	—	—	—	—	—	—
3	75	39,1	10	5,2	4	2,1	11	5,7	1	0,5
>3	43	22,4	7	3,6	7	3,6	10	5,2	1	0,5
<b>Sangramento</b>										
Sim	51	26,6	8	4,2	2	1,0	3	1,6	1	0,5
Não	87	45,3	12	6,3	9	4,7	18	9,4	1	0,5
<b>Prótese</b>										
Sim	68	35,4	7	3,6	2	1,0	2	1,0	2	1,0
Não	70	36,5	13	6,8	9	4,7	19	9,9	—	—
<b>Desconforto</b>										
Sim	30	15,6	3	1,6	—	—	1	0,5	1	0,5
Não	108	56,3	17	8,9	11	5,7	20	10,4	1	0,5
<b>Satisfação com o sorriso</b>										
Sim	80	41,7	13	6,8	8	4,2	18	9,4	1	0,5
Não	58	30,2	7	3,6	3	1,6	3	1,6	1	0,5
<b>Água (consumo em litros ao dia)</b>										
<1	31	16,1	—	—	4	2,1	5	2,3	1	0,5
1	29	15,1	3	1,6	4	2,1	10	5,2	1	0,5
2	49	25,5	7	3,6	1	0,5	3	1,6	—	—
>2	29	15,1	10	5,2	2	1,0	3	1,6	—	—
<b>Uso de fio dental</b>										
Nunca	27	14,1	5	2,3	—	—	—	—	—	—
Às vezes	56	29,2	6	3,1	7	3,6	8	4,2	1	0,5
Todo dia	55	28,6	9	4,7	4	4,1	13	6,8	1	0,5

Fonte: Coleta de dados, 2008.

## 4.1 Discussão

### 4.1.1 *Atendentes de alimentação*

A maioria dos funcionários dos serviços de alimentação dos Hospital Público de Porto Alegre, são atendentes de alimentação (71,9%), estes estão divididos na produção das refeições e nas copas, com a distribuição, tendo portanto contato direto com os alimentos.

De acordo com Oliveira et al. (2003) o termo manipuladores de alimentos, em um sentido amplo, corresponde a qualquer indivíduo que entre em contato com o produto alimentício, nas etapas de produção, processamento, embalagem, armazenamento, transporte e distribuição de alimentos.

Dentre os cinco cargos dos funcionários do Serviço de Nutrição deste hospital, os atendentes são os que estão na base da escala de salários. São esses que possuem os maiores percentuais quanto ao uso de algum tipo de prótese dentária (35,4%), e sentem algum tipo de desconforto durante a mastigação dos alimentos (15,6%).

As condições sócio-econômicas são parâmetros que podem estar relacionado com o uso de próteses dentárias e o desconforto durante a mastigação. Segundo Pauleto et al. (2004), a saúde bucal está “implícita na saúde integral, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população”. Enfatizam os autores que a saúde bucal relaciona-se diretamente com as condições de “alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação”. Sobre a importância da questão sócio-econômica nessa questão da saúde bucal, enfatizam ainda os autores que, “a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos”.

Em relação à idade, o maior percentual de atendentes distribuídos na faixa etária dos 41 a 50 anos (34,9%) conforme demonstrado na Tabela 3. De acordo com Batista et al. (2007), a adoção de hábitos alimentares na infância contribui para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança, no que se relaciona a prevenção de doenças, refletindo na qualidade de vida familiar.

Sabendo-se ser a cárie uma doença bacteriana transmissível, multifatorial, há que se pensar em possibilidades de prevenção o mais precocemente possível no contexto das famílias. Incentivar hábitos familiares saudáveis, através de questões nutricionais, de higiene, cuidados com a saúde bucal de gestantes, podem ser o diferencial na efetiva prevenção da cárie (FANTINI, 2005).

Citando Batista et al. (2007), verifica-se que no Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde, revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice. Os autores citam o estudo de estudos de Rosa et al. e Traebet et al., provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989. Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância.

O uso de prótese (35,4%) e desconforto na mastigação (15,6%) referido pelos atendentes está em consonância com o que referem Messas et al. (2006), sobre o fato de que se sabe que a reabilitação dos espaços desdentados com o uso de prótese permite recuperar aspectos relacionados a estética e a fonética, porém a capacidade mastigatória é apenas parcialmente restabelecida, o que pode comprometer o estado nutricional e qualidade de vida. Assim, em termos populacionais, afirmam os autores, que além da necessidade da confecção de próteses para reabilitação da condição mastigatória faz-se necessária a conscientização dessa parcela da população que possui condição sócio-econômica mais baixa em relação à importância da manutenção dos dentes naturais para a mastigação.

Nesta categoria 30,2% estão insatisfeitos com o sorriso. Entende-se que uma boca saudável é aquela, sem doença como a cárie e a doença periodontal, sem feridas e manchas, sem mau hálito, e que proporcione boa mastigação, deglutição e comunicação, além de ser esteticamente agradável (EGELBERG e CLAFFEY, 1994).

As estruturas presentes na cavidade bucal possibilitam às pessoas a realizarem uma série de atividades, que vão desde a mastigação até a expressão

dos sentimentos. Estas estruturas, agindo coordenadamente, permitem os movimentos da fala, mastigação, deglutição e a percepção dos sabores.

Sobre este tema, esclarece Carvalho (2000) que uma saúde bucal pobre pode ser vista como uma diminuição na função mastigatória resultante de dentes cariados; doenças periodontais; inadequadas próteses totais ou parciais; ausência de próteses; lesões e dor.

Ainda nesta categoria, verifica-se que 14,1% nunca faz uso de fio dental. Sabe-se que o fio dental, possui um papel fundamental na saúde bucal para remoção da placa bacteriana que se forma entre os dentes. A crença que o fio dental tem como função a remoção de restos alimentares, presentes no meio dos dentes, estimula a sua utilização com pequena frequência, pois os pacientes só farão uso dele quando comerem alimentos sólidos e estes ficarem entre os dentes. Salienta-se ainda, que a escovação convencional não é efetiva para higienização interproximal (SANTOS et al., 2003).

Quanto a escovar os dentes 3 vezes por dia, encontra-se referência nesta categoria de que 39,1% a realizam. Todavia, as condições bucais evidenciadas anteriormente, ou seja, maior de uso de prótese, sentem algum tipo de desconforto durante a mastigação, insatisfação com o sorriso e falta de uso do fio dental, estão contraponto esta escovação, em princípio considerada ideal pela Associação Brasileira de Odontologia. Cabe considerar então, duas possibilidades: estes dados informados, podem estar subestimados em relação ao número de escovações, ou por outro lado, se realizam as três escovações a fazem de modo inadequado.

Um outro estudo realizado por Cortelli et al. (2002) também refere discordância entre a frequência de escovação relatada e a condição bucal, sugerindo assim necessidade de supervisão adequada da técnica de escovação empregada.

Pauleto et al. (2004) relatam que “nesse contexto, a educação em saúde, como prática social voltada para o coletivo, representa uma importante possibilidade de ampliar a atuação das práticas de promoção da saúde bucal no espaço público”. Assim, muitas medidas preventivas possibilitam o combate à cárie e a doença periodontal. “A higiene bucal, fluoretação e alimentação não-cariogênica constituem medidas eficazes para fazer frente aos problemas bucais. Mas, para que tenham êxito, precisam fundamentar-se em programas educativos”.

Ainda nesta categoria 12,5% relatam que não costumam visitar o dentista. Percebe-se assim, dentre esses indivíduos a baixa percepção em relação a importância da visita regular ao dentista, pois segundo Carvalho (2000), o dentista precisa inteirar-se da situação geral do paciente, para que possa compreender não só sua queixa principal mas o indivíduo como um todo.

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal, têm sido ressaltado por diversos pesquisadores. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal, representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde (PAULETO et al., 2004).

#### *4.1.2 Cozinheiros*

Dentre os 192 indivíduos que formaram a amostra do presente estudo, conforme já referido, constata-se o predomínio do sexo feminino. O total de homens nesse universo são 7, destes 6 são cozinheiros. Verificou-se em relação aos aspectos odontológicos desta porção da amostra, o maior percentual de sangramento gengival (4,2%), onde a média de todos os entrevistados foi 33,9%. A presença de sangramentos nos mostra algum tipo de falha, durante a escovação ou falta de uso de fio dental. Em estudo desenvolvido por Cortelli et al. (2002), refere “a presença de sangramento gengival deve ser considerada como dado relevante visto que não se sabe quais sítios com gengivite irão no futuro exibir comprometimento dos tecidos de sustentação do elemento dentário”. Salientam ainda os autores que, estudos epidemiológicos recentes “têm demonstrado um aumento no número de exodontias decorrentes de doença periodontal, provavelmente, pela instauração de medidas preventivas adequadas, responsáveis pelo controle parcial e exclusivo da cárie dentária”.

Quando perguntou-se acerca de quantos litros de água os funcionários bebiam por dia, observou-se que 5,2% dos cozinheiros, onde a média de todos 50% (5,2% da amostra) bebiam mais de 2 litros de água por dia. O índice de fluxo salivar reduzido aumenta a susceptibilidade às lesões de cárie dental. Segundo

Cortelli et al. (2003), a fluoretação da água de consumo está associada à redução da cárie dentária.

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma medida ideal de saúde pública para a prevenção da cárie dentária devido à sua eficácia, segurança e, principalmente, ao baixo custo. Sendo assim, torna-se uma das medidas mais eficientes para prevenção em saúde bucal, já que o flúor na água reduz em até 60% a incidência de cárie (PORTAL DA SAÚDE, 2007).

#### *4.1.3 Técnicas em nutrição*

No presente estudo, em relação ao cargo de técnicas em nutrição, verificou-se que 11 indivíduos ocupam essa função, sendo todas do sexo feminino.

Constatou-se, em relação a esses indivíduos nenhuma referência a desconforto bucal durante a mastigação. As técnicas de nutrição referem escovação de mais de três vezes por dia (3,6%), apresentando, portanto, o dobro da média (Tabela 2), todos fazem uso de fio dental pelo menos uma vez ao dia.

Talvez esse apurado cuidado bucal seja o fator que influencia a ausência de relatos de desconforto durante a mastigação, percebendo-se então a importância do auto-cuidado na questão da promoção da saúde bucal. Neste sentido salienta Fantini (2005) que “é preciso que se consolide uma estrutura de atenção à saúde factualmente resolutiva, não excludente e que promova o auto-cuidado e o bem-estar individual e coletivo”.

Conforme os dados descritos acima, as técnicas de nutrição, apresentaram índices satisfatórios em relação aos cuidados da saúde bucal.

No hospital, os atendentes de alimentação são subordinados as técnicas de nutrição, tanto na produção como na distribuição dos alimentos. Observa-se que deve-se ter maior atenção em relação aos cuidados de saúde bucal dos atendentes de alimentação por parte dos técnicos.

As reflexões desta comunicação sugerem que programas odontológicos individuais ou em grupos, viabilizem abordagens interdisciplinares que enfatizem aos indivíduos a compreensão dos mecanismos biopsicossociais aos quais estão submetidos. A estratégia interdisciplinar vem se mostrando útil na tentativa de

bloqueio do ciclo vicioso das doenças bucais, portanto, uma aliada no tratamento da doença cárie e das alterações dentárias (BATISTA et al. 2007).

#### *4.1.4 Nutricionistas*

Todos os indivíduos desse cargo (n=21) são mulheres, com curso superior completo e apresentam os melhores percentuais cuidados bucais: menor número de uso de próteses dentárias; menores índices de sangramento, nenhuma é fumante, todos freqüentam regularmente o dentista, nenhuma realiza menos de três escovações por dia e, todas usam fio dental.

Com esses resultados obtidos, pode-se observar que os problemas bucais e os hábitos de higiene, estão envolvidos em um processo dinâmico de saúde e doença, provocados por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se verificar no presente estudo, que houve um alto índice em relação aos aspectos odontológicos, no que diz respeito à utilização de próteses dentárias, insatisfação com o sorriso, desconforto durante a mastigação, falta de hábitos adequados com os cuidados bucais entre os atendentes de alimentação.

Entre os cozinheiros houve apenas um índice elevado quanto ao sangramento gengival. As técnicas e nutricionistas apresentaram os melhores índices.

Portanto, sugere-se um planejamento em promoção de saúde como uma ação global entre nutricionistas, técnicos em nutrição e os cirurgiões dentistas para todos os grupos, tendo como base a realidade apresentada nesta pesquisa, para que dessa forma, sejam implementados programas específicos que promovam saúde bucal, podendo assim, controlar as doenças associadas aos problemas bucais, buscando efetivamente uma melhora na qualidade de vida dos indivíduos participantes do presente estudo e minimizar o risco de DTA's.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA JÚNIOR, Antônio Alves de; et al. Avaliação de hábitos de higiene bucal em portadores de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. **Comum. Ciênc. Saúde**, 2006, 17 (4): 283-9.

ANTUNES, Maria Aparecida; ANDRADE, Nélío José; SILVA, Carlos Artur Barbosa et al. Sistema multimídia de apoio à decisão em procedimentos de higiene para unidades de alimentação e nutrição. **Rev. Nutr., Campinas**, 19(1):93-101, jan./fev., 2006. Acesso em 28 de maio de 2008.

Akutsu et al. **Adequação das Boas Práticas de Fabricação em serviços de alimentação**. Revista de Nutrição. Campinas, v18, n. 3. 2005. p 419-427.

BARROS, Aloísio. J. D. ; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p.709-17, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14600.pdf>. Acessado em 12 de março de 2008.

BATISTA, Luciana Rodrigues Vieira; MOREIRA, Emília Addison Machado; CORSO, Arlete Catarina Tittoni. Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 20, n.2), p. 191-196, mar./abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n2/08.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação de Serviços de Saúde Pública. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**. Brasil, Zona Urbana, 1998. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução: RDC nº216 de 15 de setembro de 2004.** Dispõe sobre: regulamento técnico de boas práticas para serviços de alimentação. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.** Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2001. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipes\\_saudebucal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipes_saudebucal.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS no 2394/03. **Aprova a relação de Indicadores da Atenção Básica a serem pactuados, fluxos e prazos para pactuação entre municípios, estados e Ministério da Saúde.** DOU no 248, seção I, Brasília - DF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 fev. 2008.

\_\_\_\_\_. **Investimento em saúde bucal passa de 84 milhões para 238 milhões em 2004.** Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sas.php>>. Acesso em: 26 fev. 2008.

BUZBY, J.; ROBERTS, T. ERS updates US foodborne disease costs for seven pathogens. **Food Review.** 193, p. 20–25, 1996.

C ASTRO, M.M.M.V., IARIA, S.T. *Staphylococcus aureus* enterotoxigênico no vestibulo nasal de manipuladores de alimentos em cozinhas hospitalares do Município de João Pessoa, PB. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v.18, n.3, p.235-245, 1984.

CHOUERI, F. Hálito e halitose (2ª parte). Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas. **APCD.** Disponível em: <<http://www.apcdpiracicaba.org.br/ssb/ss.cgi?link=ad9039488&linkend=true&layout=>>>. Acesso em: 07 dez. 2007.

CLAFEY, N. Decision MAKING IN PERIODONTAL THERAPY. The re-evaluation. **J. Clin. Periodontol.** v. 18, p. 384-9, 1991.

CORTELLI, Sheila Cavalca; CHAVES, Maria das Graças Afoson Miranda; FARIA, Ivan da Silva. et al. Evaluation of oral condition and risk of caries in dentistry students. PGR – Pós-Grad. **Rev Fac Odontol São José dos Campos,** v.5, n.1, jan./abr. 2002. Disponível em: <[http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v5n1\\_05.PDF](http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v5n1_05.PDF)>. Acesso em 18 de maio de 2008.

Costalunga, S.; Tondo, E. C. Salmonellosis in Rio Grande do Sul, Brazil, 1997 to 1999. **Brazilian Journal of Microbiology.** v 33. 2002. p 342-346.

CUFONE, D. C. M.; A saliva. **Revista Nosso Dentista**. Disponível em: <<http://www.nossodentista.com/saliva.htm>>.

EGELBERG, J.; CLAFFEY, N. **Periodontal Re-evaluation** – The scientific way. Copenhagen: 1994.

FANTINI, Karen Suyan Klezar. A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal. Curitiba. **Fam. Saúde Desenv.**, v.7, n.3, p.272-278, set./dez. 2005. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/8034/5658>. Acesso em 12 de março de 2008.

FRAZÃO P. Ciências sociais e saúde bucal, pp. 166-67. In C Botazzo & SFT Freitas (org.). **Tecnologias em saúde bucal coletiva**. EDUSC-Editora UNESP, Bauru-São Paulo, 1998.

GARONE FILHO, Wilson. **Ionômero de vidro**: O que é e como se usa.

KRISTIFFERSEN, T.; MEYER, K. **Fase de manutenção da terapia periodontal**. In: Tratado de Periodontologia Clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992. Cap. 25.

LANG, N. P. et al. **Supportive periodontal therapy**. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. Jan Lindhe, Editors Thurkild karring and Niklaus P. Lang. 3. ed. Munksgaro, 1997.

MEAD, L. *et al.* Food-related illness and death in the United States. **Emerging Infectious Diseases**. v. 55, p. 607–625, 1999.

MEDEIROS, Maria Isabel Dantas de; MEDIEROS Luana Abílio Diniz Melquiades; ALMEIDA Rossana Vanessa Dantas; PADILHA Wilton Wilney. Conhecimento e atitudes de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal: um estudo qualitativo. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 131-136, maio/ago. 2004

MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. **Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso**: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Florianópolis: UFSC/PEN, 2005.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev Bras Odonto. Saúde Col.**, v.1, n.1, p. 7-17, 2000.

NEMES, M. I. B. **Saúde do adulto**, pp. 48-63. In: SCHRAIBER, I. B.; NEMES, M. I. B. ; GONÇALVES, R. B. M (Orgs.). Programas e ações na unidade básica. Hucitec, São Paulo, 1996.

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jun 2008.

PELLIZZER, E. P.; MUENCH, A. Biting forces related to partially removable mandibular dentures. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 4, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-06631998000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631998000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Dec 2007. doi: 10.1590/S0103-06631998000400016.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. BACK, Jaqueline C. de Vasconcellos; REIBNITZ, Marynez Teresinha; SANTOS, Rita de Cássia Vieira; MATOS, Isabel Cristina Poletto. **Protocolo de atenção à saúde bucal**. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2006. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_bucal.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_bucal.pdf). Acessado em 20 de maio de 2008.

PROENÇA, R.P.C. Inovações tecnológicas na produção de refeições: Conceitos e aplicações básicas. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v.13, n.63, p.24-30, 1999

RIEDEL, Guenther. **Controle Sanitário dos Alimentos**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. 455 p

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria n. 542/2006**. Diário oficial. Porto Alegre, 19 out. 2006.

ROSA, A. G. F; LIA NETO, J; SERIO, H. B. Avaliação da assistência odontológica no sistema local de saúde de São José dos Campos, SP. **Divulg Saúde Debate**, v. 6, p. 55-60, 1991.

SALIBA, Nemre Adas; NOIMAZ, Suzely Adas Salyba; MENDES, Ana Paula Rocha; FERREITA, Nelly Foster. A diéta escolar e a prevenção das cáries dentais nas escolas públicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.24, n.2, p. 17-22, Agosto/Dezembro, 2003.

SALLES, Raquel Kuerten de; GOULART, Rogério. Diagnóstico das condições e higiênico-sanitária e microbiológicas de lactários hospitalares. *Rev.Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 131-9, 1997.

SHINOHARA, N. et al. Potencial patogênico do *Clostridium perfringens* em alimentos. **Higiene Alimentar**. São Paulo, v.17, n.106, p 72-77, 2003.

SILVA JR, E. A. da. **Manual de Controle Higiênico-Sanitário em Serviços de Alimentação**. 6. ed. São Paulo: Varela, 2007.

SILVEIRA FILHO A. D. A. **A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática**. Brasil, Programa Saúde da Família. Soares EL 1988. Educação em saúde bucal nas escolas estaduais do 1o grau do município de São Paulo. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2000.

SILVEIRA, Roberto Gama; BRUM, Sileno Corrêa; SILVA Daniella Corrêa. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. Rio de Janeiro. **RMAB**, v. 1. n1/2, p. 6-10, Jan. dez/2002. Disponível em: [http://www.dirsa.aer.mil.br/Revistas/2002/01\\_02.pdf](http://www.dirsa.aer.mil.br/Revistas/2002/01_02.pdf).

SILVA, T. A.; PAIXÃO, H.; PORDEUS, I. A. Fatores do comportamento relacionado à higiene bucal em adolescentes. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 33, n. 1, p. 5-14, 1997.

SILVA, A.B.P.; COUTO, S.M.; TORTORA, J.C.de O. O controle microbiológico dos maipuladores, como indicativo da necessidade de medidas corretivas higiênico-Sanitárias, em restaurante comercial. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 20, n 145, 2006.

SOUSA, Consuelo Lúcia; CAMPOS, Gizela Diniz. Condições higiênico-sanitária de uma dieta hospitalar. **Rev. Nutr., Campinas**, 16(1):127-134, jan./mar., 2003.

SOUZA, Greice de Brito; SÁ, Pedro Henrique do Rosário Nogueira; JUNQUEIRA, Simone Renó; FRIAS, Antônio Carlos. Avaliação dos procedimentos coletivos em saúde bucal: percepção de adolescentes Embu/SP. **Saúde Soc. São Paulo**, v.16, n.3, p.138-148, 2007.

TAUXE, Robert V. Surveillance and investigation of foodborne diseases; roles for public health in meeting objectives for food safety. **Food control**. Vurrey, v. 13, Issue 6-7, p 363-369, 2002.

THYLSTRUP, A; FEJERSKOV O. **Cariologia clínica**. Santos, São Paulo, 1995.

TRAEBERT, J. L; PERES, M.A. ; GALESSO, E. R. ; ZABOT, N. E. ; MARCENES, W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 283-8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5014.pdf>. Acesso em 12 de março de 2008.

UNFER, B.; SALIBA, Orlando. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Dec 2007.

UNGAR, M.L., GERMANO, M.I.S., GERMANO, P.M.L. Riscos e conseqüências da manipulação de alimentos para a Saúde Pública. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v.6, n.21, p.14-16, 1992.

VANZO, S.P.; AZEVEDO, R.V.P. Detecção de S,aureus em manipuladores de Alimentos – Perfil de Resistência a Antibióticos e Quimioterápicos. **Higiene Alimentar**, São Paulo, v. 17, n 104/105, 2003.

WILSON, Jr. T. G. A typical supportive periodontal treatment visit for patients with periodontal disease. v. 12, p. 24-8, 1996.

ZANDONADI et al. **Atitudes de Risco do Consumidor em Restaurantes de Auto-serviço**. Revisa de Nutrição. v. 20, n. 1, 2007. p 19-26.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Costuma visitar o seu Dentista?

Sim       Não

1a. Se sim, com que frequência?

1 vez ao ano     2 vezes ao ano       mais de 2 vezes ao ano

2. Já fez alguma obturação dentária?

Sim       Não

3. Tem o hábito de fazer escovação dentária?

Sim       Não

3a. Se sim, quantas vezes?

1 vez ao dia     2 vezes ao dia       3 vezes ao dia

Mais de três vezes ao dia

4. Faz uso de fio dental com qual frequência?

Todos os dias       Nunca       As vezes

5. Apresenta sangramento nas gengivas?

Sim       Não

6. Usa algum tipo de prótese?

Sim       Não

7. Consegue comer os alimentos sem sentir desconforto?

Sim       Não

8. Sente-se satisfeito com o aspecto de seu sorriso?

Sim       Não

9. Quantos litros de água ingere ao dia?

Menos de 1 litro       1 litro     2 litros     Mais de 2 litros

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

PROJETO DE PESQUISA: Avaliação do Perfil dos Cuidados da Saúde Bucal dos Funcionários do Serviço de Alimentação de um Hospital Universitário de Porto Alegre/RS

Eu, \_\_\_\_\_

O objetivo principal desta pesquisa é verificar os cuidados com a saúde bucal das pessoas que trabalham com alimentos. Também fica claro que o nome do entrevistado e o nome da empresa serão mantidos em sigilo.

Assim, considero-me satisfeito com as explicações da aluna e concordo em participar como voluntário(a) deste estudo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_