

# CONHECER PARA INTERVIR: AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS QUE FREQUENTAM UMA ESCOLA PÚBLICA DE PORTO ALEGRE

## TO KNOW IN ORDER TO INTERVENE: EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATUS AND THE CONDITIONS OF ORAL HEALTH OF CHILDREN WHO ATTEND A PUBLIC SCHOOL OF PORTO ALEGRE

**Fernando Ritter**

Cirurgião Dentista, Residente de Odontologia do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública – RS

**Fabiana Martins Curvelo**

Nutricionista, Residente de Nutrição do Centro de Saúde-Escola Murialdo e Escola de Saúde Pública – RS

**Hélio Miguel Simão**

Médico Pediatra do Centro de Saúde-Escola Murialdo – RS

**Stella Feyth**

Enfermeira do Centro de Saúde-Escola Murialdo - RS

### RESUMO

O comportamento alimentar e os hábitos de higiene bucal dos escolares são determinados pelos costumes familiares e pelas interações psicossociais e culturais onde estão inseridos. O objetivo deste estudo é realizar uma investigação do estado nutricional e das condições de saúde bucal de crianças de cinco e adolescentes de doze anos de idade, matriculados numa escola pública de Porto Alegre/RS e descrever o entendimento dos seus pais sobre alimentação e higiene bucal. A metodologia de pesquisa utilizada é a de um estudo transversal descritivo, tendo como amostra: 14 crianças e 28 adolescentes. Os resultados mostraram que 87% das crianças e 82% dos adolescentes não realizam higienização da cavidade bucal diariamente, sendo que 100% deles não o fazem durante o tempo em que permanecem na escola. Com relação à prevalência de cárie dentária, 28% dos adolescentes e 42% das crianças apresentam pelo menos um dente afetado. Quanto ao tipo de alimento ingerido em maior quantidade, encontra-se um grande consumo dos tidos como “calorias vazias”, que são os salgadinhos, refrigerantes, bolachas recheadas. Observa-se uma transição nutricional que é a mudança do binômio desnutrição para obesidade. Com este estudo, percebe-se que tanto a saúde bucal quanto o estado nutricional desses indivíduos necessitam de atenção, sendo que a atuação do profissional de saúde deve ser baseada em práticas educativas inseridas no contexto escolar e familiar. Por tudo isso, é necessário conhecer para intervir e, assim, propor as atividades de modo real e não deslocado do que os sujeitos vivenciam e experimentam em suas vidas.

### PALAVRAS-CHAVES

Saúde Bucal. Estado nutricional. Saúde escolar. Saúde da criança. Saúde do adolescente.

### ABSTRACT

The dietary behavior and the students' habits of oral hygiene are determined by the family customs and the psychosocial and cultural interactions where they are inserted. The purpose of this study is to carry out a survey on the nutritional status and the conditions of oral hygiene of five-year-old children and twelve-year-old teenagers enrolled in a public school of Porto Alegre/RS, and to describe the understanding of their parents on nutrition and oral hygiene. The methodology is that of a descriptive transversal study, having 14 children and 28 teenagers as a sample. The results showed that 87% of the children and 82% of the teenagers do not carry out hygienic cleaning of the oral cavity daily, indeed 100% of them do not do it during the time they remain at school. Regarding the prevalence of dental cavities, 28% of the teenagers and 42% of the children have at least one affected tooth. Regarding the type of food mostly consumed, there is a great consumption of “empty calories”, like chips, soft drinks and cookies. A nutritional transition can be observed since the malnutrition has been replaced by obesity. Also, the oral health and the nutritional state of these individuals need attention, and the performance of the health professional should be based on educative practices at school and in the family context. Finally, it is necessary to know in order to intervene, so that you can propose activities in a real manner and not in a displaced manner from what the subjects experience in their lives.

### KEY WORDS

Oral health. Nutritional status. School health. Child health (public health). Health of teenagers.

## INTRODUÇÃO

As instituições de ensino fundamental e médio devem trabalhar com seus jovens os ideais da educação em saúde, pois a saúde é expressa pelas condições do meio onde eles estão inseridos e da forma em que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais. As escolas devem ser sensibilizadas quanto ao desenvolvimento de ações específicas para a prevenção das doenças de comportamento como a desnutrição, a obesidade, a cárie dentária e a doença periodontal, causadas por hábitos alimentares e de higiene inadequados.

A análise do estado nutricional e da condição de saúde bucal em crianças de instituições como escolas permite determinar a magnitude dos problemas alimentares e odontológicos (BARROS et al., 1990). A alimentação é um dos fatores que contribui para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, que são hoje a principal causa de mortalidade e morbidade no adulto. Modificações nos hábitos alimentares e de higiene bucal através de processos educativos efetivos são necessárias, uma vez que é na infância que eles se formam (ANGELIS, 1995).

O comportamento alimentar do escolar é determinado primeiramente pela família e posteriormente pelas interações psicossociais e culturais (ROZIN, 1997). No entanto, percebe-se que a escolha da merenda se dá, fundamentalmente, pelas suas preferências alimentares. Os jovens acabam consumindo somente o que gostam, entre os disponíveis no seu

ambiente (DREWNOWSKI; BARY, 1997; SCRIMSHAW, 1990). No comportamento alimentar ressaltam-se ainda os fatores psicossociais, responsáveis pela transmissão da cultura alimentar familiar.

Segundo Birch (1998), esses fatores influenciam as experiências alimentares desde o momento do nascimento da criança, proporcionando a aprendizagem para a sensação da fome e da saciedade e para a percepção dos sabores. A adequada introdução dos novos alimentos no primeiro ano de vida, com uma correta socialização alimentar, bem como a disponibilização de variados alimentos saudáveis, permitem à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo.

Fundamentado que os pais exercem influências na alimentação das crianças, tanto com peso normal, como com sobrepeso, estudo realizado por Klesges (1983), demonstrou que a intensidade da indução – “Coma a sua comida!” - é um forte preditor do peso da criança. Além disso, as crianças que se encontravam com peso normal não receberam nenhum encorajamento para comer, enquanto as com sobrepeso receberam em torno de 30 a 36 encorajamentos para comer durante a refeição. Portanto, os resultados demonstraram a influência das estratégias utilizadas pelos pais na alimentação das crianças com resultado no seu peso.

No entanto, segundo Freitas (1997), a

cultura alimentar em que nos encontramos, seja por exageros gastronômicos, modismo pela magreza ou indisponibilidade econômica acarretam deficiências nutricionais. As regras e normas da alimentação são estabelecidas pelo grupo social, assim a criança não come apenas pela fome, mas também pela sugestão do ambiente como: brincando ou em festas de aniversários.

Também nas condições de saúde bucal, fatores extraclínicos como: ambientais, sócio-demográficos, econômicos, políticos e psicológicos influenciam o desenvolvimento de comportamentos e hábitos, como menciona Pinto (2000) e Pereira (1995). A representação disto na cavidade bucal é dada pela cárie dentária, que Keyes (1962) definiu como uma doença multifatorial que afeta as estruturas mineralizadas dos dentes, sendo que os fatores para sua ocorrência são: indivíduo suscetível, microflora bucal cariogênica, dieta apropriada para essa microflora e posteriormente Newbrun (1988) introduz um novo fator: o tempo.

O controle dos fatores envolvidos na etiologia da cárie é fundamental para evitar o comprometimento da dentição. Neste sentido, a manutenção das superfícies dentárias livres de placa bacteriana através de uma higiene bucal diária, com escovação dentária e com uso do fio dental, é fundamental (SCHAEKEN; CREUGERS; VAN DER HOUVEN, 1987). Desde o momento em que nasce, a criança estabelece uma interdependência com o seu meio. Desta forma, o exemplo estabelecido pela família e a comunidade escolar são fundamentais no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal (AQUILANTE et al., 2002).

Além disto, devemos avaliar a percepção que os indivíduos têm a respeito aos cuidados com a saúde. As noções de saúde e doença são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério, refletindo tanto nas suas experiências anteriores com os cuidados dentários quanto nas expectativas de saúde

relativa ao grupo de referência. Oportuno ainda é o esclarecimento da população sobre a complexidade do processo saúde/doença bucal, salientando a intervenção precoce (UNFER; SALIBA, 2000).

As diretrizes da Política de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal tendo o cuidado como eixo de reorientação, a concepção de saúde não centrada somente na assistência, mas na promoção da qualidade de vida. A produção do cuidado traz a proposta de humanização e responsabilização dos trabalhadores da saúde em construir, com os indivíduos, a resposta possível às suas dores, angústias, problemas e aflições, não produzindo apenas atendimentos clínicos, mas o processo de consultar deve produzir conhecimento, responsabilização e autonomia em cada pessoa. Por isso, as instituições de ensino fundamental e médio são espaços apropriados para desenvolver este modelo de atenção.

O objetivo deste estudo é realizar uma investigação do estado nutricional e das condições de saúde bucal de escolares de cinco e doze anos de idade, matriculados na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, localizada no bairro Partenon em Porto Alegre-RS e descrever o entendimento dos seus pais sobre alimentação e higiene bucal dos seus filhos.

## METODOLOGIA DE PESQUISA

Trata-se de um Estudo transversal descritivo, que usa como população crianças de cinco anos e adolescentes de doze anos. A idade de cinco anos é de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que pode exibir mudanças em um período de tempo menor do que a dentição permanente. A idade de 12 anos é importante,

pois é a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Considerou-se, para o tamanho da amostra, o cálculo com base na população total de crianças nas faixas etárias do estudo matriculadas na escola. A amostra foi de 14 crianças de cinco anos e de 28 adolescentes de doze anos, com intervalo de confiança de 95% e prevalência de cárie de 41,81% aos cinco anos e de 50,07% aos 12 anos, conforme SB 2003 do Estado do Rio Grande do Sul. Para o entendimento dos pais sobre alimentação e higiene bucal dos filhos, foram considerados os indivíduos que preencheram um questionário, sendo as crianças aleatoriamente sorteadas até atingir o tamanho da amostra.

Para fazer parte do estudo, os jovens deveriam estar matriculados na escola e freqüentando-a regularmente. A inclusão dos pais se deu por preenchimento do questionário, podendo, ambos, retirarem-se do estudo em qualquer momento. A coleta dos dados foi realizada após o treinamento do examinador, que teve como concordância intra-examinador o coeficiente Kappa de 0,96.

O exame bucal realizado foi o de índice CPO-D ampliado (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados), de acordo com critérios usados nos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil e no Estado do Rio Grande do Sul: SB 2003 e SBTCHÊ, respectivamente, usando seus códigos e planilhas.

Para avaliação do estado nutricional, foram usados critérios de peso para idade, peso para altura, altura para idade, além do índice de massa corporal, segundo o NCHS, calculados eletronicamente, utilizando o programa Anthros do CDC. A classificação foi de acordo com os percentis apresentados para cada indicador, bem como para o escore Z. As crianças foram classificadas por:

- Desnutrição: índice abaixo de menos 752, desvio padrão da média esperada para idade segundo padrão NCHS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), e IMC abaixo do percentil 05 (MUST; DALLAL; DIETZ, 1991).
- Risco Nutricional: IMC abaixo do percentil 10 e maior que 03 (MUST; DALLAL; DIETZ, 1991). Índice abaixo do percentil 10 e maior que percentil 03 da média esperada para idade, segundo NCHS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).
- Obesidade: índice acima do percentil 97 da média esperada para a idade, segundo padrão de referência NCHS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), e IMC acima do percentil 95, segundo gráfico do NCHS (MUST; DALLAL; DIETZ, 1991).
- Sobrepeso: índice acima do percentil 95 e abaixo do percentil 97 para a média esperada para a idade, segundo padrão NCHS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995), e IMC acima do percentil 90 e abaixo do percentil 95 (MUST; DALLAL; DIETZ, 1991).

Para a avaliação antropométrica foi utilizada a balança digital portátil Plena® com escala de 100 g, fita métrica de tecido, com 150cm e escala de 01 cm, sendo instrumento adaptado do recomendado pela World Health Organization (1995). Os dados obtidos dos exames odontológicos, antropométricos e do questionário foram colocados sob forma de banco de dados, utilizando os programas do Microsoft Office2000.

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, sendo aprovado em agosto de 2004. As crianças que necessitaram de tratamento foram encaminhadas, com laudo fornecido pelos pesquisadores, ao Centro de Saúde-Escola Murialdo para a realização de tratamento, tanto odontológico quanto nutricional.

## RESULTADOS

A vida dos indivíduos está num processo dinâmico de mudanças, sendo que, para os jovens, saúde significa crescer e se desenvolver sem intercorrências, principalmente durante a fase escolar. Por isso, hábitos de escovação dentária devem ser reforçados e estimulados. Dados da tabela 1 mostram que nem todas costumam realizar a escovação dos dentes diariamente, 87% aos cinco anos e 82% aos doze anos. Conforme Schaecken, Creugers e Van der Houven (1987) o método de maior eficácia para evitar o desenvolvimento da doença da cárie é a escovação dentária e o uso do fio dental diariamente. As crianças devem ser motivadas e estimuladas desde cedo, sendo os pais importantes para a supervisão desta higienização, o que, no trabalho, mostrou índice baixo de pais que auxiliam seus filhos (44,2%).

**Tabela 1** - Distribuição percentual dos hábitos de escovação dentária das crianças, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

IDADE	DIÁRIA			COM AUXÍLIO			Total (n)
	Sim (n)	Não (n)	Às vezes (n)	Sim (n)	Não (n)	Às vezes (n)	
05	87% (13)	0% (0)	13% (2)	67% (10)	0% (0)	23% (5)	100% (15)
12	82% (23)	0% (0)	18% (5)	32% (9)	43% (12)	25% (7)	100% (28)

No período escolar, em que grandes esforços têm sido direcionados para a ampliação da educação e a conscientização em saúde, conforme Medeiros e Paraizo (1990) e Freire e Batista (1997), o estudo corrobora com os autores, à medida em que verificamos que as crianças e adolescentes não realizam a higiene bucal na escola, conforme tabela 2, onde 100% dessas não a fazem no período em que permanecem na escola, parecendo que pouco têm sido estimulados pelos educadores e a comunidade escolar.

**Tabela 2** - Frequência da distribuição dos hábitos de escovação dentária diária na escola, por parte das crianças, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

IDADE	sim (n)	não (n)	não sei (n)	total (n)
05	0% (0)	100% (15)	0% (0)	100% (15)
12	0% (0)	100% (28)	0% (0)	100% (28)
Total	0% (0)	100% (43)	0% (0)	100% (43)

**Tabela 3** - Prevalência de cárie dentária e média de CPO-D dos escolares examinados, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

IDADE	Nº DE DENTES EXAMINADOS	PREVALENCIA		EXPERIENCIA DE CÁRIE
		CPOD/ceod = 0	CPOD/ceod # 0	
05	300	58% (174)	42% (126)	3,7
12	672	70% (470)	30% (202)	2,8

**Tabela 4** - Comparação entre as metas propostas pela OMS para o ano de 2000, resultados do Projeto SB Brasil 2003 e os resultados do exame das condições de saúde bucal de escolares de cinco e doze anos, da Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

IDADE	OMS 2000	Brasil 2003	Região Sul 2003	Escolares 2004
05	50% livres de cárie (ceod=0)	40,6%	43,4%	3,7
12	CPOD menor que 3,0	que 3,0	2,78	2,31

As tabelas 5 e 6 apontam que um dos principais problemas que afeta aos dentes das crianças de 05 anos são lesões cariosas (35%). No entanto, 71% destas, ou (24,9%) de todas nesta faixa etária têm como necessidade de tratamento a remineralização de mancha branca ativa. Igualmente, nos adolescentes de 12 anos, o problema em tecidos duros são as lesões cariosas com (27%), sendo 85% destas, ou (22,9%) destes, com necessidade de remineralização de mancha branca. Isto comprova a necessidade de que os tratamentos para a população estudada não sejam eminentemente procedimentos invasivos ou cirúrgico-restauradores, mas sim, como o próprio Ministério da Saúde, Brasil (2004a), coloca a reorganização da atenção em saúde bucal tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, responde a uma concepção de saúde não centrada somente na assis-

tência aos doentes, mas na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

**Tabela 5** - Número e composição percentual dos componentes do índice CEOD dos escolares de 05 e do índice CPO-D dos escolares de 12 anos de idade examinados, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

Idade	hígido (n)	cariado (n)	perdido (n)	Obt/cariado (n)	Obt (n)	Total (n)
05	58% (175)	35% (105)	1% (4)	3% (8)	3% (8)	100% (300)
12	70% (471)	27% (180)	0% (1)	2% (12)	1% (8)	100% (672)

**Tabela 6** - Número e composição percentual de dentes com necessidade de tratamento para cárie dentária dos escolares examinados, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

NECESSIDADE DE TRATAMENTO	05 anos (n)	12 anos (n)
Sem necessidade	64,3% (193)	73,4% (493)
Com necessidade	35,7% (107)	26,6% (179)
Restauração de uma superfície	3,3% (10)	1,8% (12)
Restauração de duas ou mais superfícies	3,3% (10)	1,3% (9)
Coroa	0% (0)	0% (0)
Faceta estética	0% (0)	0% (0)
Pulpar mais restauração	0,3% (1)	0,5% (3)
Extração	0,6 (2)	0,6% (4)
Remineralização de mancha branca	24,9% (74)	22,8 (149)
Selante	0% (0)	0% (0)
Sem informação	3,3% (10)	0,3% (2)
Total de dentes examinados	100% (300)	100% (672)

Nos hábitos alimentares desta população em relação ao número de refeições ao dia, percebe-se uma inadequação na distribuição das refeições em relação às idades estudadas, sendo que as crianças realizam em média cinco ou mais refeições diárias e os adolescentes na sua maioria realizam quatro refeições. Quanto ao tipo de alimentos ingeridos em maiores quantidades pelas crianças e adolescentes, encontramos um grande consumo dos tidos como “calorias vazias”, que são os salgadinhos, refrigerantes, bolachas recheadas, em detrimento dos ricos em vitaminas e sais minerais, que seriam as frutas e vegetais, como dizem Sá (1990) e Williams (1989). O quadro mais

preocupante se apresenta nas crianças, onde cerca de 47% destas consomem alimentos não nutritivos diariamente, conforme tabela 7, e menos de 30% consomem frutas e verduras. Para esta idade, os alimentos tidos como “calorias vazias” são prejudiciais, pois tendem a levar à carência porque esgotam as reservas de vitaminas durante o seu metabolismo.

**Tabela 7** - Frequência semanal de consumo alimentar dos escolares, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004.

Consumo	Idade	Frutas	Verduras	Salgadinho	Bolacha recheada	Refrigerante
Duas vezes (n)	05	20% (3)	25% (3)	71% (9)	34% (5)	33% (5)
	12	12% (3)	10% (2)	20% (4)	26% (7)	26% (7)
Três vezes (n)	05	40% (6)	25% (3)	7% (1)	7% (1)	7% (1)
	12	27% (7)	27% (7)	20% (4)	22% (6)	22% (6)
Quatro vezes (n)	05	7% (1)	16% (2)	15% (2)	13% (2)	13% (2)
	12	12% (3)	5% (1)	10% (2)	11% (3)	11% (3)
Cinco vezes (n)	05	7% (1)	8% (1)	7% (1)	0% (0)	0% (0)
	12	8% (2)	10% (2)	20% (4)	7% (2)	7% (2)
Diariamente (n)	05	26% (4)	26% (3)	0% (0)	46% (7)	46% (7)
	12	41% (11)	48% (9)	30% (6)	34% (9)	34% (9)
Total (n)	05	100% (15)	100% (12)	100% (13)	100% (15)	100% (15)
	12	100% (26)	100% (19)	100% (20)	100% (27)	100% (27)

Quanto à procedência do lanche consumido na escola, verifica-se que as crianças estudadas não consomem a merenda, sendo que 100% da crianças a levam de casa e a maioria dos adolescentes compra seu lanche na cantina da escola. Porém, em ambos os grupos, a prevalência de consumo de lanches não nutritivos foi maior e, mais uma vez, os alimentos de “calorias vazias” foram mais comuns. Este dado representa mais um fator de prejuízo ao estado nutricional desses indivíduos.

No estudo, o índice de altura/idade indicativo de desnutrição, ou retardo de crescimento, foi mais prevalente nas adolescentes do sexo feminino (7,14%). Também verificamos uma maior prevalência de déficit de crescimento em meninas de 12 anos, grupo no qual cerca de 10,71% apresentavam déficit de altura contra 7,14% dos adolescentes do sexo masculino.

Na pesquisa não foi evidenciado nenhum caso de desnutrição. O outro extremo, a prevalência de sobrepeso entre crianças de quatro a cinco anos, tem dobrado desde 1970. Sendo assim, a obesidade foi prevalente nesta idade, para todos os indicadores e pontos de corte utilizados, ficando em torno de 20% para o indicador P/I e P/H. Em relação à obesidade na adolescência, foram verificadas frequências semelhantes em ambos os sexos, P/I 10,71%, conforme tabela 8.

**Tabela 8** - Prevalência dos diferentes tipos de desnutrição e obesidade dos escolares examinados por faixa etária e sexo, na Escola de Ensino Fundamental e Médio Francisco Antônio Vieira Caldas Júnior, no ano de 2004, segundo desvio padrão para as diferentes medidas.

IDADE (n)	SEXO (n)	DESNUÇÃO			OBESIDADE		
		P/I(%) n	A/I(%) (n)	IMC% n	P/I(%) (n)	A/I(%) (n)	IMC% (n)
05	F (8)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	13,3% (2)	6,7% (1)	20% (3)
	M (7)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	20% (3)	20% (3)	20% (3)
	Total (15)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	33,3% (5)	26,7% (4)	40% (6)
12	F (19)	0% (0)	10,7% (3)	25% (7)	10,7% (3)	3,6% (1)	0% (0)
	M (9)	7,1% (2)	7,1% (2)	0% (0)	3,6% (1)	3,6% (1)	3,6% (1)
	Total (28)	7,1% (2)	17,8% (5)	25% (7)	14,3% (4)	7,1% (2)	3,6% (1)

Na amostra estudada, verificaram-se problemas no estado nutricional das crianças em dois pólos opostos, desnutrição e obesidade. Com isto, observa-se uma transição nutricional típica dos países em desenvolvimento, que é a mudança do binômio desnutrição e infecção para obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004b).

## CONCLUSÃO

Com este estudo, percebe-se que tanto a saúde bucal quanto o estado nutricional destes indivíduos necessitam atenção. Com isso, reafirma-se a importância da atuação de profissionais na comunidade escolar, com enfoque na educação em saúde com as famílias e os educadores.

Em relação às condições de saúde bucal da população estudada, pode-se considerá-la

boa, comparando com os índices preconizados pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2000. As medidas profiláticas coletivas de controle da cárie (fluoretação das águas e creme dental fluoretado) já foram tomadas. Portanto, necessitamos ações de educação em saúde mais intensas nos meios sociais, nos quais se inclui a comunidade escolar.

Com relação ao estado nutricional dos jovens, percebe-se nitidamente a transição nutricional: do pólo desnutrição para obesidade. Esta situação é característica da falta de orientações para o desenvolvimento de hábitos alimentares nesta população. Para tanto, a educação em saúde segue sendo uma estratégia de atuação que ajuda a enfrentar esses problemas.

Acredita-se que a atuação do profissional de saúde deva ser baseada em práticas educativas que contemplem os principais problemas de saúde apresentados e que estejam inseridos no contexto do currículo escolar, extrapolando as carteiras das salas de aula, atingindo as famílias dos escolares, de modo envolvente e conectado a diretrizes nacionais, estaduais e municipais. Enfim, é necessário conhecer para intervir e, assim, propor as atividades de modo real e não deslocado do que os sujeitos vivenciam e experimentam em suas vidas, no contexto social e comunitário.

## REFERÊNCIAS

ANGELIS, R. Alimentação na infância: as consequências interiores na saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 13, p. 126-127, 1995.

AQUILANTE, A. et al. Análise do nível de educação odontológica dos pais e responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação na motivação e educação odontológica de seus filhos. **Revista de Odontologia UNICID**, v. 14, n. 1, p. 25-34, 2002.

BARROS, A. et al. Evaluation of the nutritional

- status of 1st-year school children in Campinas, Brazil. **Revista Ann Trop Paediatr**, Campinas, v. 10, p. 75-84, 1990.
- BIRCH, L. Development of food acceptance patterns in the first years of life. **Revista Proc Nutr Soc**, v. 57, p. 617-624, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004a.
- \_\_\_\_\_. **Coordenação geral da política de alimentação e nutrição: A promoção de alimentação saudável como instrumento de prevenção e combate ao sobrepeso e obesidade**. Brasília, DF, 2004b.
- DREWNOWSKI A.; BARY, M. The nutrition transition: new trends in the global diet. **Revista Nutr**, v. 55, p. 31-43, 1997.
- FREIRE, M.; BATISTA, S. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-5, fev. 1997.
- FREITAS, M. Educação nutricional: aspectos socioculturais. **Revista de Nutrição PUC**, Campinas, v. 10, p. 45-49, 1997.
- KEYES, P. Bacteriological findings and biological implications. **Revista Int. Dent. J.**, v. 12, p. 443-464, 1962.
- KLESGES, R. et al. Parental influence on children's eating behavior and relative weight. **Revista J Appl Behav Na**, v. 16, p. 371-378, 1983.
- MEDEIROS, U.; PARAIZO, C. Epidemiologia da cárie dentária em escolares no estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 23-28, nov./dez. 1990.
- MUST, A., DALLAL, G., DIETZ W. H. Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht<sup>2</sup>) and triceps skinfold thickness. **Revista Am J Clin Nutr**, v. 53, p. 839-846, 1991.
- NEWBRUN, E. **Cariologia**. São Paulo: Santos, 1988.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2000.
- ROZIN P. Sociocultural influences on human food selection. In: Capaldi, E. D. (Ed.). **Why we eat what we eat: the psychology of eating**. 2. ed. Washington: APA, 1997. p. 233-263
- SÁ, N. G. **Nutrição e dietética**. 7. ed. São Paulo: Nobel, 1990.
- SCHAEKEN, M. J. M.; CREUGERS, T. J.; VAN DER HOUVEN, J. S. Relationship between dental plaque indices and bacteria in dental plaque and those in saliva. **Revista J. Dent. Res**, v. 66, n. 9, p. 1499-1502, 1987.
- SCRIMSHAW, N. S. Nutrition: prospects for the 1990s. **Revista Public Health**, v. 11, p. 53-68, 1990.
- UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000.
- WILLIAMS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2.000. **Health for All Series**, Geneva, n. 4, 1981.
- \_\_\_\_\_. Expert Committee on Physical Status: the use and interpretation of anthropometry physical status. **Health for All Series**, Geneva, n. 854, 1995