

**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)**

CIÊNCIAS DA SAÚDE 4

Atena
Editora

Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
(Organizadores)

Ciências da Saúde 4

Atena Editora
2019

APRESENTAÇÃO

A obra “*As Ciências da Saúde*” aborda uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 17 capítulos do volume IV, apresenta a importância da higiene e o cuidado com a saúde bucal frente à instalação de doenças orais e a qualidade do perfil nutricional de pacientes.

A saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva. As ações de promoção e proteção à saúde visam à redução de fatores de risco, que constituem uma ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidade e doenças, desta maneira, a nutrição apropriada reflete na manutenção de uma dieta bem balanceada para que o corpo possa obter os nutrientes necessários para uma boa saúde e bem-estar. Se sua dieta é pobre em relação aos nutrientes de que seu corpo necessita, sua boca dificilmente resistirá a uma infecção. Isso pode contribuir para doenças periodontais, uma das causas principais da perda de dentes em adultos. Embora uma má nutrição não cause doenças periodontais diretamente, muitos pesquisadores acreditam que a doença avança com maior rapidez e pode ser mais grave em pessoas com dietas carentes de nutrientes.

Colaborando com essa transformação nutricional e de cuidados orais, este volume IV é dedicado ao público de profissionais odontólogos e nutricionistas, bem como estudantes e pessoas que se preocupam em manter uma nutrição adequada e a saúde bucal.

Desta forma, este volume apresenta artigos que abordam a avaliação da condição de saúde bucal das famílias indígenas; função mastigatória, movimentos mandibulares e atividade elétrica do músculo masseter em crianças e adolescentes respiradores oronasais; cárie precoce da infância em uma criança desnutrida; análise salivar dos pacientes transplantados renais e com doença periodontal; fatores que interferem na decisão da mudança alimentar em pacientes com diabetes.

Portanto, esperamos que este livro possa fortalecer e incentivar mudanças de hábitos alimentares, incentivando, assim, uma maior atenção à cavidade oral, desenvolvendo um plano de cuidado e caracterizar o consumo alimentar de pacientes hemofílicos, além de determinar os conhecimentos de profissionais envolvidos na área.

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Geraldo Alves e Natália Sandrini

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da saúde 4 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde; v. 4)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-129-9

DOI 10.22533/at.ed.299191502

1. Boca – Doenças. 2. Higiene bucal. 3. Saúde bucal. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Série.

CDD 614.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ANÁLISE SALIVAR DOS PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS E COM DOENÇA PERIODONTAL	
Alexandre Cândido da Silva	
Kelly Cristine Tarquínio Marinho	
Camila Correia dos Santos	
Élcio Magdalena Giovani	
DOI 10.22533/at.ed.2991915021	
CAPÍTULO 2	10
AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL DAS FAMÍLIAS INDÍGENAS RESIDENTES NA ILHA DO BANANAL-TO	
Guilherme Wirgílio Santos Silva	
Valéria Araújo Porto	
Deise Bernardes Moreira	
Tássia Silvana Borges	
Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante	
Karina Pantano Pinheiro	
DOI 10.22533/at.ed.2991915022	
CAPÍTULO 3	24
AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DAS FAMÍLIAS INDÍGENAS DA ILHA DO BANANAL	
Lucas de Freitas Dall'Agnol	
Marlon Brendo da Silva Benigno	
Karina Pantano Pinheiro	
Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante	
Tássia Silvana Borges	
DOI 10.22533/at.ed.2991915023	
CAPÍTULO 4	41
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA EM UMA CRIANÇA DESNUTRIDA: RELATO DE CASO	
Karlla Almeida Vieira	
Iris Rodrigues da Costa Bastos de Almeida	
Raianne Marques dos Anjos Melo	
Marílya Gabriella Correia Vitor	
DOI 10.22533/at.ed.2991915024	
CAPÍTULO 5	56
CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES DENTISTAS E ONCOLOGISTAS DE SÃO LUÍS/MA SOBRE OSTEONECROSE DOS MAXILARES ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFOSFONATOS	
Mariana do Nascimento Vieira	
Rosana Costa Casanovas	
Vandilson Pinheiro Rodrigues	
Carolina Raiane Leite Dourado Maranhão Diaz	
Valbiana Cristina Melo de Abreu Araujo	
DOI 10.22533/at.ed.2991915025	

CAPÍTULO 6 69

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF ENAMEL INFILTRANT ON THE SHEAR BOND STRENGTH OF ORTHODONTIC BRACKETS

Paula Guerino
Mauana Ferraz Coelho
Bárbara Lemen de Sá
Rachel de Oliveira Rocha
Renésio Armino Grehs
Vilmar Antônio Ferrazzo

DOI 10.22533/at.ed.2991915026

CAPÍTULO 7 80

FUNÇÃO MASTIGATÓRIA, MOVIMENTOS MANDIBULARES E ATIVIDADE ELÉTRICA DO MÚSCULO MASSETER EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES RESPIRADORES ORONASAIS

Fernanda Pereira França
Julyane Feitoza Coêlho
Waleska Gaia Oliveira
Larissa Najdara Alves Almeida
Giorvan Ânderson dos Santos Alves

DOI 10.22533/at.ed.2991915027

CAPÍTULO 8 88

HISTÓRIA ORAL DE MULHERES QUE ESCOLHERAM O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Angélica Branquinho Martins
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas
Wilkerly de Lucena Andrade
Jeferson Barbosa Silva

DOI 10.22533/at.ed.2991915028

CAPÍTULO 9 101

INFLUÊNCIA DO MATERIAL RESTAURADOR EM COROAS UNITÁRIAS MONOLÍTICAS IMPLANTOSSUPOORTADAS POSTERIORES NA DISTRIBUIÇÃO DE TENSÕES: ANÁLISE IN SILICO

Guibson da Silva Litaiff
Milton Edson Miranda

DOI 10.22533/at.ed.2991915029

CAPÍTULO 10 119

AVALIAÇÃO DA CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES COM HEMOFILIA DO TIPO A E B DA CIDADE DO NATAL-RN

Rayara Gomes Batista da Silva
Vanessa Tatiane de Souza Santos
Saulo Victor e Silva

DOI 10.22533/at.ed.29919150210

CAPÍTULO 11 134

DESENVOLVIMENTO DE PLANO DE CUIDADO ALIMENTAR PARA NEFROLITÍASE: ESTUDO DE CASO

Aparecida do Espírito Santo de Holanda Rocha
Tamires da Cunha Soares
Francisco João de Carvalho Neto
Maria de Fatima Sousa Barros Vilarinho
Andreia Barbosa da Silva
Andrielly Alves Leal
Bruna Alves de Sousa
Mariana Rodrigues da Rocha
Tuany Náira Batista Morais
Sinderlândia Domingas dos Santos
Osmaysa Feitoza da Silva

DOI 10.22533/at.ed.29919150211

CAPÍTULO 12 143

DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE CUIDADO ALIMENTAR APÓS COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA: UM ESTUDO DE CASO

Tamires da Cunha Soares
William Caracas Moreira
Ticianne da Cunha Soares
Myllena Maria Tomaz Caracas
David De Sousa Carvalho
Maria de Fatima Sousa Barros Vilarinho
Thamires de Carvalho Mendes
Francisco João de Carvalho Neto
Daniel da Silva Santos Martírios
Denilton Alberto de Sousa Júnior

DOI 10.22533/at.ed.29919150212

CAPÍTULO 13 152

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS 2 EM HEMODIÁLISE

Ana Paula Agostinho Alencar
Petrúcyra Frazão Lira
Maria Augusta Vasconcelos Palácio
Maria Eugênia Alves Almeida Coelho
Albertina Aguiar Brilhante
Bruna Rafaela de Meneses Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.29919150213

CAPÍTULO 14 154

PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA E FATORES ASSOCIADOS EM PRÉ-ESCOLARES NO BRASIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Tamires da Cunha Soares
William Caracas Moreira
Ivanildo Gonçalves Costa Júnior
Ticianne da Cunha Soares
Myllena Maria Tomaz Caracas
Victor Brito Dantas Martins
Rinna Santos de Almondes Rocha
Maria de Fatima Sousa Barros Vilarinho
Francisco das Chagas Leal Bezerra
Gabriel Barbosa Câmara
Francisco João de Carvalho Neto

DOI 10.22533/at.ed.29919150214

CAPÍTULO 15 162

FATORES QUE INTERFEREM NA DECISÃO DA MUDANÇA ALIMENTAR EM PACIENTES COM DIABETES

Ana Paula Agostinho Alencar
Petrúcyra Frazão Lira
Maria Augusta Vasconcelos Palácio
Albertina Aguiar Brilhante
Bruna Rafaela de Meneses Feitosa
Maria Eugênia Alves Almeida Coelho

DOI 10.22533/at.ed.29919150215

CAPÍTULO 16 164

IMPACTO CAUSADO PELO CUIDADOR NOS HÁBITOS ALIMENTARES DO PACIENTE COM DIBETES MELITTUS

Ana Paula Agostinho Alencar
Petrúcyra Frazão Lira
Maria Eugênia Alves Almeida Coelho
Maria Augusta Vasconcelos Palácio
Albertina Aguiar Brilhante
Bruna Rafaela de Meneses Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.29919150216

CAPÍTULO 17 166

EFFECT OF DIFFERENT DESENSITIZING AGENTS ON THE SHEAR BOND STRENGTH USING TWO GENERATIONS OF RESIN CEMENTS

Stella Renata Machado Silva Esteves
Marcia Carneiro Valera Garakis
Renata Marques de Melo Marinho
Fernanda Alves Feitosa
Eduardo Bresciani

DOI 10.22533/at.ed.29919150217

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 176

CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA EM UMA CRIANÇA DESNUTRIDA: RELATO DE CASO

Karlla Almeida Vieira

Centro Universitário Cesmac Maceió – Alagoas

Iris Rodrigues da Costa Bastos de Almeida

Cirurgiã-dentista

Maceió - Alagoas

Raianne Marques dos Anjos Melo

Cirurgiã-dentista

Maceió – Alagoas

Marílya Gabriella Correia Vitor

Centro Universitário Cesmac

Maceió - Alagoas

RESUMO: A cárie precoce da infância (CPI) é um termo aplicado à doença cárie que incide muito precocemente na vida do indivíduo sendo sua forma mais agressiva denominada Cárie Severa da Infância (CSI). Está associada a diversos fatores etiológicos podendo ser agravada pela desnutrição ou insegurança alimentar. A criança com desnutrição tende a apresentar defeitos estruturais no esmalte do dentário, o que acarreta um risco maior ao desenvolvimento/progressão da cárie dentária. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de uma criança com 5 anos de idade residente em um aglomerado subnormal na cidade de Maceió com cárie precoce da infância severa e desnutrição. Neste relato mostrou-se a influência do perfil socioeconômico e familiar

na condição bucal, bem como, ofereceu-se o tratamento odontológico necessário a recuperação da saúde bucal deste menor que frequenta uma Instituição de Recuperação Nutricional nesta cidade.

PALAVRAS-CHAVE: Desnutrição. Cárie dentária. Criança.

ABSTRACT: Early childhood caries (ECC) is a term applied to dental caries that happens very early in the life of an individual. It has a most aggressive form called Severe Childhood Caries (S-ECC). It is associated with several etiological factors and may be aggravated by malnutrition or food insecurity. The child with malnutrition tends to have structural defects in the enamel, which carries a higher risk for the development/progression of tooth decay. This study aimed to report a case of a child less than five years of age resident in subnormal agglomerate in Maceió with severe early childhood caries and malnutrition. This report showed the influence of socioeconomic and family profile in oral health, as well as described the dental treatment necessary to recover the oral health of this child who attends a Nutritional Recovery institution in this city.

KEYWORDS: Malnutrition. Dental Caries. Child.

1 | INTRODUÇÃO

A fome é um estado de desconforto físico relacionado à carência de alimentos. A fome crônica, permanente, ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo nutrientes suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. No contexto mundial atual, há 795 milhões de pessoas que passam fome (FAO, 2013).

No Brasil, segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2013), a fome (expressão mais grave da insegurança alimentar e nutricional) apresentou uma queda de 6,9% em 2004 para 3,2% em 2013. Apesar de declínio, a carência alimentar acomete 7,2 milhões de brasileiros, ou seja, pelo menos uma pessoa que mora nos 2,1 milhões de domicílios do país passou um dia inteiro sem comer.

Das regiões do Brasil, a região Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções de insegurança alimentares sendo 36,1% e 38,1% respectivamente. Em Alagoas, quase 500 mil alagoanos vivem em situação de insegurança alimentar e passam fome. Alagoas ocupa a 5ª posição no ranking dos estados do Nordeste que mais têm moradores de domicílios nessa situação, ficando atrás do Maranhão, do Piauí, da Bahia e da Paraíba (IBGE, 2013).

Desta problemática, surge a desnutrição conceituada como uma desordem nutricional que resulta da falta de alimentos ou da falta da quantidade de alimentos apropriados, por um período longo.

A Desnutrição Energético-Protéica (DEP), por sua vez, ocorre quando existe deficiência no consumo de proteínas e energia com relação às necessidades do corpo, ou seja, quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado (OMS, 1997). Na grande maioria dos casos, a DEP, é secundária a uma alimentação carente dos nutrientes básicos sendo resultado de uma ingestão insuficiente ou fome crônica (MARTINS et al., 2007).

O número de pessoas desnutridas no mundo teve a primeira queda em 15 anos no ano de 2010, passando de 1,02 bilhão para 925 milhões, segundo um relatório divulgado pela FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO, 2011). Embora tenha havido uma redução (mundial) no total de desnutridos, o contingente de crianças acometidas por esse estado nutricional ainda continua bastante elevado principalmente em algumas áreas e regiões pobres do mundo (OMS, 1997).

Neste sentido, a desnutrição nos primeiros anos de vida, refletida por indicadores antropométricos do estado nutricional, é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento. Há evidências exaustivas de que déficits de crescimento na infância estão associados a maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento

escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta (BLACK et al., 2008).

No Brasil, a desnutrição também apresentou uma redução, no entanto, ainda persistem no país as formas mais severas da desnutrição, especialmente o déficit de estatura por idade. Este déficit é mais grave nas regiões Norte e Nordeste, devido às diferenças sociais existentes especialmente em alguns bolsões de pobreza localizados nas periferias das grandes cidades (COUTINHO, 2008). Em Alagoas, 9,5% das crianças de até 5 anos apresentam desnutrição crônica (JAIME et al., 2014).

Em Maceió, capital do Estado de Alagoas, em 10 anos, praticamente não houve melhora no estado nutricional das crianças moradoras de aglomerados subnormais (favelas) como atestado por Florêncio et al. (2001) e por Silveira et al. (2010). A maior vulnerabilidade do grupo infantil assume dimensão ainda mais preocupante quando se trata de crianças moradoras de aglomerados subnormais/favelas.

No município de Maceió, existem 187 aglomerados subnormais habitados por uma população pobre, sendo que 21,3% vivem em estado de extrema pobreza ou seja com $\frac{1}{4}$ de salário mínimo mensal (IBGE, 2013).

É indiscutível a importância de uma alimentação adequada, do ponto de vista nutricional para assegurar crescimento e desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida, e o seu papel para a promoção e a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo (FELDENS; VITOLLO, 2008).

A relação entre alimentação e o estado nutricional desempenha um importante papel na condição/saúde bucal, já que fatores pré-natais, intrauterinos e pós-natais têm sido associados à desnutrição energético-proteica e suas consequências em termos de mudanças na boca.

Os episódios de desnutrição na primeira infância, somados a deficiências de vitaminas D e A, tem sido associados com hipoplasia no esmalte e atrofia das glândulas salivares; esta atrofia reduz a habilidade da boca de minimizar períodos de pH ácido, tornando o dente mais susceptível à cárie. Os episódios de desnutrição podem ter um efeito contínuo na hipofunção salivar fazendo com que uma desnutrição crônica que comece na primeira infância esteja diretamente correlacionada com a diminuição do fluxo salivar na idade adolescente (PSOTER et al., 2008).

Nessa perspectiva, a cárie na infância também possui um claro componente social com maior prevalência em situações de desigualdade social. O comportamento em âmbito familiar está diretamente ligado ao surgimento da desta doença, e, se tratando de crianças, o modo como seus cuidadores vivem influência na repercussão da doença (SHEIHAM; STEELE, 2001).

O levantamento feito pelo Projeto SB Brasil, em 2003, mostrou que a média do índice ceo-d (dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) aos cinco anos de idade era de 2,8 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Em 2010, o Projeto SB Brasil, constatou que esta média foi de 2,43 dentes – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em 7 anos, sendo o componente cariado responsável por mais de 80% do índice (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Tal característica conforma um quadro em que o declínio na prevalência da doença cárie não vem sendo acompanhada nem pela modificação dos padrões assistenciais, nem pela inversão dos componentes do índice ceo-d. Portanto a diminuição da magnitude de ocorrência da cárie não tem correspondido mudanças nos padrões de acesso aos serviços e o tipo de cuidado oferecido as crianças (NARVAI et al., 2006).

No Nordeste, para a idade de cinco anos, a média do índice ceo-d foi de 2,89 e deste 88,2% foi atribuído ao componente cariado. Na capital do estado de Alagoas, Maceió, a média deste índice foi de 2,76 e 87,3% deste índice foi relatado como dentes cariados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Este índice foi o maior encontrado em relação as outras capitais dos estados desta região.

A cárie precoce da infância é uma doença comum entre as crianças brasileiras sendo um dos principais agravos com que se defronta a odontologia social. Estabelecer a relação entre o estado nutricional e a doença cárie é de essencial importância, uma vez que um único episódio de desnutrição leve ou moderada no primeiro ano de vida possui a capacidade de aumentar a manifestação da cárie dentária tanto na dentição decídua quanto depois na dentição permanente (ALVAREZ, 1995).

Assim, este estudo objetivou descrever o perfil familiar e odontológico de uma criança desnutrida residente em um aglomerado subnormal/favela de Maceió/AL que frequenta um centro de recuperação e educação nutricional nesta cidade.

2 | RELATO DE CASO

O menor M.C. (Figura 1) gênero masculino, 4 anos, reside com sua família, pai, mãe e 4 irmãos (Figura 2) na Vila Emater conhecida também como “favela do lixão” no bairro de Jacarecica na cidade de Maceió/ AL.

Durante 5 dias por semana o mesmo e 3 dos seus 4 irmãos frequentam a instituição CREN/AL (O Centro de Recuperação e Educação Nutricional - CREN/AL, unidade funcional da NUTRIR – Associação de Combate à Desnutrição). Está instituição desenvolve programas junto à comunidade carente do município de Maceió principalmente na 7ª região administrativa, onde 21.000 famílias residem em favelas das quais 5.250 são crianças. Para combater os agravos nutricionais, o CREN adota uma abordagem integrada e multidisciplinar que abrange o acolhimento das famílias e o envolvimento das comunidades vizinhas.



Figura 1- Menor M.C
Fonte: Arquivo do Relato



Figura 2- Família
Fonte: Arquivo do Relato

2.1 Avaliação Domiciliar

A casa não é própria, foi cedida por familiares e sua estrutura física é de tábua, possui 4 cômodos, sem piso e sem banheiro. O lixo é a céu aberto e o destino dos dejetos é a céu aberto. O abastecimento de água é através de poço, sem nenhum tipo de tratamento, também não possui encanamento ou qualquer tipo de saneamento básico. Os eletrodomésticos encontrados na casa foram 1 geladeira, 1 TV e 1 fogão, porém não tem o gás, sendo o carvão ou a lenha o combustível utilizado para preparar as refeições. A casa é desorganizada e suja, que apresenta perigo para as crianças (utensílios cortantes expostos).

A família vive com uma renda de em média 300,00 reais do benefício Bolsa Família cedido pelo governo federal. De acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ABEP, 2012), a família é classificada como E.

2.2 Avaliação Nutricional

A criança foi pesada em balança antropométrica eletrônica (capacidade de 150Kg e precisão para 100g) previamente calibrada, vestindo roupas leves e descalças na presença da mãe ou responsável. A estatura foi avaliada em antropômetro dotado de fita métrica inextensível com 2 m de comprimento (precisão de 0,1 cm). A partir da obtenção destas medidas foram compostos os índices altura para idade (A/I), peso para altura (P/A) e peso para idade (P/I), onde as crianças com ponto de corte (score Z) entre +2 e -2 desvios-padrão (DP) da mediana da referência foram classificadas como eutróficas; àquelas com ponto de corte $Z \leq -2$ DP como desnutridas. Esta foi metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) que classifica

a desnutrição energético-proteica em moderada e grave, de acordo com os parâmetros estatura/idade e peso/estatura.

Na avaliação nutricional, o menor M. C. apresentou o peso de 12,400 kg, altura de 98,6 cm. Dessa forma, obteve-se o valor de -1,30 para o índice altura para idade (A/I); e de -2,30 para o índice peso para idade (P/I); e o seu IMC para a idade é de -2,28. Após a análise dos dados, o menor se enquadrou na classificação de desnutrição aguda (IBGE, 1995), pois seu peso apresenta-se baixo das recomendações para sua altura.

O menor M. C. teve aleitamento materno até os dois anos de idade e durante esse período se alimentou de papas ricas em açúcares e engrossantes. Não fez ingestão de frutas ou sucos em sua dieta. Atualmente, tem pouca aceitação alimentar, está sempre sem apetite e realiza as refeições (preparada pelos pais) no chão com a família.

Os irmãos foram pesados e tiveram sua estatura medida. Para o menor L.F.S. obteve-se o valor de -2,33 para o índice altura para idade (A/I); e de -3,12 para o índice peso para idade (P/I); e o seu IMC para a idade é de -2,43, sendo diagnosticado com desnutrição energético-proteica moderada. Para a menor L.C. obteve-se o valor de -2,42 para o índice altura para idade (A/I); e de -1,9 para o índice peso para idade (P/I); e para o índice peso para altura (P/A) -0,68, sendo diagnosticada com desnutrição energético-proteica moderada. Para o menor A. J. F. obteve-se o valor de -1,64 para o índice altura para idade (A/I); e de -2,06 para o índice peso para idade (P/I); e para o índice peso para altura (P/A) -1,69, sendo diagnosticado como baixo peso para idade. Para o menor J. P. A. F. obteve-se o valor de -2,59 para o índice altura para idade (A/I); e de -3,28 para o índice peso para idade (P/I); e para o índice peso para altura (P/A) -1,81, sendo diagnosticado com desnutrição energético-proteica moderada.

Para a avaliação do nível de segurança alimentar e nutricional foi utilizada uma escala psicométrica, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A Escala consta de 15 perguntas centrais fechadas com respostas do tipo “sim ou não”, referentes aos últimos três meses, que refletem a preocupação da comida acabar antes de se poder comprar mais até a ausência total dela. Das 15 perguntas, sete referem-se a membros da família menores de 18 anos, que classificam os distintos graus de insegurança alimentar (IA) na família em: (i) situação de segurança alimentar (SAN); (ii) insegurança alimentar leve (IA leve) – receio ou medo de sofrer insegurança alimentar no futuro próximo; (iii) insegurança alimentar moderada (IA moderada) – restrição na quantidade de alimentos na família; e (iv) insegurança alimentar grave (IA grave) – fome entre pessoas adultas e/ou crianças na família (SEGALL-CORRÊA et al., 2003). A família vive em condições de insegurança alimentar grave segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar respondida pela mãe.

2.3 Avaliação Médica

De acordo com o prontuário do menor M.C., aos seis meses de vida apresentou sinusite grave, epistaxe e febre frequente. Aos dois anos ficou interno por 8 dias com

febre. Não possui cartão de vacinas.

2.4 Avaliação Psicosocial

A mãe relata que saíram fugidos do interior. Ela foi avaliada, pela psicóloga da instituição, como negligente e apresenta um perfil agressivos com o menor e seus irmãos, deixando-os sempre sujeitos. Em casa, não colabora e não tem o interesse de trabalhar. A mesma não fez cirurgia de laqueaduras de trompas, aumentando a probabilidade de nova gestação.

O pai é mais atencioso, relatou ter hérnia de disco, porém não pode deixar de trabalhar, trabalha com reciclagem de lixo. Coloca os filhos para dormir e quando está em casa prepara as refeições.

2.5 Avaliação Pedagógica

De acordo com a avaliação da pedagoga da instituição, o menor M.C. é agitado, não consegue permanecer sentado, imóvel, nunca espera por nada. Não reconhece o nome e apresenta uma letra ilegível, força o lápis contra o papel fazendo rabiscos, e precisa de auxílio para fazer atividades que necessite de coordenação motora. O mesmo demonstra agressividade na hora de resolver seus conflitos com os colegas.

A escolaridade dos pais é deficiente, a mãe estudou até 1ª série do ensino fundamental e o pai é analfabeto.

2.6 Avaliação Odontológica

Na consulta odontológica (ANEXO B) o menor M.C apresenta os 20 dentes da dentição decídua, no entanto, 15 destes apresentam-se com lesão de cárie com diferentes níveis de progressão da doença. O tratamento, neste caso, variou desde uma fluoroterapia até tratamento endodôntico e exodontias. Devido a perda de estrutura dentária o paciente apresenta mordida profunda nos dentes posteriores. A perda da porção coronária dos dentes anteriores interfere de forma nociva na estética e nas atividades funcionais do paciente.

A higiene bucal encontra-se deficiente em grau extremo sendo isto visualizado pelo excesso de biofilme em todas as faces dos elementos dentários.

Em relação aos tecidos moles foi detectada a presença de abscesso dentário na região anterior- superior e na região posterior- inferior direita.

Diante do exposto o menor M.C. teve como diagnóstico cárie precoce da infância severa que necessita urgentemente de tratamento uma vez que o estágio atual da doença compromete funções primordiais como deglutição, mastigação, fonação, o que interfere diretamente no seu desenvolvimento geral (Figura 3, 4, 5).



Figura 3–Aspecto intra oral região anterior.

Fonte: Arquivo do Relato.



Figura 4 - Aspecto intra oral arcada inferior.

Fonte: Arquivo do Relato

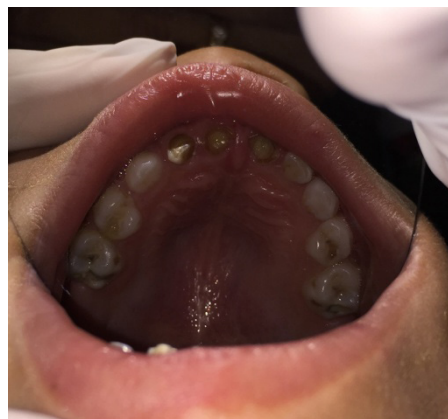


Figura 5 – Aspecto intra oral arcada superior.

Fonte: Arquivo do Relato

O grau comportamento do paciente e seus irmãos foi determinado através da Escala de Classificação de comportamento de Frankl modificada (1962) (CARVALHO, 2011). Essa escala divide o comportamento em quatro categorias:

- a. Definitivamente Negativo: recusa ao tratamento; resistência; choro forte.
- b. Negativo: pequena resistência; choramingo; medo; nervosismo.
- c. Positivo: adaptação cautelosa; reserva ao tratamento relutância.
- d. Definitivamente Positivo: bom relacionamento; sem medo; interesse no tratamento.

O paciente M. C se enquadra na categoria B, seus irmãos, o menor L. C. S na categoria C, a menor L.C e o menor A. J. F. C na categoria A.

Seus pais e irmãos também apresentaram saúde bucal desfavorável, onde sua mãe possui apenas 15 elementos dentários onde 4 necessitam de exodontia e os demais apresentam atividade de cárie em diferentes níveis. Seu pai apresenta 17 elementos dentários, todos apresentam atividade de cárie. De acordo com o índice CPO-D, os dois apresentam prevalência muito alta de cárie (ANEXO C).

Dos 4 irmãos, 3 frequentam a instituição, onde foi realizado exame clínico para verificação de atividade de cárie (ANEXO C).

O menor L. C. S, 5 anos, apresenta 12 dos 20 dentes da dentição decídua com atividade de cárie.

A menor L.C, 3 anos, apresenta 18 elementos decíduos com alta atividade de cárie em vários níveis.

O menor A. J. F. C, 2 anos, apresenta 19 dentes em sua cavidade bucal, onde 5 apresentam atividade de cárie.

2.6.1 Procedimentos Realizados

Tendo em vista a necessidade do paciente o plano de tratamento proposto foi:

Escovações diárias realizadas por profissionais ou pesquisadoras presentes na instituição, fluoroterapia, procedimentos estéticos (restaurações com CIV/ restaurações com RC / microabrasão), terapias pulpares e procedimentos cirúrgicos (múltiplas exodontias).

Diante o grau de comportamento que o paciente apresentava, as dificuldades encontradas pela instituição para locomoção do mesmo, a realização do tratamento proposto obteve algumas modificações sendo realizada da seguinte forma:

Escovação supervisionada antes de qualquer procedimento seguido de:

- TRA (tratamento restaurador atraumático) dos elementos 55 (O – V) e 54 (O) com utilização do selamento provisório (cimento de ionômero de vidro);
- Restaurações nos elementos 52 (V) e 53 (V) + Microabrasão (utilizando ácido fosfórico a 37% e pedra pomes) e restaurado com resina composta;
- Restauração no elemento 63 (V) e do elemento 64 (O) com (cimento de ionômero de vidro);
- Exodontia dos elementos 51, 61, 74, 75, 84 e 85 em múltiplas sessões;
- Restaurações nos elementos 63 (V), 64 (O) com (cimento de ionômero de vidro), 65 (O-P) utilizando o forro cimento de hidróxido de cálcio + (cimento de ionômero de vidro);
- Pulpectomia do elemento 62 com medicação intracanal (pasta Callen), com selamento (cimento de ionômero de vidro) e reconstrução coronária com resina composta;
- Aplicação de verniz fluoretado no elemento 72 após os procedimentos rea-

lizados (Figura 6, 7, 8).



Figura 6 - Vista frontal pós tratamento, menor M.C.

Fonte: Arquivo do Relato.



Figura 7 - Arcada superior pós tratamento, menor M.C.

Fonte: Arquivo do Relato.



Figura 8 - Arcada inferior pós tratamento, menor M.C.

Fonte: Arquivo do Relato.

Diversos fatores foram observados para o planejamento do tratamento, dentre eles o comparecimento do menor a instituição, a extensão das lesões, a ambiente propício a microorganismos patológicos que o paciente seria exposto ao sair da instituição, além da baixa imunidade e da pouca assistência dos pais as medicações pré e pós-operatória.

Os irmãos do menor M.C também estão recebendo tratamento odontológico no CREN, onde o menor A.C. J. F. já concluiu seu tratamento. Os pais do paciente foram encaminhados para Clínica de Odontologia do CESMAC onde também receberão tratamento odontológico.

3 | DISCUSSÃO

A cárie dentária é considerada problema de saúde pública e apresenta-se polarizada em algumas populações. A formação de grupos de polarização tem sido um fenômeno claro, fato este explicado pela forte desigualdade social o que aponta a importância dos fatores econômicos e sociais para a justificativa/análise da distribuição da doença na população (NUNES et al., 2014).

Na avaliação domiciliar apresentada neste relato, pode-se observar que apesar do processo de urbanização, em certa medida impulsionado pelas políticas habitacionais implementadas pelo poder público brasileiro, ter contribuído para melhorar as condições de vida da população (GOMES et al., 2003), isso não aconteceu nesta família.

A ausência de piso é um fator que contribui sobremaneira para as doenças respiratórias principalmente nas crianças, sendo ratificada pelo prontuário médico do menor M.C. que descreve um quadro de sinusite já aos seis meses de idade.

O acesso à água potável é a primeira manifestação de uma vida saudável e indicador constante das recomendações internacionais para monitoramento da qualidade de moradia dos indivíduos (IBGE, 2010). O domicílio em questão não tem nem água nem esgoto, o que está em consonância com a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio - PNAD (IBGE, 2013), que afirma que quase 60% das crianças de até 14 anos residem em domicílios em que pelo menos um serviço de saneamento (água, esgoto ou lixo) não é adequado.

Neste domicílio de 4 cômodos divididos por tábuas, residem 7 pessoas, nas quais 5 delas são crianças. Este adensamento de pessoas pode ser atribuído à proliferação dos assentamentos irregulares em quantidade/qualidade, ou seja, a população carente acaba procurando áreas com condições precárias de moradia sem qualquer infraestrutura, o que ocasiona repercussões danosas à saúde dos moradores (ALVES, 2004). Essa condição insalubre teve repercussão direta no menor M.C. que foi interno com febre por um quadro de verminose.

Esse quadro de precariedade em termos de moradia possivelmente é reflexo da pouca renda existente na família (Classe E), bem como a falta de escolaridade dos pais, o que agrava o problema de falta/inadequada qualificação de mão-de-obra para assumir postos de trabalhos no mercado atual.

Na avaliação nutricional da criança, ou melhor das crianças, pode-se constatar um quadro de desnutrição, a qual representa um problema de saúde pública pelo espectro de danos que causa no indivíduo. Este agravo nutricional, está diretamente relacionado ao consumo e disponibilidade de alimentos, cuidados alimentares e de saúde. Como relatado na EBIA - pesquisa utilizada para identificar e classificar domicílios de acordo com o grau de segurança alimentar (ANSCHAU, 2012) - esta família sofre de privação em termos de qualidade e de quantidade dos alimentos, portanto o quadro de instabilidade social visto aqui principalmente pela ausência de

renda fixa/emprego fez esta família passar fome (ANEXO A).

Esta situação nutricional encontrada nesta família está em concordância com os estudos (PANIGASSI et al., 2008; ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012; SOUZA et al., 2012; CABRAL et al., 2013) que relacionaram a presença de (in) segurança alimentar e indicadores sociais, onde todos apresentaram associação entre presença de insegurança alimentar e menor renda, sendo que a maioria destes também encontrou associação entre esta situação e menor escolaridade do responsável ou chefe da família. Observou-se, também, associação entre insegurança alimentar e maior número de moradores no domicílio. A condição de insegurança alimentar severa mostrou-se associada à presença de moradores menores de 18 anos como a família aqui relatada.

Os fatores biológicos da desnutrição e os comportamentais aparecem frequentemente associados à cárie. Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica maior o número de dentes afetados pela cárie e maior sua severidade (PERES; BASTOS; LATORRE, 2000). De etiologia multifatorial, a doença esta fortemente ligada à influência de fatores comportamentais, bem como na adesão ao atendimento odontológico.

Os problemas de manejo de comportamento das crianças frente ao atendimento odontológico podem estar relacionados: a menor idade, as expectativas negativas dos responsáveis sobre o comportamento da criança durante o tratamento, a ansiedade ou timidez com estranhos, e a presença de dor de dente (XIA; WANG; GE, 2011). O menor M.C. frequentemente se apresentava com dor e sensibilidade durante a mastigação, sua mãe não o acompanhava nas consultas que exigiram desde tratamentos restauradores a exodontias. Essa falta de apoio materno e a sintomatologia dolorosa podem ter contribuído para o comportamento negativo (Escala de Classificação de comportamento de Frankl modificada - 1962), frente a situação odontológica.

Diante do número de lesões encontradas no menor M. C., (seus irmãos também), classificou-se o mesmo como portador de cárie precoce da infância severa (CPI-S). Esta forma mais agressiva da doença é resultado da frequente ingestão de açúcar, que permite a produção repetitiva de ácidos pela bactéria cariogênica que se adere aos dentes e conseqüentemente da ausência de procedimentos químicos e mecânicos (acesso a serviços odontológicos, acesso a produtos fluoretados, escovação – fatores de proteção) na remoção do biofilme dentário (ÇOLAK et al., 2013).

A ausência destes fatores protetores em relação à doença cárie foi ratificada pela avaliação psicológica que categorizou a mãe como negligente (deixando-os sempre sujos) e relatando um perfil agressivo com seus filhos e de até maus-tratos. Este padrão de relação mãe-filho também foi relatado no estudo de Friedlaender et al. (2005).

É evidente que o ambiente familiar incentiva escolhas e estilos de vida saudáveis. A negligência com relação à higiene bucal é amplamente conhecida como o principal fator causador de cáries dentárias. “As características amplamente investigadas

dos pais, como conhecimento, atitudes e situação socioeconômica, influenciam nos comportamentos de saúde bucal infantil” (DE CASTILHO et al., 2013, p. 119).

A cárie precoce da infância severa (CPI-S), é conceituada pela Academia Americana de Odontopediatria (2008) como qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de 3 anos de idade. Tendo evolução rampante, aguda e progressiva.

Também é considerada CPI-S se, dos 3 aos 5 anos de idade, a criança apresenta mais de quatro, cinco e seis superfícies afetadas em dentes anteriores decíduos aos 3, 4 e 5 anos, respectivamente (LOSSO et al., 2009). Esta caracterização peculiar da doença cárie está associada a fatores socioeconômicos, comportamentais e psicológicos como demonstrado nesse relato de caso.

As consequências na demora ou ausência de tratamento desta condição pode afetar as crianças fisicamente e psicologicamente, influenciando a forma como eles crescem, falam, mastigam e se socializam, assim como seus sentimentos de bem-estar social (PETERSEN; ESTUPINAN-DAY; NDIAYE, 2005).

Na maioria das crianças pequenas, como neste relato, a cárie precoce da infância severa (CPI-S), está associada com crescimento reduzido, diminuindo, também, o ganho de peso devido ao consumo alimentar insuficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e de crescimento destes indivíduos.

Tendo em vista, que a doença cárie precoce da infância é influenciada por fatores genéticos e biológicos, pelo ambiente físico/fatores sociodemográficos, comportamentos de saúde e cuidados médicos/ odontológicos (FISHER-OWENS et al., 2007), a reabilitação/devolução de uma situação de equilíbrio no processo saúde-doença favoreceu o menor M. C. no que se refere a saúde bucal e sistêmica/nutricional.

Os efeitos locais da dieta no metabolismo do biofilme dentário e, especificamente, na produção de ácidos são considerados bem mais relevantes para a cárie do que os efeitos sistêmicos (nutricionais) no desenvolvimento do dente e na composição salivar (DIAS; RASLAN; SCHERMAN, 2011). Contudo, ambos os efeitos, locais e sistêmicos, devem ser considerados para compreender completamente a relação entre nutrição/dieta e cárie dentária.

Da mesma maneira que é importante destacar a necessidade de se conhecer os fatores que estão relacionados ao aparecimento desta doença para poder intervir de forma multidisciplinar, como feita neste relato.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dieta e a nutrição desempenham um papel importante no desenvolvimento dentário e na integridade dos tecidos orais. A deficiência energético-proteica durante a odontogênese gera atraso na cronologia de erupção e defeitos estruturais no esmalte, o que pode acarretar no aumento do risco de ocorrência da doença cárie e ainda, a

desnutrição pode afetar as glândulas salivares, através da redução de seu fluxo e da alteração dos componentes da saliva, aumentando a susceptibilidade dos dentes às lesões cariosas.

Em famílias de baixa renda a cárie precoce da infância tem grande prevalência tendo a desnutrição como um fator agravante. Os responsáveis têm influência direta sobre o aprendizado da criança frente a higienização da cavidade bucal.

O tratamento das lesões deve ser planejado de acordo com o nível da lesão cariada, a dieta oferecida ao paciente e o ambiente o qual é exposto.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ J. O. Nutrition, tooth development and dental caries. **The American Journal Clinical Nutrition**, v. 61, n. 2, p. 410S – 416S, 1995.

ALVES, J. E. **O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil**. 2004. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/poppobreza/alves.pdf>>. Acesso em: 12 Nov. 2015.

ANSCHAU F. R., MATSUO T., SEGALL-CORRÊA A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 2, p. 177-189, 2012.

BLACK R. E., ALLEN L. H., BHUTTA Z. A., CAULFIELD L. E., de ONIS M., EZZATI M. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243-260, 2008.

_____. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010 Aglomerados subnormais - Informações territoriais**. IBGE, 2013.

BRASÍLIA DF. MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Nº 4. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira, 2010, resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

COUTINHO J. G., GENTILI P. C., TORAL N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 332-340, 2008.

DIAS A. C. G., RASLAN S., SCHERMA A. P. Aspectos nutricionais relacionados à prevenção de cáries na infância. **Clipe Odontologia**, v. 3, n. 1, p. 37-44, 2011.

FAO (Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação). 2011. <http://www.fao.org.br>. Acesso em 20 de maio de 2013.

FELDENS C. A., VITOLO M. R. Hábitos Alimentares e Saúde Bucal na Infância. In: Vitolo MR. **Nutrição da Gestação ao Envelhecimento**, Rio de Janeiro, RJ: Rubio, 2008

FISHER-OWENS S. A., GANSKY S.A., PLATTL.G., WEINTRAUB J.A., SOOBADER M.J., BRAMLETTM.D., NEWACHECK P., influences on childrens Oral Health: A conceptual Model. *Pediatrics*, V.120, September 2007.

FLORÊNCIO T. M. .M. T., FERREIRA H.S., DE FRANÇA A. P., CAVALCANTE J. C., SAWAYA A. L., **Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, Northeastern**

Brazil, v.86 n.2, p 277-285, 2001.

JAIME, P. C. et al. Desnutrição em crianças de até 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: Análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, n.17 (2014). Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação, Brasília, 2014, p.49-63.

MARTINS I. S., MARINHO S. P., OLIVEIRA D. C., ARAUJO E. A. C. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1553-1565, 2007.

NARVAI P. C., FRAZÃO P., RONCALLI A. G., ANTUNES J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

NUNES, A .M. M., SILVA, A. A. M. , ALVES, C. M. C.,HUGO, F. N. , RIBEIRO, C.C.C. Factors underlying the polarization of early childhood caries within a high-risk population. **BMC Public Health** 2014, 14:988 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/988>.

OMS - World Health Organization. Oral **Health Surveys. Basic Methods**. 4 ed. 1997.

PANIGASSI G., SEGALL-CORRÊA A. M., MARIN-LEÓN L., PÉREZ-ESCAMILLA R., SAMPAIO M. F. A., MARANHA L.K. Segurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cadernos Saúde Publica**, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PERES, K. G. A., BASTOS, José Roberto de Magalhães; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v.34 , n.4 , p.402-408 , Aug. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000400014>.

PETERSEN P. E., ESTUPINAN-DAY S., NDIAYE C. WHO's action for continuous improvement in oral health. **Bulletin World Health Organization**, v. 83, n. 9, p. 642, sep. 2005.

PSOTER W. J., SPIELMAN A. L., GEBRIAN B., St JEAN R., KATZ R. V. Effect of childhood malnutrition on salivary flow and pH. **Archives Oral Biology**, v. 53, n. 3, p. 231-237, 2008.

SILVEIRA K. B., ALVES J. F., FERREIRA H. S., SAWAYA A. L., FLORENCIO T. M. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. **Journal of Pediatric**, v. 86, n. 3, p. 215-220, 2010.

SHEIHAM A., STEELE J. Does the condition of the mouth and teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and nutrition status amongst older people? **Journal Public Health Nutrition**, v. 4, p. 797-803, 2001.

XIA B., WANG C. L., GE L. H. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 3, p. 200-209, 2011.

SOBRE OS ORGANIZADORES

NAYARA ARAÚJO CARDOSO Graduada com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia – ESAMAZ. Mestre em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral. Membro do Laboratório de Fisiologia e Neurociência, da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral, no qual desenvolve pesquisas na área de neurofarmacologia, com ênfase em modelos animais de depressão, ansiedade e convulsão. Atualmente é Farmacêutica Assistente Técnica na empresa Farmácia São João, Sobral – Ceará e Farmacêutica Supervisora no Hospital Regional Norte, Sobral – Ceará.

RENAN RHONALTY ROCHA Graduado com titulação de Bacharel em Farmácia com formação generalista pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA. Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica e Gestão de Farmácia Hospitalar pela Universidade Cândido Mendes. Especialista em Análises Clínicas e Toxicológicas pela Faculdade Farias Brito. Especialista em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde do Sistema Único de Saúde pela Universidade Federal Fluminense. Farmacêutico da Farmácia Satélite da Emergência da Santa Casa de Sobral, possuindo experiência também em Farmácia Satélite do Centro Cirúrgico. Membro integrante da Comissão de Farmacovigilância da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Farmacêutico proprietário da Farmácia Unifarma em Morrinhos. Foi coordenador da assistência farmacêutica de Morrinhos por dois anos. Mestrando em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-129-9

