

Título: Desempenho das funções orais nas crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade: estudo piloto em Campina Grande – PB

Palavras chave: Assistência integral à saúde da criança e do adolescente, obesidade, saúde bucal

INTRODUÇÃO

A obesidade representa um problema de saúde pública grave, a nível mundial, devido ao aumento nas suas taxas de incidência e prevalência, ao notório comprometimento de um população cada vez mais jovem (particularmente a infanto-juvenil) e às implicações possíveis na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e em suas necessidades de assistência⁽¹⁾.

O aumento da obesidade na população brasileira foi constatado a partir de estudos epidemiológicos e pode ser atribuído, em parte, ao maior acesso a alimentos industrializados, à falta de informação adequada quanto à alimentação adequada e às mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares⁽²⁾.

Essa situação é caracterizada pelo acúmulo anormal de gordura corporal em relação ao tamanho do corpo. Usualmente adota-se o Índice de Massa Corporal ou IMC (Kg/m^2), de forma generalizada, para a avaliação do peso corporal. Este deve estar associado a outros parâmetros, a fim de se identificar as condições de risco à saúde, particularmente em crianças e adolescentes. Os níveis relacionados ao problema vão do sobrepeso ou pré-obesidade, com IMC de 25 a 29,9, obesidade grau I de 30 a 34,9, obesidade grau II de 35 a 39,9 e obesidade grau III, também denominada obesidade mórbida, acima de 40⁽³⁾.

Considera-se a gravidade da obesidade pela conjunção de três aspectos: prevalência elevada da compulsão alimentar, resistência aos tratamentos clínicos (perda de peso insuficiente ou não sustentada) e associação freqüente com doenças inter-relacionadas, provocadas ou agravadas pela obesidade. Dentre as principais comorbidades destacam-se a diabetes, hipertensão arterial e as dislipidemias, que constituem um conjunto de fatores de risco cardiovascular, relacionados especialmente à deposição de gordura visceral e resistência à insulina, denominado de síndrome metabólica⁽⁴⁾.

Um aspecto importante na obesidade é o tempo de convivência com esse agravo, pois se trata de uma doença crônica multifatorial. Quanto mais tempo uma criança estiver com sobrepeso, mais provável é que este estado continue na adolescência e fase adulta, pois os hábitos alimentares e os padrões de inatividade física poderão

continuar os mesmos. Foi apontado que cerca de 40 a 80% das crianças com excesso de peso tornam-se adultos obesos⁽⁵⁾.

A preocupação com tais prejuízos tem incluído também os aspectos psicológicos associados à obesidade, principalmente aqueles relacionados à imagem corporal. Esse termo refere-se a uma ilustração que se tem acerca do tamanho, imagem ou forma do corpo, como também aos sentimentos relacionados a essas características, ou seja, é o “retrato mental” da própria aparência física, com efeitos negativos para a convivência social, principalmente quando envolve o sexo feminino⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

O controle de obesidade não modifica as taxas de mortalidade, mas previne e controla algumas doenças crônicas. Estratégias adotadas para esse fim têm falhado no sentido de manter reduzido o peso atingido com a intervenção, o que causa incerteza sobre a eficácia e efetividade do tratamento por parte de pacientes e profissionais. Esse controle se faz com medidas não medicamentosas, medicamentosas ou cirúrgicas. As primeiras, de forma especial, devem ser encorajadas em todos os pacientes, com o objetivo de manter a saúde. Restrição calórica, aumento de atividade física e terapia comportamental constituem estratégias bem avaliadas⁽⁹⁾.

Nas últimas décadas observa-se um paradoxo de transição nutricional da população brasileira, de forma polarizada nas regiões com níveis de pobreza elevados, como o nordeste do país. Nesse contexto, os Estados de Pernambuco e da Paraíba aparecem como referência na tentativa do controle da anemia e do sobrepeso/obesidade, principalmente nos quadros de síndrome metabólica envolvendo crianças e adolescentes⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Sabe-se que o desempenho da função mastigatória está diretamente relacionado às variáveis corporais e orais ou bucais, de maneira mais particular, sendo a dificuldade mastigatória o mecanismo mais provável pelo qual a saúde bucal comprometida pode afetar a ingestão de alimentos⁽¹²⁾. No entanto, escassas são as informações sobre as condições orais de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade e a performance mastigatória desses, quando submetidos ao tratamento para o controle do peso.

Assim e em acordo com o que foi previamente relatado, buscou-se desenvolver o estudo presente, que teve como objetivo geral verificar se existe associação entre a situação bucal e o desempenho das funções orais entre crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, antes e após o tratamento para o controle do peso. Nesta etapa (piloto), a avaliação das condições e do desempenho das funções orais em crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, testando associações possíveis entre as variáveis sociodemográficas, diagnóstico/história e tratamento da obesidade, condições orais e desempenho dessas funções.

MÉTODOS

Esta parte do estudo representa um piloto, do tipo transversal, observacional e quantitativo, abrangendo 30 crianças e adolescentes (10% da amostra total) vinculados a centros de referência para tratamento da obesidade pelo Sistema Único de Saúde, no município de Campina Grande-PB: Centro de Endocrinologia e Obesidade Infantil do Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e na Unidade de Endocrinologia e Diabetes Severino Bezerra de Carvalho, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o protocolo de número 0513.0.133.000-09.

Como critérios de inclusão para a amostra ficaram estabelecidos: faixa etária dos quatro aos dezessete anos, registro no Projeto “Ensino Metabólico em Crianças Obesas e de Sobrepeso” instalado no ISEA, registro na Unidade de Endocrinologia e Diabetes Severino Bezerra de Carvalho do HUAC (voluntários com o diagnóstico de sobrepeso ou obesidade) ou procura pelo “Pronto Atendimento” nesses serviços (grupo controle), durante os meses de fevereiro a abril de 2010. Em acréscimo, a concordância da criança ou adolescente e do seu responsável legal. Foram excluídos os pacientes portadores de deficiência (mental, auditiva, visual e física, no que se reporta ao comprometimento motor), os clientes ou pacientes sem as informações precisas sobre o peso e a altura e os indivíduos que se encontrassem imunodeprimidos.

Adotaram-se os instrumentos para a coleta de dados seguintes: questionário e exame físico intra e extraoral, de acordo com protocolo de avaliação⁽¹³⁾. A análise estatística dos dados ocorreu com técnicas descritivas e inferenciais, adotando-se um intervalo de confiança de 95% e o software SPSS versão 13.0. Teste empregado: Qui-quadrado de associação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os maiores percentuais obtidos, 56,7% dos voluntários eram do sexo feminino, na faixa etária dos 4 aos 17 anos, com sobrepeso, sem comorbidades e portadores de hábitos orais deletérios; em especial a onicofagia, associada significativamente ao sexo feminino $p < 0,05$. A consistência alimentar preferencial foi a pastosa e a velocidade de mastigação rápida, sem desconforto ou situações de engasgos constantes. Constatou-se a presença de biofilme visível, um CPO-D médio de 3,4, halitose e más oclusões.

O sobrepeso e a obesidade têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento das enfermidades orais, em particular a cárie dentária e a gengivite

(ou doença periodontal, em estágio mais avançado). No entanto, estudos mais específicos deveriam ser executados, a fim de se estabelecer a dimensão dos comprometimentos e o impacto das ações de redução ou controle do peso na saúde oral desses indivíduos⁽¹⁴⁾. Pelos achados do estudo presente, há uma concordância quanto à avaliação de outras condições orais, apesar de não se ter estabelecido associações significantes, exceto quanto ao hábito oral deletério da onicofagia e o sexo.

A onicofagia representa um hábito oral deletério comumente associado aos sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular ou DTM⁽¹⁵⁾ e à situações de transtornos emocionais; esses, de forma mais particular associados ao sexo feminino.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization [Internet]. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation; 894 i-xii – 2000, 1-253. [cited 2009 Aug 25]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11234459>
2. Lima SCVC, Arrais RF, Pedrosa LFC. Avaliação da dieta habitual de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade. Rev Nutr. 2004;17(4):469-477.
3. El Taguri A, Dabbas-Tyan M, Goulet O, Ricour C. The use of body mass index for measurement of fat mass in children is highly dependant on abdominal fat. WHO East Mediterran Health J. 2009; 15(3):563-573.
4. Santo MA, Cecconelo I. Obesidade morbidade: controle dos riscos. Arq Gastroenterol. 2008; 45(1):1-2.
5. Cataneo C, Carvalho AMP, Galindo EMC. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. Psicol reflex crit. 2005; 18(1):39-46.
6. Almeida GAN, Santos JE, Pasian SR, Loureiro SR. Percepção de forma e tamanho corporal de mulheres: estudo exploratório. Psicol estud. 2005; 10(1):27-35.
7. Almeida CME, Oliveira MRM, Vieira CM. A relação entre imagem corporal e obesidade em Unidades de Saúde da Família. Rev Simbios-Logia. 2008; 1(1):111-121.
8. Cordas TA, Ascecio RFR. Tratamento comportamental da obesidade. Einstein. 2006;4(supl1):44-48.
9. Wannmacher L. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Obesidade: evidências e fantasias. Brasília: OPAS; 2004.
10. Batista Filho M, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Cad Saude Publica. 2008; 24(supl2):247-257.
11. Traebert J, Moreira EAM. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. Pesqui Odontol Bras. 2001; 15(4):359-363.
12. Turelli MCM. Associação da performance mastigatória com variáveis corporais e dentárias em crianças [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2009.

13. Whitaker ME, Trindade Júnior AS, Genaro KF. Protocolo de avaliação da função mastigatória. 2009. [cited 2009 June 20]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2009nahead/56-08.pdf>

14. Alm A. On dental caries and caries-related factors in children and teenage. Swed Dent J Suppl. 2008; (195): 7-63.

15. Ribeiro GM, Bussadori SK, Marangoni AF, Martins MD, Santos EM. Prevalência de sinais e sintomas de DTM e de hábitos deletérios em crianças. Ter man. 2009; 7(29):27-31.