

Artigo Original de Pesquisa

Nutrição e Odontologia: a prática interdisciplinar em um projeto de extensão

Nutrition and Dentistry: the interdisciplinar experience of an extension project

Rubens Nazareno GARCIA*
Elisabeth Barth ALMEIDA**
Karine de SOUZA***
Giovana VECHI****

Endereço para correspondência:

Rubens Nazareno Garcia
Universidade do Vale do Itajaí – Curso de Odontologia
Rua Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – SC – CEP 88302-202
E-mail: rubensgarcia@univali.br

* Professor Doutor do curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

** Professora mestranda do curso de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI.

*** Bolsista de extensão e acadêmica do curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI.

**** Bolsista de extensão e acadêmica do curso de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI.

Recebido em 14/2/08. Aceito em 19/3/08.

Palavras-chave:

Nutrição; Odontologia;
educação em saúde.

Resumo

Introdução e objetivos: Os objetivos deste trabalho foram avaliar o estado nutricional e de higiene oral de escolares pertencentes ao Programa AABB Comunidade e verificar a eficácia da aplicação da educação em saúde na modulação dos estados nutricional e de saúde oral. **Material e métodos:** Foram realizados levantamentos antropométricos e de higiene oral, além de atividades de educação nutricional e de saúde oral com 98 (Nutrição) e 55 (Odontologia) escolares de 8 a 15 anos. **Resultados e conclusão:** Essas atividades, bem como o reforço da alimentação por intermédio das refeições servidas na instituição, influenciaram o estado nutricional e de saúde oral dos escolares. A fase escolar é um excelente momento para a formação de hábitos alimentares saudáveis e de higiene oral que respeitem as características de cada pessoa. Os registros obtidos podem ter aplicação direta na avaliação e na reorientação do programa e também individualmente no modelo liberal das áreas profissionais envolvidas.

Keywords:

Nutrition; Dentistry; health education.

Abstract

Introduction and objective: The aim of this study was to evaluate the nutritional and oral health status of students from the AABB Community Program and to determine the effectiveness of professional orientation on modulating nutritional and oral health conditions. **Material and methods:** Anthropometric and oral health surveys were used, as well as nutritional and oral health educational sessions with 98 (Nutrition Course) and 55 (Dentistry Course) students between 8 and 15 years-old. **Results and conclusion:** These activities, as well as the nutritional reinforcement, by providing balanced meals offered by the institution, favorably influenced students' general health condition. This educational stage seems to be an adequate moment to establish healthy nutritional and oral health habits that respect each person characteristics. These data can be applied in the evaluation and development of this particular program, just as individually in the self-employed model from these two involved professional fields: Nutrition and Dentistry.

Introdução

A busca incessante pela interdisciplinaridade foi aplicada pelos autores no projeto de extensão Educação e Saúde para Crianças e Adolescentes da AABB Comunidade, inserido no Programa AABB Comunidade, no município de Itajaí (SC). O projeto caracterizou-se pela intensidade das trocas entre alunos, professores e bolsistas dos cursos de Nutrição e Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí. A relação de interdependência e as conexões recíprocas no planejamento e nas ações promoveram o rompimento das fronteiras disciplinares, fazendo com que a interdisciplinaridade fosse pensada em termos de atitude. Levando em conta as especificidades que o saber comporta, houve a intenção e a ação de partilhar um saber e um poder de que se tem consciência de não ser proprietário, ou seja, procurou-se tornar o conhecimento discursivo e acessível à compreensão de outras pessoas.

A educação é um instrumento de transformação social; não só a educação formal, mas toda ação educativa propicia a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores. As ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam proporcionar aos grupos humanos o mais alto grau de satisfação nesse setor, bem como permitir uma melhor qualidade de vida. A educação em saúde deve ser pensada como um processo capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas reais dos seus problemas e, ao mesmo tempo, criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança.

Segundo Triches e Giugliani (2005) [20], a Nutrição em Saúde Pública coordena programas

com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população e diminuir as tensões sociais, proporcionando assistência alimentar. A educação nutricional tem um papel importante em relação à promoção da saúde como um todo, e hábitos alimentares saudáveis são essenciais para a prevenção e o controle de doenças crônicas não-transmissíveis, cuja prevalência vem aumentando significativamente.

Os dados antropométricos das populações são de grande utilidade na identificação de grupos que necessitam de intervenção nutricional, na avaliação de respostas a uma intervenção, no estabelecimento de fatores determinantes de baixo peso e sobrepeso e como instrumento de vigilância nutricional, possibilitando também uma intervenção adequada de modo a auxiliar na recuperação e/ou na manutenção do estado de saúde do indivíduo [4].

Motta e Silva (2001) [12] afirmaram que a avaliação antropométrica individual é um dos indicadores de saúde da criança mais sensíveis e usados, constituindo um meio universalmente aplicável, rápido, barato e não-invasivo de determinar o estado nutricional. Em coletividades, a antropometria é um importante instrumento epidemiológico que fornece uma estimativa da prevalência e da gravidade das alterações nutricionais.

No último século, transformações significativas têm ocorrido nos padrões dietéticos e nutricionais de populações, e essas mudanças vêm sendo analisadas como parte de um processo designado de transição nutricional. No Brasil, a desnutrição vem diminuindo, e a obesidade e problemas a ela relacionados vêm aumentando. Isso ocorre por causa de mudanças nos padrões nutricionais da

população, caracterizados por uma dieta rica em gorduras e açúcar refinado e reduzida em carboidratos complexos e fibras [7].

Para Monte (2000) [11], a desnutrição infantil é uma doença de origem multicausal e complexa que tem suas raízes na pobreza. Ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, por conta da falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. Assim, na maioria dos casos, a desnutrição é o resultado de uma ingestão insuficiente ou fome e de doenças. As deficiências alimentares em crianças levam ao crescimento deficiente, aumentam a vulnerabilidade às infecções, promovem deficiências no processo de maturação do sistema nervoso e no desenvolvimento mental e intelectual, provocando desequilíbrios morfológicos e funcionais que, dependendo da intensidade e da duração, podem ser irreversíveis [5].

Mourão *et al.* (2005) [13] relatam a obesidade como uma desordem complexa e multifatorial, caracterizada por ingestão energética acima do gasto, por um período prolongado. Tem sido descrita como desordem fisiológica que pode gerar complicações clínicas, psicológicas e sociais, com características de uma epidemia global. A classe socioeconômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação. Entretanto, à medida que alimentos saudáveis, incluindo peixes, vegetais e frutas frescas, estão menos disponíveis para indivíduos de condições mais restritas, a relação entre obesidade e baixa classe socioeconômica é observada em países em desenvolvimento [9]. É indiscutível a importância do nutricionista na orientação para uma alimentação adequada e de seu papel na promoção e manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo [5].

Os profissionais da Odontologia também estão assumindo condição relevante na sociedade, no sentido de atuar como agentes, provocadores e promotores de mudanças no âmbito da saúde oral. Assim, acadêmicos e cirurgiões-dentistas podem associar-se aos professores e/ou aos técnicos em geral para desenvolver produtiva educação, orientação e motivação dos alunos, com vistas a prevenir a incidência das doenças periodontais e cárie.

Segundo Pereira *et al.* (1999) [15], o declínio especialmente da cárie dental, que se tornou aceito internacionalmente no início da década de 1980, foi reconhecido também em âmbito nacional a partir do fim da década de 90. Essa diminuição da prevalência da cárie dental foi associada ao controle da placa bacteriana, também referida como placa dental (e mais recentemente biofilme), que é o

acúmulo de bactérias da flora bucal sobre a superfície dos dentes [6], e a alterações no diagnóstico, o qual é, por excelência, a chave de um tratamento. Surgiram mudanças relacionadas ao modelo filosófico de tratamento odontológico do antigo paradigma da Odontologia restauradora, segundo o qual o importante seria restaurar qualquer possível sinal de cárie. Na filosofia ou modelo da Odontologia para promoção da saúde, o fundamental é conhecer, detectar e observar a evolução da doença, levando em consideração os primeiros sinais de desmineralização e a atividade da doença, utilizando medidas não-invasivas para paralisar ou reverter a situação. A cárie, portanto, é uma doença de alta prevalência, que provoca impacto sobre o indivíduo e sobre a sociedade, e é uma condição passível de ser prevenida [8].

Também nesse novo modelo entraram os auxílios didáticos, que influenciam de maneira eficaz na motivação dos alunos; são levadas em consideração a faixa etária e as condições socioculturais desfavoráveis. Aos componentes didáticos outros elementos poderão ser acrescentados, tais como a criatividade, a descontração, a diversão e a dramatização, com o objetivo de facilitar o aprendizado e a sedimentação das mensagens transmitidas.

Diversos índices são utilizados em Odontologia, especialmente para avaliar necessidades de tratamento e planejamento de serviços em grandes populações, como o CPO-D (para dentes cariados, perdidos e restaurados de uma população) e o CEO (cariados, extraídos e restaurados – utilizado na dentição decídua). Para uma população restrita e para avaliar a qualidade da higiene oral, uma opção é utilizar o IHO-s de Greene e Vermillion, descrito neste artigo e preconizado em 1960 [10].

Os objetivos deste projeto foram avaliar o estado nutricional e de higiene oral de escolares pertencentes ao Programa AABB Comunidade e verificar a eficácia da aplicação da educação em saúde na modulação dos estados nutricional e de saúde oral.

Material e métodos

Foram efetuados estudo do tipo longitudinal, constituído de levantamento de variáveis antropométricas e de higiene oral, e atividades conjuntas de educação nutricional e saúde oral com 98 (Nutrição) e 55 (Odontologia) escolares de 8 a 15 anos do Programa AABB Comunidade, no município de Itajaí (SC), no período de junho a novembro de 2007. O trabalho foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI (CEP) com o parecer n.º 660/2006.

Para a coleta das medidas antropométricas foram utilizadas uma balança eletrônica da marca Kratos, com capacidade de 150 kg e subdividida em 50 g, e fita seca para determinação da estatura. Para a classificação do estado nutricional utilizou-se o Índice de Massa Corpórea (IMC)/idade em percentis com os pontos de corte indicados pelo Ministério da Saúde (2004), segundo proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com as curvas de referência da National Center for Health Statistics (NCHS, 1977). As medidas antropométricas foram coletadas em dois momentos diferentes: a primeira no mês de junho de 2007 e a segunda em novembro de 2007, após a realização das atividades de educação nutricional.

Realizou-se a educação nutricional por meio de diferentes metodologias, que incluíram dinâmicas de grupo, palestras, jogos educativos, pintura, desenho e realização de exercícios com temas de Nutrição e de Odontologia. Entre esses temas destacaram-se a alimentação para as crianças, a importância das vitaminas, das fibras e dos minerais, a função dos carboidratos, das proteínas e dos lipídios e também a explanação da pirâmide dos alimentos. Para a concretização das aulas foram utilizados materiais de desenho e pintura, como lápis de cor, lápis, borracha e caneta. Para as dinâmicas em grupo e as palestras foram utilizados papel EVA, papéis coloridos, cartolina e cópias de exercícios. As aulas de educação nutricional aconteceram no refeitório da sede social da AABB em Itajaí, durante os meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2007. Elas eram realizadas duas vezes por semana (terça e quinta ou sexta-feira), com duração de uma hora, e em cada dia as turmas eram diferentes. O projeto atendia no total 98 crianças, que eram divididas em dois grupos distintos de 30 e 25 alunos. A educação nutricional em forma de aulas era preparada e ministrada por duas acadêmicas do 4.º período do curso de Nutrição da UNIVALI.

Para verificar a qualidade da higiene oral, foi aplicado o IHO-s ou Índice de Greene e Vermillon simplificado. Os dados foram coletados em dois momentos diferentes: em junho (inicial) e em novembro de 2007 (após a realização das atividades de educação em saúde oral). Foram atendidos 55 crianças e adolescentes do Programa AABB Comunidade, divididos em dois grupos distintos: de 30 alunos (grupo 1 – de 8 a 11 anos incompletos) e 25 alunos (grupo 2 – de 11 a 15 anos). Primeiramente o aluno realizava a escovação dental rotineira. Em seguida, um aplicador embebido em solução de fucsina básica era passado na superfície vestibular dos dentes 16, 26 e 11 e na superfície lingual dos

dentes 31, 36 e 46, ou dentes equivalentes na dentição decídua. Quando a criança não possuía os primeiros molares, eram verificados os segundos molares do mesmo lado. Quando havia ausência dos incisivos, utilizava-se o elemento do hemiarco oposto. Em seguida, fornecia-se água para que a criança fizesse bochecho e retirasse o excesso de corante. As faces que permaneciam coradas mostravam a presença de placa dental (biofilme). Na seqüência, era feita a leitura do grau de extensão de evidenciação da placa, obedecendo aos códigos propostos pelo índice, que variam de 0 a 3: o código 0 é dado à superfície que não apresenta placa corada; o código 1 refere-se à superfície com presença de placa em menos de 1/3 da superfície dental; o código 2 relaciona-se à superfície com placa que cobre 1/3 da superfície dental, porém sem ultrapassar os 2/3 da superfície; e o código 3 é dado à superfície com placa que cobre mais de 2/3 da superfície. Após a leitura dos códigos, estes eram somados e o resultado era dividido por 6 (que corresponde ao número de superfícies examinadas), obtendo-se assim a média de cada indivíduo, que caracterizou o nível ou índice de qualidade de higiene oral. Os valores de acúmulo de biofilme encontrados receberam os escores correspondentes: 0 = superfície isenta de biofilme; 1 = 1/3 de superfície recoberta por biofilme; 2 = 2/3 da superfície recoberta por biofilme; 3 = toda superfície recoberta por biofilme. A higiene oral do paciente foi classificada como: boa, quando o IHO-s variou entre 0 e 1; regular, quando esteve entre 1,1 e 2; e deficiente, quando o índice se encontrou acima de 2.

Diversos métodos educativos foram aplicados entre a determinação dos índices inicial e final para que os objetivos do programa fossem alcançados de forma apreciativa pelas crianças, como discussões informais sobre temas da Odontologia e da Nutrição, demonstrações em macromodelos a fim de orientar a escovação e o uso de fio dental, escovações supervisionadas com subseqüentes bochechos com fluoreto de sódio 0,05%, revelações de placa dental, exibição de cartazes explicativos e brincadeiras educativas.

As aulas de educação em saúde oral aconteceram no refeitório da sede social da AABB em Itajaí, durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2007. Elas eram realizadas duas vezes por semana (terça e quinta ou sexta-feira) com duração de uma hora, e em cada dia as turmas eram diferentes. A educação em saúde oral era preparada e ministrada por duas acadêmicas (4.º e 7.º período) do curso de Odontologia da UNIVALI.

Resultados

Os dados do estado nutricional de 98 escolares com idade entre 8 e 15 anos foram avaliados e classificados segundo o IMC/idade em dados percentuais. As tabelas I e II apresentam os resultados da 1.^a e da 2.^a avaliação nutricional.

Tabela I - Diagnóstico nutricional de escolares participantes do Programa AABB Comunidade do município de Itajaí - junho de 2007

Diagnóstico nutricional	n	%
Risco de sobrepeso	3	3,06
Eutrofia	84	85,71
Risco nutricional	6	6,12
Baixo peso para a idade	5	5,10
Total	98	100

Tabela II - Diagnóstico nutricional de escolares participantes do Programa AABB Comunidade do município de Itajaí - novembro de 2007

Diagnóstico nutricional	n	%
Risco de sobrepeso	2	2,04
Eutrofia	90	91,83
Risco nutricional	3	3,06
Baixo peso para a idade	3	3,06
Total	98	100

Os dados referentes à qualidade da higiene oral dos 55 escolares com idade entre 8 e 15 anos foram avaliados e classificados segundo os critérios do IHO-s e os decréscimos em dados percentuais. A tabela III apresenta os resultados da 1.^a e da 2.^a avaliação de higiene oral.

Tabela III - Índice de Higiene Oral simplificado de escolares participantes do Programa AABB Comunidade do município de Itajaí - junho e novembro de 2007

IHO-s	n	1. ^a avaliação	2. ^a avaliação	% decréscimo
Grupo 1 (8 anos a 11 anos incompletos)	30	1,27	0,99	22,05
Grupo 2 (11 anos completos a 15 anos)	25	1,43	0,49	65,75

Discussão

De acordo com a tabela I, grande parte dos escolares encontra-se eutrófica (85,71%, n = 84) segundo a classificação do SISVAN. Porém houve um significativo percentual de escolares com risco nutricional e baixo peso para a idade (11,22%, n = 11), superando o

percentual de risco de sobrepeso (3,06%, n = 3). A tabela II mostra que a maioria dos escolares estava eutrófica (91,83%, n = 90); esse percentual teve um aumento de 6,12% em comparação à primeira avaliação. Observa-se também que, em decorrência do aumento do número de eutróficos, houve uma diminuição dos percentuais de risco de sobrepeso, risco nutricional e baixo peso para a idade. Em um estudo semelhante, com participantes do mesmo projeto, na cidade de Viçosa (MG), Viana *et al.* (2006) [22] encontraram índices maiores de baixo peso, totalizando 22% de todos os adolescentes estudados, e o percentual de eutróficos foi de 72%.

O conhecimento e o acompanhamento da situação nutricional constituem instrumento essencial para a aferição das condições de saúde da população infantil, além de oferecer medidas objetivas das condições de vida da população em geral. A importância da avaliação nutricional decorre da influência decisiva que o estado nutricional exerce sobre a morbimortalidade, o crescimento e o desenvolvimento infantil. Embora o sobrepeso e a obesidade estejam prevalentes na maioria dos estudos com escolares [14, 19, 23], a avaliação nutricional da instituição avaliada apresentou níveis de desnutrição maiores que os de obesidade. Esse resultado pode ser relacionado às precárias condições socioeconômicas dos alunos participantes da pesquisa.

Estudos demonstram uma associação negativa entre renda *per capita* e desnutrição infantil - à medida que aumenta a renda, diminui sistematicamente a proporção de crianças desnutridas [23]. Vários fatores influenciam o comportamento alimentar, entre eles fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e manias alimentares) e internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, auto-estima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) [9].

A melhora no quadro nutricional das crianças também se deve à alimentação diária que recebem na instituição. Os escolares que participam do projeto pela manhã recebem o lanche da manhã e o almoço, e os que participam no período da tarde almoçam e fazem o lanche da tarde no local. No estudo de Viana *et al.* (2006) [22] também foi observada melhora no quadro de desnutrição e de carências nutricionais com o oferecimento de refeições nas escolas pela iniciativa do PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar), e o

mesmo ocorreu na sede da AABB. Essa melhora é significativa porque as crianças provêm de famílias carentes (geralmente de área adscrita) e muitas vezes não recebem em casa alimentos em quantidade e qualidade suficientes para o devido desenvolvimento.

Os dados da avaliação revelaram um aumento significativo do número de escolares eutróficos, diminuindo conseqüentemente os percentuais de risco nutricional, baixo peso para a idade e risco de sobrepeso. Esses resultados sugerem que a educação nutricional teve efeitos positivos, uma vez que ajudou na recuperação do estado nutricional dos estudantes que se encontravam fora dos padrões normais, concordando com Cerqueira (1985) [3], quando diz que a educação nutricional tem um papel importante na promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

As práticas de alimentação são importantes na determinação das condições de saúde na infância e estão fortemente condicionadas ao poder aquisitivo das famílias, do qual dependem a disponibilidade, a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos [1]. Segundo Sawaya (2002) [17], ainda são necessárias ações educativas em nutrição e saúde para a população brasileira, as quais podem ser realizadas nos serviços de saúde, nas comunidades e nas escolas. É necessário criar uma cultura que combata a desnutrição, levando-se em conta que ela está extremamente associada à pobreza.

De acordo com a tabela III, houve um decréscimo significativo (65,75%, n = 25) no IHO-s para os escolares com idade de 11 anos completos a 15 anos (grupo 2). Para as crianças de 8 anos a 11 anos incompletos (grupo 1), houve um decréscimo menor no IHO-s (22,05%, n = 30). Esse dado sugere que, quanto menor a idade, mais difícil é o entendimento sobre as orientações de saúde oral, ao mesmo tempo em que há também o componente coordenação motora das crianças. Para os escolares do grupo 1 o desconhecimento inicial sobre cuidados necessários de higiene oral é um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas ou idades da população da mesma forma e dificilmente é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. A literatura não apresenta um consenso do que seria um percentual de decréscimo ideal para a avaliação da melhoria na qualidade da higiene oral. No entanto, em ambos os grupos, apesar da pequena melhora do grupo 2, em média houve a mudança de higiene de regular para boa.

De acordo com Silveira *et al.* (2002) [18], é necessário destacar que o registro do índice utilizado no momento da entrada no programa e no final do ciclo de educação em saúde oral tem dupla finalidade: informar a necessidade individual da criança de melhorar seu controle de placa e servir como parâmetro de avaliação da melhoria de seu desempenho, em abordagem coletiva e comparativa do programa desenvolvido.

A redução do índice, que ocorreu em ambos os grupos, pode ser considerada satisfatória se levarmos em consideração a desorganização da placa dental, já que normalmente a escovação do aluno é feita sem o intuito de atingir um nível considerado de placa zero. Nos estudos de Valença *et al.* (2001) [21], que realizaram pesquisa semelhante comparando a redução de placa sobre as superfícies dentárias de 31 crianças de 6 a 12 anos, houve também redução significativa do índice empregado. O diferencial do estudo foi ressaltar a necessidade de motivação de pais, técnicos ou professores envolvidos no programa, ação realizada parcialmente neste trabalho. Corroborando a mesma idéia, Barros *et al.* (1998) [2] demonstraram que o processamento das informações por crianças em programas educativos de saúde parte de noções concebidas inicialmente no meio familiar e social, as quais são aprimoradas por intermédio de programas educativos.

A saúde oral, implícita na saúde integral, está relacionada também às condições socioeconômicas e culturais da população. Porto (2002) [16] afirma que a saúde oral está diretamente ligada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde oral está associada à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos.

A educação nutricional e de saúde oral registrada e efetivamente realizada durante cinco meses na instituição propiciou aos escolares um aumento dos conhecimentos sobre alimentos, nutrição e saúde oral. Essa afirmação pode ser avaliada dentro da própria instituição por professores e bolsistas de Nutrição e Odontologia que realizaram conjuntamente as atividades, pois no final do projeto as crianças estavam com mais facilidade para entender e aplicar seus conhecimentos nas atividades propostas. Essa análise também pode ser confirmada pela avaliação nutricional e de higiene oral feita antes e depois da educação em saúde com os escolares.

Conclusão

Com base nos resultados alcançados no transcorrer da pesquisa, foi possível observar que as atividades interdisciplinares de educação nutricional e saúde oral, bem como o reforço da alimentação por meio das refeições servidas na instituição, influenciaram o estado nutricional e de higiene oral dos escolares. A fase escolar é um excelente momento para a formação de hábitos alimentares saudáveis e de saúde oral que respeitem as características de cada criança ou adolescente. Os registros realizados podem ter uma aplicação direta na avaliação e na reorientação do programa, assim como individualmente no modelo liberal das áreas profissionais envolvidas.

Agradecimento

Agradecemos à Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura da Universidade do Vale do Itajaí o financiamento do projeto, e ao Prof. Marcos Aurélio Maeyama, Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho/UNIVALI e professor do curso de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí, a revisão do presente artigo.

Referências

1. Barbosa RM, Croccia C, Carvalho CG, Franco VC, Salles-Costa R, Soares EA. Consumo alimentar de crianças com base quatro na pirâmide alimentar brasileira infantil. *Revista de Nutrição*. 2005;18(5):633-41.
2. Barros AC, Azevedo ME, Silveira JL, Abreu FV. O processamento da informação a partir de uma atividade educativa de saúde bucal. *Revista Fluminense de Saúde Coletiva*. 1998;5(7):7-13.
3. Cerqueira MT. Educación en nutrición: metas e metodología. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1985;498-509.
4. Cervi A, Franceschini SC, Priore S. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Revista de Nutrição*. 2005;18(6):765-75.
5. Cruz GF, Santos RS, Carvalho CM. Avaliação dietética em creches municipais de Teresina. *Revista de Nutrição*. 2001;14(1):21-32.
6. Fejerskov O, Kidd EA. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos; 2005.
7. Guimarães LV, Barros MB. As diferenças do estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. *Jornal de Pediatria*. 2002;77(5):381-6.
8. Kramer PF, Feldens CA, Romano AR. Promoção de saúde bucal em Odontopediatria. São Paulo: Artes Médicas; 1997.
9. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*. 2004;80(3):173-4.
10. Maniçoba CR. Perfil epidemiológico da doença periodontal e higiene oral de escolares assistidos por um programa especial de Odontologia. [Dissertação – Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1990.
11. Monte CM. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(3):285-97.
12. Motta ME, Silva GA. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. *Jornal de Pediatria*. 2001;77(4):288-93.
13. Mourão DM, Monteiro JB, Hermsdorff HH, Teixeira MC. Alimentos modificados e suas implicações no metabolismo energético. *Revista de Nutrição*. 2005;18(1):19-28.
14. Oliveira AM, Cerqueira EM, Oliveira AC. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana – BA: detecção na família X diagnóstico clínico. *Jornal de Pediatria*. 2003;79(4):325-8.
15. Pereira AC, Meneghim MC, Biscaro MR, Basting RT, Pinelli C, Silva FR. Índice e necessidades de tratamento em Odontologia – um novo conceito em planejamento de serviços. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*. 1999;11(2):16-22.
16. Porto VM. Saúde bucal e condições de vida: uma contribuição do estudo epidemiológico para a inserção de atenção à saúde bucal no SUS. [Dissertação – Mestrado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2002.

17. Sawaya SM. Abordagem pedagógica. São Paulo: Salus Paulista; 2002. Coleção Vencendo a Desnutrição.
18. Silveira JL, Oliveira V, Padilha WW. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças. *Pesqui Odontol Bras.* 2002;16(2):169-74.
19. Toral N, Slater B, Cintra IP, Fisberg M. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. *Revista de Nutrição.* 2006;19(3):331-40.
20. Triches RM, Giugliani ER. Obesidade, práticas alimentares e conhecimento de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública.* 2005;39(4):541-7.
21. Valença AM, Santos ME, Amaral MA, Graça TC, Bastos VA. Promoção de saúde bucal em pacientes da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense. 2001 [acesso em 30 ago 2001]. Disponível em: URL:<http://www.odontologia-infantil.8m.com/publicacoes>.
22. Viana NL, Rodrigues GKD, Ferreira S, Franchescini SCC, Priore SE, Tinoco ALA et al. Perfil nutricional de adolescentes inscritos no Programa Integração AABB/ Comunidade em Viçosa – MG. *Nutrição Brasil.* 2006;5(5):250-5.
23. Zollner CC, Fisberg RM. Estado nutricional e sua relação com fatores biológicos, sociais e demográficos de crianças assistidas em creches da Prefeitura do Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil.* 2006;6(3).