

SAÚDE DA CRIANÇA: ESTABELECENDO COMUNICAÇÃO INTERDISCIPLINAR E RELAÇÕES INTERPROFISSIONAIS

Tania Izabel Bighetti¹
Eduardo Dickie de Castilhos
Andressa da Silva Arduim
Camila da Fonseca Haertel
Candida Soares Moreira
Juliana Silva Ribeiro
Vitória Schneider Müller

RESUMO

A efetividade das ações no campo da saúde requer uma modalidade de trabalho em equipe que integre diferentes áreas e distintos profissionais. A formação dos profissionais não tem sido suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde. As mudanças necessárias devem começar na formação profissional e dentro das academias. Visando integrar ações de acadêmicos da área da saúde, foi criado, na Universidade Federal de Pelotas, o projeto de extensão “Estratégias de atuação multiprofissional e interdisciplinar em espaços sociais”; coordenado por docentes do curso de Odontologia e envolvendo acadêmicas de Medicina, Nutrição e Odontologia. Na perspectiva conhecer um determinado público alvo e atuar de forma interprofissional e interdisciplinar, o grupo elaborou e desenvolveu um projeto de pesquisa selecionando variáveis de interesse dos três cursos. O objetivo deste trabalho é descrever a estratégia de elaboração/execução do projeto de pesquisa vinculado ao de extensão e apresentar os principais resultados. A equipe realizou encontros e identificou como objeto comum aos três cursos a saúde da criança, sendo que cada um apontou os focos principais de atuação. Foram discutidos conceitos sobre crescimento e desenvolvimento da criança, nutrição, dieta e cárie dentária, bem como medidas recomendadas para acompanhamento do público alvo. Após este processo de problematização e construção de saberes, foi elaborado o projeto de pesquisa. Tratou-se de estudo transversal com crianças de quatro a seis anos de instituição filantrópica de Pelotas/RS. Foram coletados peso (medido em quilogramas), altura (medida em centímetros) e Índice de Massa Corporal (IMC) quociente do peso/altura x altura (kg/m²), de acordo com orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS). A característica de mucosas foi medida através da observação da coloração e umidade a olho nu e a cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico, conforme critérios da OMS. Os dados foram digitados de forma dupla e validados. Avaliaram-se 54 crianças, 27 meninos e 27 meninas. A atuação interprofissional das acadêmicas na coleta dos dados e interpretação dos resultados, facilitada pela mediação dos docentes, permitiu a problematização dos conceitos construídos durante a elaboração do projeto. Concluiu-se que estas experiências deveriam ser comuns na

¹ Doutora em Saúde Pública, Professora Adjunta IV, da Unidade de Saúde Bucal Coletiva, do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.
Contato: taniabighetti@hotmail.com

universidade, pois estimulam acadêmicos e docentes a participarem ativamente na lógica interdisciplinar. Foi um grande desafio compreender a dinâmica da atuação interdisciplinar e aplicá-la ao trabalho em equipe. A maioria das crianças da instituição apresentou altura e peso adequados; sem obesidade; sem aspecto de anormalidade nas mucosas; sem alterações gengivais e sem dentes permanentes acometidos por cárie dentária. A situação de saúde geral se encontra controlada. Merecem atenção crianças que, apresentaram situações mais graves. Esta constatação feita de forma interprofissional foi uma estratégia importante para minimizar a fragmentação ainda existente na formação em saúde.

Palavras-chave: Comunicação interdisciplinar. Relações interprofissionais. Pré-escolar. Atenção integral à saúde.

CHILD HEALTH: ESTABLISHING INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION AND INTERPROFESSIONAL RELATIONS

ABSTRACT

The effectiveness of actions in the health field requires a teamwork that integrates different areas and different professionals. The professionals' education has not been sufficient to prepare them for a performance in the context of comprehensive health care and the necessary changes should start vocational training and within the academies. To integrate academic actions of health, was established at the Federal University of Pelotas the extension project "Multidisciplinary and interdisciplinary approach strategies in social spaces"; coordinated by course faculty of Dentistry and involves academic of Medicine, Nutrition and Dentistry. With a view to act in multidisciplinary and interdisciplinary way, the group drafted and developed a research project aimed at addressing children's health, discussing each concept in an interprofessional and interdisciplinary way and selecting variables of interest of the three courses. This study aimed to describe the development strategy/research project execution linked to the extension and present the main results. The interprofessional group promote meetings and identified as common intent to three courses on child health, highlighting the major focus of their area. Definitions have been discussed about the growth and development of children, nutrition, diet and dental caries, as well as recommended measures for monitoring the patients. After this process of construction of knowledges, was drafted the research project. This was cross-sectional study with children aged four to six years of philanthropic institution of Pelotas/RS. Data were collected weight, height, characteristic of mucous membranes, decay and need for treatment, biofilm and gingival changes. Collection, typing, tabulation and analysis were carried out in an interdisciplinary way. Data were entered and validated dual form. They were evaluated 54 children, 27 boys and 27 girls. The interprofessional academic performance of data collection and interpretation of the results, assisted by teachers, allowed the construction of concepts during the elaboration of the project. It was concluded that these experiences should be common at university, because they stimulate students and teachers to participate actively in interdisciplinary logic. The biggest challenge was to understand the dynamics of interdisciplinary approach and apply it to teamwork. The major part of children presented adequate height and weight; without obesity; no abnormality in the mucous membrane; without gingival changes and without permanent caries teeth. The general health situation is controlled. Deserve attention children who exhibited more severe

conditions. This interprofessional perception was an important strategy to minimize the fragmentation still exists health education.

Keywords: Interdisciplinary communication. Interprofessional relations. Child, preschool. Comprehensive health care.

SALUD INFANTIL: ESTABLECIENDO COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINARIA Y RELACIONES INTERPROFESIONALES

RESUMEN

La efectividad de las acciones en el campo de la salud requiere un tipo de trabajo en equipo que integra diferentes áreas y diferentes profesionales. La formación de los profesionales no ha sido suficiente para prepararlos para una actuación en el contexto de la atención integral a la salud. Los cambios necesarios deben iniciarse en la formación profesional y dentro de las academias. Para integrar las acciones académicas de la salud, se creó en la Universidad Federal de Pelotas el proyecto de extensión "Estrategias de abordaje multidisciplinarios e interdisciplinarios en los espacios sociales"; coordinado por docentes del curso de Odontología e involucrando académicas de Medicina, Nutrición y Odontología. Con el fin de conocer a un determinado público meta y actuar de manera multidisciplinaria e interdisciplinaria, el grupo elaboró y desarrolló un proyecto de investigación seleccionando variables de interés de los tres cursos. Este estudio tuvo como objetivo describir la estrategia de desarrollo/investigación del proyecto de investigación vinculado a la extensión y presentar los principales resultados. El equipo realizó encuentros e identificó como objeto común a los tres cursos la salud del niño, y cada uno apuntó los focos principales de acción. Se discutieron conceptos sobre crecimiento y desarrollo del niño, nutrición, dieta y carie dentaria, así como medidas recomendadas para acompañamiento del público meta. Después de este proceso de problematización y construcción de saberes, se elaboró el proyecto de investigación. Ha sido un estudio transversal con niños de cuatro a seis años de una institución filantrópica de Pelotas/RS. Los datos recogidos fueron peso (en kilogramos), altura (en centímetros) e Índice de Masa Corporal (IMC) cociente del peso/altura X altura (Kg/m^2), según orientaciones del Ministerio de Salud y de la Organización Mundial de Salud (OMS). Se midió la característica de mucosas a través de la observación de la coloración y humedad a simple vista y la carie dentaria y necesidad de tratamiento odontológico, según criterios de la OMS. Los datos fueron introducidos y validados de forma dual. Se evaluaron 54 niños, 27 varones y 27 niñas. La actuación interprofesional de las académicas en la recolección de datos e interpretación de los resultados, facilitada por la mediación de los docentes, permitió la problematización de los conceptos construidos durante la elaboración del proyecto. Se concluyó que estas experiencias deberían ser comunes en la universidad, pues estimulan académicos y docentes a participar activamente en la lógica interdisciplinaria. Fue un gran desafío comprender la dinámica de la actuación interdisciplinaria y aplicarla al trabajo en equipo. La mayoría de los niños de la institución presentó altura y pesos adecuados, sin obesidad, sin aspecto de anormalidad en las mucosas, sin alteraciones gingivales y sin dientes permanentes atacados por carie dental. La situación de salud general se encuentra controlada. Merecen atención niños que presentan situaciones más graves. Esta constatación hecha de forma interprofesional fue una estrategia importante para minimizar la fragmentación aún existente en la formación en salud.

Palabras clave: Comunicación interdisciplinaria. Relaciones interprofesionales. Preescolar. Atención integral de salud.

INTRODUÇÃO

A efetividade das ações no campo da saúde requer uma modalidade de trabalho em equipe que integre diferentes áreas e distintos profissionais. O trabalho multiprofissional pressupõe o desenvolvimento de competências de forma a transformar práticas de cuidado em saúde a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença ([NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010](#)). Atuar de forma multiprofissional significa romper o modelo centrado no trabalho individual capacitando para o trabalho em equipe onde há o compartilhamento do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e colaboração ([MORITA; KRIGER, 2004](#)). A cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo tem caracterizado novas interações no trabalho em equipe interprofissional ([BATISTA, 2012](#)). Além disso, a interdisciplinaridade promove comunicação. As disciplinas confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte. A sua complexidade consiste justamente na sua própria construção, que é impregnada por trocas e articulações mais profundas entre os diferentes elementos participantes ([MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008](#)).

A formação dos profissionais para uma atuação multidisciplinar na perspectiva da atenção integral à saúde deve começar dentro das academias ([MOYSÉS, 2004](#)). Desde o início do processo de formação e com um processo gradativo para assumir responsabilidades, deve acontecer a interação ativa do acadêmico com a população e profissionais de saúde, sempre trabalhando com problemas reais ([MORITA; KRIGER, 2004](#)). Um dos pontos de fragilidade do processo de formação dos profissionais de saúde é a pouca capacidade na formação de profissionais aptos ao efetivo trabalho em equipe, reproduzindo um modelo de atenção à saúde muito fragmentado e pouco resolutivo ([COSTA et al., 2015](#)). Cada vez mais o trabalho em saúde passou a exigir ações interdisciplinares e isto deve ser considerado para a efetivação dos pressupostos estabelecidos no Sistema Único de Saúde. No cotidiano, a interdisciplinaridade está mais no plano do desejo e menos no campo da prática ([COSTA, 2007](#)).

A atuação multidisciplinar é prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina ([BRASIL, 2001a](#)); de Nutrição ([BRASIL, 2001b](#)) e de Odontologia ([BRASIL, 2002](#)). As DCN apontam para a transformação do perfil dos futuros trabalhadores da saúde, fundamentadas no conceito ampliado de saúde; no trabalho multiprofissional e transdisciplinar; na integração entre o ensino e os serviços de saúde; no aperfeiçoamento da atenção integral à saúde da população, entre outras ([BRASIL, 2001a](#); [BRASIL, 2001b](#); [BRASIL, 2002](#); [LOPES NETO et al., 2007](#)). As DCN se amplificam na compreensão do conceito de saúde e na possibilidade de se formar um profissional capaz de fazer uma contribuição permanente para a produção da saúde da sociedade em que vive ([MORITA; KRIGER, 2004](#)).

A interdisciplinaridade surge como um dos caminhos possíveis para a transformação do ensino em saúde, articulando o cuidado, a integralidade, o controle social, a humanização e a ética. Destaca-se que atualmente a interdisciplinaridade é essencial no cuidado em saúde e um pilar fundamental nas situações de aprendizado, favorecendo a troca e a

construção do conhecimento ([BATISTA, 2006](#)). Um trabalho integrado entre profissionais da saúde tem grande impacto na vida das crianças visto que suas atitudes e hábitos refletem no processo de formação de seus conceitos e personalidade ([BIRAL et al., 2013](#)). Assim, é importante que seja superado o modelo biomédico e disciplinar da atenção em saúde através da busca de práticas cuidadoras na atenção à criança em um espaço de relações e interações profissionais ([ERDMANN; SOUSA, 2009](#)).

As dificuldades apontadas para a realização de trabalho multidisciplinar são entre outras: o fato de não ser uma prática comum na graduação, a falta de investimentos e o treinamento e interação dos profissionais de diferentes áreas ([GIL, 2005](#); [LOCH-NECKEL et al., 2009](#)). Visando integrar ações de acadêmicos da área da saúde, foi criado o projeto de extensão “Estratégias de atuação multiprofissional e interdisciplinar em espaços sociais”; coordenado por docentes do curso de Odontologia envolvendo acadêmicas de Medicina, Nutrição e Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Na perspectiva de atuarem de forma multiprofissional e interdisciplinar, o grupo elaborou e desenvolveu um projeto de pesquisa visando abordar a saúde da criança, discutindo cada conceito de forma interdisciplinar e selecionando variáveis de interesse dos três cursos. O projeto de extensão intenta trabalhar de forma interprofissional e assim funcionar como estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado. Pode ser caracterizada como uma educação interprofissional, pois compromete-se com o desenvolvimento de três competências - competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, ou seja, o respeito às especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas ([BATISTA, 2012](#)). Sendo assim, o objetivo deste estudo foi descrever a estratégia utilizada para elaboração/execução de um projeto de avaliação da saúde de crianças por estudantes de diferentes áreas de formação, visando trabalhar de forma interdisciplinar e apresentar seus principais resultados.

METODOLOGIA

Comunicação interdisciplinar e relações interprofissionais

Uma equipe constituída por cinco acadêmicas (uma do curso de Medicina, uma do curso de Nutrição e três do curso de Odontologia), supervisionadas por dois docentes do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) realizaram encontros na perspectiva de identificar a melhor estratégia para construir um processo de trabalho que permitisse atuarem de forma interdisciplinar e interprofissional, considerando a integração com a comunidade e a integralidade do cuidado. Identificaram como objeto comum aos três cursos a saúde da criança, sendo que cada um apontou os focos principais de atuação. Foram discutidos conceitos sobre crescimento e desenvolvimento da criança, nutrição, dieta e cárie dentária, bem como medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde para acompanhamento. Após este processo de problematização e construção de saberes, foi elaborado o projeto de pesquisa.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (Parecer Consubstanciado no. 673.286 de 29/05/2014). Para cada responsável foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e, em seguida, um Termo de Assentimento foi aplicado à criança para verificar seu desejo em participar.

Delineamento

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, descritivo com a coleta de dados primários.

Local do estudo

Foi realizado na Casa da Criança São Francisco de Paula, uma creche sem fins lucrativos, localizada no município de Pelotas/RS, com quadro de 18 funcionários, e que atende 186 crianças de dois a seis anos de idade. As crianças permanecem na instituição durante todo o dia, e lá recebem três refeições diárias.

População de estudo

Crianças de quatro a seis anos de idade presentes nos dias de avaliação.

Variáveis de estudo

As variáveis de estudo foram: peso (medido em quilogramas); altura (medida em centímetros); Índice de Massa Corporal - IMC (quociente do peso/altura x altura (kg/m²); e pontos de corte para idade, altura e IMC de acordo com orientações do Ministério da Saúde ([BRASIL, 2012](#)) e da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016); característica de mucosas, medida através da observação da coloração e umidade a olho nu ([BICKLEY; HOEKELMAN, 2010](#)); cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico, conforme critérios da Organização Mundial da Saúde ([ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999](#)). Durante as visitas para coleta dos dados das crianças de forma interprofissional e buscou-se observar a disponibilidade de cardápio.

Instrumentos de coleta de dados

Foi elaborada uma ficha interdisciplinar que contemplou campos para a coleta dos dados referentes às variáveis de estudo.

Digitação e tabulação dos dados e apresentação dos resultados

Os dados coletados foram digitados de forma dupla por acadêmicas dos três cursos e validados com o uso do programa *EpiData* 3.1. Foram definidas as médias, frequências relativas e absolutas das variáveis de interesse com o uso do programa *EpiData Analysis*.

RESULTADOS

Foram avaliadas 54 crianças, sendo 27 de cada sexo (Tabela 1). A média de idade foi 4,6 anos.

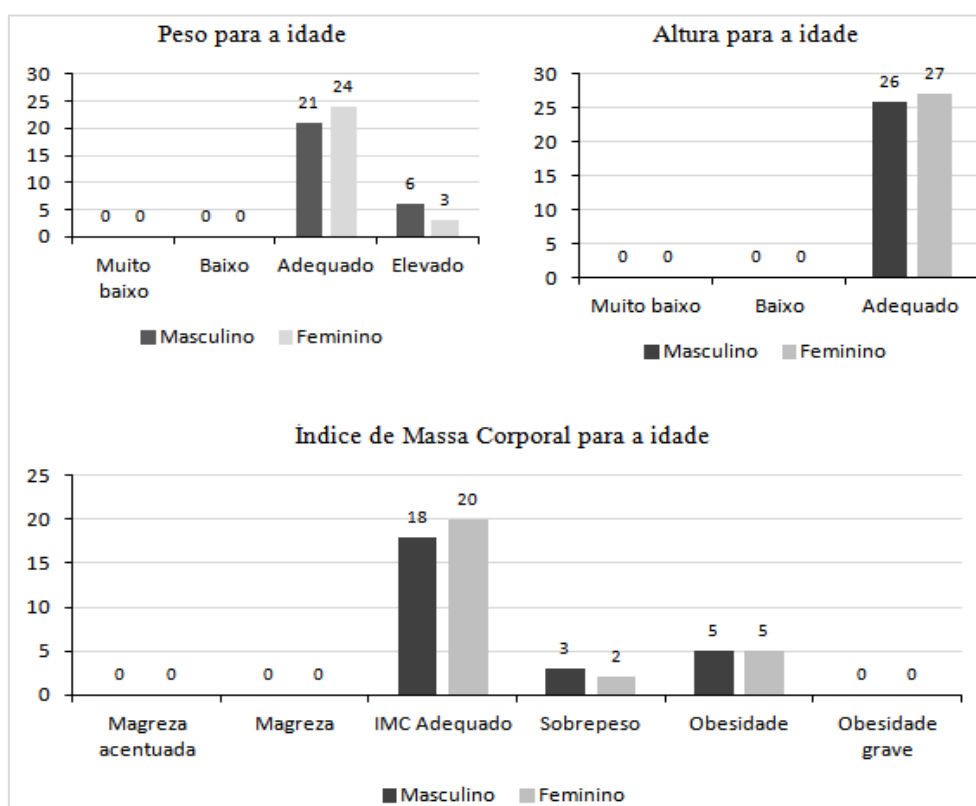
Tabela 1. Caracterização da amostra segundo sexo e idade. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas, RS, 2015.

Idade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
4	15	57,7	11	42,3	26	100,0
5	12	4,2	14	53,8	26	100,0
6	-	-	2	100,0	2	100,0
Total	27	50,0	27	50,0	54	100,0

Fonte: Os autores.

A média do peso infantil foi de 21,980kg. A média por sexo foi de 22,338kg para o masculino, enquanto para o feminino foi de 21,648kg. Considerando o *Z score* (*WAZ – weight for age*), nove crianças apresentaram peso elevado para a idade, sendo seis do sexo masculino e três do sexo feminino. As demais crianças (45) estavam com o peso adequado. Não houve crianças com peso baixo ou muito baixo (Figura 1). A média de altura no sexo feminino foi 1,15m ($\pm 0,0678$; IC 1,12-1,18m), enquanto no masculino foi 1,15m ($\pm 0,0661$; IC 1,12-1,18m). A mediana da altura foi de 1,15m no sexo feminino e 1,16m sexo masculino. A altura variou de 1,05m a 1,36m. Considerando o *Z score* (*HAZ – height for age*), todas as crianças estavam com a estatura adequada, sendo que 13 crianças obtiveram *Z score* +2, quatro crianças o *Z score* +3 e uma estava acima do *Z score* +3. Dessas, oito crianças eram do sexo masculino e dez do sexo feminino (Figura 1).

Figura 1. Caracterização da amostra segundo peso, altura e Índice de Massa Corporal para a idade (“*Z score*”). Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas, RS, 2015.



Fonte: os autores.

Os IMC das crianças variaram entre obesidade e adequado, não apresentando nenhum caso de magreza, magreza acentuada ou obesidade grave. Levando em conta os valores de referência do IMC segundo o *Z score* (*BAZ – BMI for age*) e o percentil, foram observados dez casos de obesidade, sendo cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino, e cinco casos de sobrepeso, sendo três meninos e duas meninas. A prevalência de sobrepeso foi de 9,4% e de obesidade foi de 18,9%. As outras 38 crianças estavam classificadas como IMC adequado para a idade (Figura 1). Em relação à alimentação, não foi possível observar a disponibilidade de cardápio durante as visitas para avaliação das crianças.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra em relação às categorias do IMC, e às condições gerais e de saúde bucal. Em relação ao IMC observou-se que não houve diferenças entre os sexos. A maioria das crianças apresentou mucosas úmidas e coradas, sem diferenças entre eutróficas, com sobrepeso e obesas. Apresentaram biofilme dental 26 crianças (48,1%). Observou-se que 71,4% das que tinham sobrepeso, apresentaram biofilme dental. Apenas duas crianças apresentaram gengivite, sem diferenças entre eutróficas, com sobrepeso e obesas. Apresentaram cárie dentária 19 crianças (35,2%). Observou-se que 12,2% das obesas, tinham cárie dentária.

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo categorias do Índice de Massa Corporal, condições gerais e de saúde bucal. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas, RS, 2015.

Variável	Eutrófico		Sobrepeso		Obeso	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	20	52,6	2	42,9	5	55,6
Masculino ¹	18	47,4	3	57,1	5	50,0
Mucosa corada²						
Sim	34	91,9	5	100,0	8	100,0
Não	3	8,1	-	-	-	-
Mucosa úmida²						
Sim	37	100,0	5	100,0	8	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Biofilme dental						
Sim	17	44,7	5	71,4	4	44,4
Não	21	55,3	2	28,6	5	55,6
Gengivite						
Sim	1	2,6	-	-	1	11,1
Não	37	97,4	7	100,0	8	88,9
Cárie dentária						
Sim	14	26,8	3	42,9	2	12,2
Não	24	63,2	4	57,1	7	77,8

¹Uma criança do sexo masculino não participou da avaliação nutricional. Fonte: Os autores.

²Quatro crianças não tiveram suas mucosas avaliadas.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das necessidades de tratamento odontológico por criança e por dente.

Tabela 3. Necessidades de tratamento odontológico por criança e por dente. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas, RS, 2015.

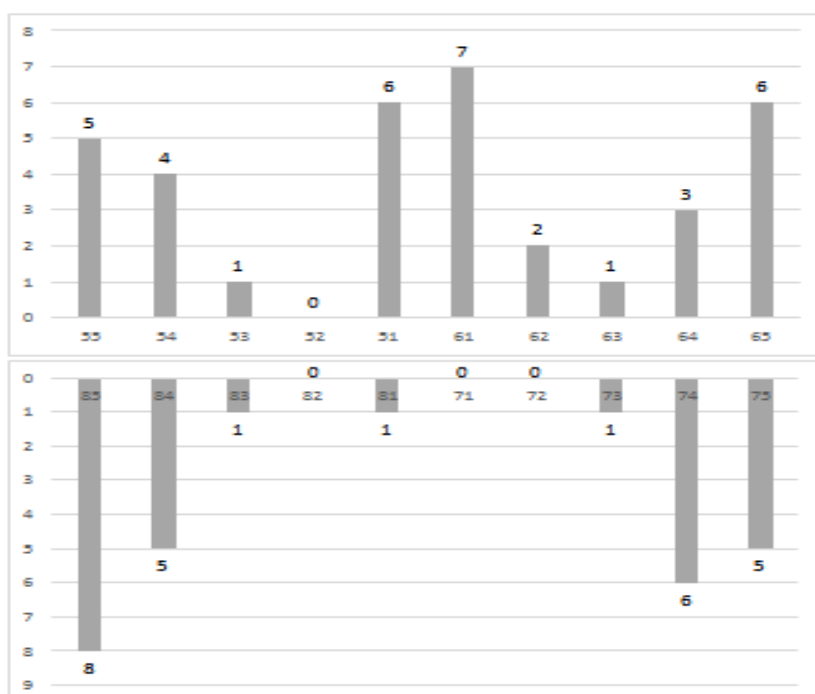
Tipos	Necessidades de tratamento odontológico Por criança ³		Por dente	
	n	%	n	%
Restauração de 1 superfície	14	*	38	51,4
Restauração de 2 superfícies	12	*	26	35,1
Exodontia	1	*	2	2,7
Remineralização de mancha branca	6	*	8	10,8
Total	*	*	74	100,0

³O percentual das necessidades de tratamento por criança não é apresentado*, pois uma criança poderia apresentar diferentes tipos de necessidade. Fonte: Os autores.

Apresentaram experiência de cárie 19 crianças (35,2%), sendo que 86,5% dos dentes acometidos por cárie necessitavam de restauração de uma ou duas superfícies. A necessidade de remineralização de mancha branca de cárie estava presente em seis crianças e oito dentes (Tabela 3). Em relação à cárie dentária, observou-se que a média do ceod foi de 1,22 (IC: 0,66-1,79) e CPOD de 0,05 (IC: 00,5-0,16). Houve maior prevalência do componente “cariado” para os dentes decíduos (94,3% dos dentes com experiência de cárie).

A Figura 2 apresenta a distribuição dos dentes decíduos afetados por cárie, onde cada barra representa um dente e sua respectiva numeração. O grupo de dentes decíduos mais acometidos pela doença cárie foi o de molares (dentes 54, 55, 64, 65, 74, 75, 84 e 85), seguidos pelos incisivos centrais superiores (dentes 51 e 61).

Figura 2. Distribuição dos dentes decíduos (55 a 85) cariados segundo grupo de dentes. Casa da Criança São Francisco de Paula, Pelotas, RS, 2015.



Fonte: os autores

Em relação aos dentes permanentes, onze crianças os apresentavam (20,8%), e destas, apenas uma apresentou lesão de cárie (CPOD=3) nos dentes 16, 36 e 46.

DISCUSSÃO

A escolha do tema “saúde da criança” permitiu, na prática, a discussão, de forma interdisciplinar e interprofissional, de conceitos e do papel dos profissionais da área da saúde (COSTA, 2007; BATISTA, 2012), bem como das políticas públicas voltadas a este grupo populacional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011).

A distribuição das crianças por sexo foi equilibrada, 27 meninos e 27 meninas, assim como acontece na população brasileira nessa faixa etária (BRASIL, 2010). Com

relação aos dados antropométricos, nove crianças apresentaram peso elevado para a idade, seguindo o *score* WAZ, evidenciando a necessidade de prevenção da obesidade infantil; uma vez que essa predispõe a um aumento da prevalência durante a vida adulta ([FAGUNDES, 2008](#); [CARVALHO et al., 2009](#)). A adoção de hábitos saudáveis em crianças e adolescentes reduz a severidade das doenças de forma mais efetiva do que mudanças realizadas na idade adulta ([CARVALHO et al., 2009](#)). Neste estudo, não houve crianças com peso muito baixo. A prevalência de obesidade ou sobrepeso na amostra estudada foi de 28,3%, sendo diferente do estudo de [Carvalho et al. \(2009\)](#), no qual a prevalência foi de 16,6%. A prevalência de obesidade e sobrepeso entre os sexos foi semelhante, como observado nos estudos de [Fagundes \(2008\)](#) e [Carvalho et al. \(2009\)](#). É reconhecida a importância de cardápios para satisfação de necessidades nutricionais e formação de hábitos saudáveis ([GABRIEL et al., 2012](#)). Cabe destacar que os cardápios escolares devem levar em conta características como acessibilidade física e financeira, além de propriedades organolépticas e segurança sanitária ([BRASIL, 2008b](#)). No caso da instituição filantrópica que em grande parte trabalha com alimentos doados, deve-se priorizar a saúde das crianças além de considerar a sua disponibilidade. Como não foi observado um cardápio fixo na instituição, não foi possível realizar o cruzamento de informações acerca da alimentação oferecida e do estado nutricional dos escolares. Considerando a importância da família e da mídia ([FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009](#)), uma hipótese a ser investigada nos casos de obesidade e sobrepeso pode ser a falta de controle da alimentação quando a criança não está na instituição.

De acordo com [Lima et al. \(2010\)](#) e [Batista Filho; Rissin \(2003\)](#), a desnutrição está em franco declínio. Nos últimos três decênios ocorreu no Brasil uma redução nos valores de prevalência de desnutrição próximos de 25%, o que representa uma mudança rápida da situação. Esses dados vão ao encontro dos achados desta pesquisa, uma vez que nenhuma criança apresentou quadro de desnutrição de acordo com a relação altura/idade. O resultado obtido pode ser considerado normal, tendo em vista as mudanças de perfis da sociedade devido à transição epidemiológica no quesito nutricional. Porém, de acordo com [Coutinho, Gentil e Toral \(2008\)](#) a obesidade e a desnutrição ainda coexistem, diferenciando-se deste estudo.

Todas as crianças avaliadas apresentaram estatura dentro da normalidade ([WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016](#)), o que difere de outros estudos mais antigos ([POST; VICTORA; BARROS, 1999](#); [NEVES et al., 2006](#)) que apresentavam déficit de estatura infantil, respectivamente de 20,6% e 7,8%. Segundo a [World Health Organization \(2015\)](#), 24,5% das crianças do mundo apresentam retardo no crescimento. No Brasil e na região Sul esta proporção é respectivamente de 7% e 8,5% ([BRASIL, 2006](#)). Sendo assim, considera-se positivo o fato de as crianças da instituição não apresentarem déficit de altura.

Não foi encontrada associação entre obesidade e cárie dentária, reforçando as conclusões de [Silva et al. \(2013\)](#) segundo os quais não existem evidências de associação entre esses fatores. No caso da saúde bucal, é destacado que a cárie dentária em pré-escolares ainda é um problema de saúde pública, uma vez que afeta comunidades desfavorecidas nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento ([RIBEIRO; OLIVEIRA; ROSENBLATT, 2005](#)). Através da avaliação das necessidades de tratamento, foi possível observar a presença de lesões de mancha branca de cárie dentária em 18,2% das crianças. O diagnóstico precoce das lesões de cárie ainda em estágio reversível e a avaliação de fatores determinantes auxiliam na determinação de risco de cárie tornando o tratamento mais simples, menos invasivo e de menor custo, envolvendo uso de flúor e mudanças de

comportamento em relação à dieta e à higiene bucal ([COUTO et al., 2005](#)). As crianças realizam escovação orientada pelos cuidadores da instituição. Porém, os resultados relativos à presença de biofilme dental apontaram sua presença em 48,1% das crianças. Este aspecto que merece atenção, visto que o biofilme dental predispõe ao aparecimento de lesões cárie ([SANTOS; RODRIGUES; GARCIA, 2003](#); [SANTOS; CAPUCHO; SOARES, 2008](#)).

Uma das limitações deste estudo foi o fato de se ter optado por uma padronização e não uma calibração das acadêmicas em relação aos critérios das variáveis estudadas. No caso das mucosas, foram avaliadas sem escalonamento e nem local (ocular ou oral) definido previamente. As acadêmicas usaram como critério para a escolha do local a visualização mais acessível, considerando as dificuldades de se trabalhar com crianças desta faixa etária. Foi possível a identificação de algum grau de alteração que deve ser analisado com cautela. É notória a importância da inspeção geral, pois propicia informações sobre sinais de carências nutricionais. Especificamente o exame de mucosas permite uma avaliação geral sobre nível de hidratação do paciente e anemia, através do grau de umidade e coloração respectivamente ([BICKLEY; HOEKELMAN, 2010](#)).

Com base nos resultados obtidos de forma coletiva, cabe investigar de forma individualizada as crianças que têm peso elevado, com presença de obesidade, mucosa hipocorada, alterações gengivais, mancha branca de cárie dentária e dentes permanentes cariados. A presença de biofilme dental em praticamente metade das crianças e alta prevalência de dentes decíduos cariados indicam a necessidade de cuidados na dieta e higiene bucal. Dessa maneira, as ações a serem desenvolvidas na instituição devem ser interdisciplinares e interprofissionais. Na área médica, os responsáveis pelas crianças que estiverem com crescimento fora do percentil padrão deverão ser informados sobre sua condição, a necessidade de acompanhamento periódico e conscientização dos pais/cuidadores por meio de conversas direcionadas. Em relação às questões nutricionais, caso a alimentação que as crianças recebem necessite de melhorias, a equipe da cozinha deverá receber orientações para um preparo adequado dos alimentos através de oficinas visando a elaboração de cardápios, de forma que contemplem as necessidades nutricionais diárias das crianças. Na área odontológica, deverão ser realizados tratamentos restauradores e de controle (ex.: Tratamento Restaurador Atraumático - TRA), escovação dental supervisionada com dentifrício fluoretado e aplicação tópica de gel fluoretado. Atividades educativas para professores, pais/cuidadores e crianças deverão ser realizadas de forma interdisciplinar e interprofissional e outras áreas poderão ser incluídas no processo, como Educação Física, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social.

Embora a literatura científica dos últimos dez anos apresente limitações em relação a trabalhos com abordagem interdisciplinar, no caso deste estudo esta abordagem aconteceu. Isto representa um grande desafio para a universidade que além de compatibilizar as grades dos diferentes cursos da saúde em disciplinas comuns, terá a atribuição de buscar estratégias de capacitação para os docentes.

Considerando as limitações deste trabalho e seus objetivos, foi possível avaliar através da atuação interprofissional e interdisciplinar que a situação de saúde das crianças da instituição está controlada, e que merecem atenção crianças que, embora em pequeno número, apresentam situações mais graves. Estes resultados permitirão o melhor direcionamento das atividades do projeto de extensão.

CONCLUSÃO

A construção do projeto e o desenvolvimento da pesquisa permitiram que acadêmicas com habilidades diferentes e complementares se comunicassem e interagissem na lógica de atuar em uma missão comum, percebendo não haver fronteiras entre disciplinas quando se tem o mesmo objetivo. No caso, a identificação de uma linha de cuidado (saúde da criança), possibilitou o desenvolvimento de competências de forma a transformar suas práticas a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença. Gradativamente, o grupo foi amadurecendo e informações a princípio fragmentadas foram tomando “corpo”. Este aprendizado interprofissional está em constante transformação certamente irá refletir no olhar integral sobre o ser humano e sua saúde. Embora a atuação multiprofissional e interdisciplinar esteja contemplada nas DCN dos cursos da saúde, este é um grande desafio para a universidade. O maior desafio do projeto foi compreender a dinâmica da atuação interdisciplinar e aplicá-la ao trabalho em equipe, não fragmentando as áreas de atuação de cada profissional e sim interligando-as e multiplicando conhecimento. Estas experiências deveriam ser comuns na universidade, pois estimulam acadêmicos e docentes a participarem ativamente na lógica interdisciplinar e assim a ver o paciente como todo.

Submetido em 07/12/2016

Aceito em 05/11/2018

REFERÊNCIAS

[BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A.](#) A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, jan. 2003.

[BATISTA, N. A.](#) Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012.

[BATISTA, S. H. S.](#) A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, 2006.

[BICKLEY, L. S.; HOEKELMAN, R. A.](#) **Bates propedêutica médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 965 p.

[BIRAL, A. M. et al.](#) Cárie dentária e práticas alimentares entre crianças de creches do município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 37-48, jan./fev. 2013.

[BRASIL.](#) Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Secretaria de Educação à Distância. **Programa Nacional de Formação Continuada**. 2. ed. Brasília: MEC, FNDE, SEED, 2008a. 112 p.

[BRASIL.](#) Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em: 11 abr. 2015.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16 p.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 210 p.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 71 p.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 271 p.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 48 p.

[BRASIL](#). Ministério da Educação. Resolução CNS/CES nº 4, de 7 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 38.

[BRASIL](#). Ministério da Educação. Resolução CNS/CES nº 5, de 7 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 39.

[BRASIL](#). Ministério da Educação. Resolução CNS/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002. Seção 1, p. 10.

[CARVALHO, M. F. et al.](#) Correlação entre a merenda escolar, obesidade e cariogenicidade em escolares. **Odonto**, São Bernardo do Campo, v. 17, n. 34, p. 56-63, jul./dez. 2009.

[COSTA, R. P.](#) Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

[COSTA, M. V. et al.](#) Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, p. 709-720, ago. 2015. Suplemento 1.

[COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N.](#) A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S332-S340, 2008. Suplemento 2.

[COUTO, G. B. L. et al.](#) Prevalência de cárie, mancha branca e placa visível em crianças de 0 a 36 meses assistidas pelo Programa de Saúde da Família na cidade de Camaragibe/PE.

Odontologia Clínico-Científica, Recife, v. 4, n. 1, p. 19-27, jan./abr. 2005. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/pt/lil-428065>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-160, 2009.

FAGUNDES, A. L. N. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 212-217, set. 2008.

FREITAS, A. S.; COELHO, S. C.; RIBEIRO, R. L. Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. **Saúde & Ambiente em Revista**, Duque de Caxias, v. 4, n. 2, p. 9-14, jul./dez. 2009.

GABRIEL, C. G. et al. Planejamento de cardápios para escolas públicas municipais: reflexão e ilustração desse processo em duas capitais brasileiras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 363-372, maio/jun. 2012.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

LIMA, A. L. L. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010.

LOCH-NECKEL, G. et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1463-1472, set./out. 2009. Suplemento 1.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 17-21, jan./dez. 2004.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 30-37, jan./dez. 2004

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, abr. 2010.

LOPES NETO, D. et al. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 627-

634, nov./dez, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/02.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

[NEVES, O. M. D. et al.](#) Antropometria de escolares ao ingresso no ensino fundamental na cidade de Belém, Pará, 2001. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, p. 39-46, jan./mar. 2006.

[ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE](#). **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999. 53 p.

[WORLD HEALTH ORGANIZATION](#). Growth reference data for 5-19 years. Geneva: WHO, 2016. Disponível em <http://www.who.int/growthref/en/>. Acesso em: 7 dez. 2016.

[WORLD HEALTH ORGANIZATION](#). **World Health Statistics 2015**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1. Acesso em: 24 ago. 2015.

[POST, C. L. A.; VICTORA C. G.; BARROS, C. J. D.](#) Baixa prevalência de déficit de peso para estatura: comparação de crianças brasileiras com e sem déficit estrutural. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 575-585, dez. 1999.

[RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, A. A.; ROSENBLATT, A.](#) Cárie precoce na infância: prevalência e fatores de risco em pré-escolares, aos 48 meses, na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1695-1700, nov./dez. 2005.

[SANTOS, P. A.; RODRIGUES, J. A.; GARCIA, P. P. N. S.](#) Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. **Ciência Odontológica Brasileira**, São José dos Campos, v. 6, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2003.

[SANTOS, A. E. M.; CAPUCHO, L. C.; SOARES, L. E. S.](#) Tratamento de lesões de mancha branca em esmalte dental: revisão de literatura. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 12, ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 8 e ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA JÚNIOR, 2., 2008, São José dos Campos. Anais eletrônicos... São José dos Campos: UNIVAP, 2008. p. 1-4. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC1143_01_O.pdf Acesso em 29 agosto de 2016.

[SILVA, A. E. et al.](#) Obesidade e cárie dentária: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 799-812, 2013.