



## 5º Simposio de Ensino de Graduação

### DESNUTRIÇÃO - UMA VISÃO MAIS AMPLA

#### Autor(es)

ANA PAULA TONETO NOVAES

#### Orientador(es)

ÉRIKA MARRAFON RODRIGUES

#### 1. Introdução

A família é o núcleo básico de ação do PSF, portanto as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde, expandem o conhecimento acerca das condições de vida da população, além de possibilitarem a oferta de uma assistência mais contínua e mais presente. Cria vínculos com essa aproximação entre comunidade e profissionais da saúde, elevando a aceitação do programa pelas pessoas (SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M., 2003).

Marcon et al. (2002) apud Radovanic et al. (2004) referem que famílias relataram que é de fundamental importância a presença do profissional de saúde, envolvendo apoio, companheirismo e ajuda emocional. Ressaltam que ir ao domicílio e verificar no local a realidade vivenciada pela família facilita a delimitação de metas e objetivos a serem traçados para minimizar as dificuldades da família, assim como no planejamento de cuidados necessários e condizentes com a realidade.

Os primeiros anos de vida de uma criança correspondem à fase mais dinâmica do processo do crescimento na infância, estando vulneráveis aos agravos sociais, econômicos e ambientais. Nos países em desenvolvimento um dos maiores problemas de saúde é a desnutrição (OLIVEIRA, A.O.; et al., 2006).

A desnutrição pode ser definida como uma condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais. Alguns resultados obtidos pela PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição), indicam que 31% das crianças brasileiras menores de 5 anos são desnutridas. Nos seis primeiros meses de vida, a ocorrência da desnutrição já é alta (21,8%). Em muitos casos, isso ocorre porque as mães acabam não amamentando os filhos até o sexto mês, ou então porque elas geralmente complementam com alimentos inadequados o aleitamento materno nesse período (RECINE, E.; RADAELLI, P.).

Estima-se que 38,1% das crianças menores de cinco anos de idade apresentam déficit grave no indicador antropométrico altura/idade, e o déficit no indicador peso/idade atinge 31% delas (WHO, 1997 apud OLIVEIRA, A.O.; et al., 2006).

Refletem no estado nutricional infantil basicamente o consumo alimentar e o estado de saúde da criança. “Esses fatores dependem da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade do ambiente e do cuidado destinado à criança. Essa situação requer da família uma sobrecarga de responsabilidade que, na

maioria das vezes, não está ao seu alcance, pois se relaciona principalmente com a renda familiar e a necessidade de serviços públicos de saúde comprometidos com a clientela, o que no Brasil ainda é utopia” (FROTA, M.A.; BARROSO, M. G. T., 2005).

Sendo assim, a desnutrição infantil deve ser vista de forma mais abrangente, observando todo o contexto familiar no qual a criança está inserida. Varia de acordo com a pessoa, o local onde vive, o nível socioeconômico, político, a formação religiosa e, ainda, a questão cultural. Tudo isto vai influenciar no modo de cuidar da criança desnutrida (FROTA, M.A.; BARROSO, M. G. T., 2005).

O estado nutricional promove influência decisiva nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil, tornando importante uma avaliação nutricional dessa população mediante procedimentos diagnósticos que possibilitem precisar a grandeza, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, assim como identificar os grupos de risco e as intervenções adequadas (CASTRO, T. G.; et al., 2005).

A antropometria, por ser um método de fácil execução e baixo custo, tem-se revelado o mais utilizado para o diagnóstico nutricional populacional, principalmente na infância (TEIXEIRA, J. C.; HELLER, L., 2004).

Antes da formulação e implementação de qualquer programa de intervenção nutricional, alguns autores ressaltam a importância de conhecer a prática alimentar de crianças, para avaliar adequadamente o impacto da medida implementada. As pesquisas de consumo alimentar constituem instrumentos eficazes e de baixo custo, que permitem a obtenção de informações sobre as características da ingestão dietética determinando, de forma indireta, o estado nutricional de grupos ou indivíduos, além de mensurar com maior precisão a quantidade de alimentos efetivamente consumida por estes (CAVALCANTE, A.A. M.; et al., 2006).

O tratamento de um indivíduo desnutrido irá variar de acordo com a gravidade da doença, sendo os principais objetivos a recuperação do seu estado nutricional, normalização das alterações orgânicas ocasionadas pela desnutrição e, promoção do crescimento e o ganho de peso (RECINE, E.; RADAELLI, P).

Ao se implantar uma estratégia de educação em saúde que apenas se proponha a prover informações aos indivíduos para promover uma decisão informada sobre os riscos à saúde, o indivíduo passa a ser o maior responsável pela sua saúde, ou melhor, o “culpado pela sua doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, verifica-se que a educação, no contexto domiciliar, permite a promoção da saúde e a qualidade de vida das crianças e de seus familiares (XIMENES, L. B.; et al., 2004).

## **2. Objetivos**

---

- Conhecer o perfil familiar da criança baixo peso/desnutrida.
- Sensibilizar os pais das crianças quanto à alimentação saudável, balanceada.
- Promover orientações qualitativas para os pais em relação às preparações feitas para as crianças.
- Acompanhar o ganho de peso em avaliações antropométricas realizadas mensalmente na unidade.

## **3. Desenvolvimento**

---

Participaram do estudo três crianças baixo peso/desnutridas que freqüentam a Unidade de Saúde da Família - Jardim Astúrias, foram selecionadas aquelas com maior risco e, que fossem acompanhadas no período de fevereiro a junho, correspondente ao tempo de estágio. As crianças receberam visitas quinzenais.

Nestas visitas foram realizadas orientações com os pais das crianças, após conhecer a situação sócio-econômica da família. Estes comprometeram-se a colaborar com a saúde do filho e ajudar a cumprir a meta de ganho de peso. Esta meta foi verificada pelas avaliações antropométricas mensais realizadas na própria unidade. Sendo assim, em cada visita houve conversas com os responsáveis sobre a evolução da visita anterior.

Foram entregues planos alimentares com sugestões de preparações ricas em nutrientes e de fácil acesso, de acordo com a situação de cada família para a recuperação do peso das crianças.

Duas crianças na faixa de um ano passam o dia em casa sob cuidado das mães. A outra estuda período

integral em creche municipal. Para esta criança, foi realizada visita na creche por um período de um dia. O objetivo consistia em avaliar com veracidade o que esta criança comia ao longo do dia através de um registro alimentar de três dias. Após consentimento da diretora, ela foi avaliada de longe durante a refeição para que não ficasse constrangida.

A professora do aluno foi capacitada para realizar o registro alimentar da criança nos outros dois dias. Também foram realizadas atividades com as classes da creche, utilizando frutas e legumes feitos de E.V.A., estimulando o consumo destes alimentos e orientando para uma alimentação colorida.

#### 4. Resultados

A redução da desnutrição depende de intervenções integradas envolvendo política e sociedade, visando a diminuição da pobreza e conseqüentemente melhorando a qualidade de vida das famílias menos favorecidas.

Reduzir cada vez mais a população de crianças baixo peso/ desnutridas, é uma meta desafiadora. O profissional de saúde tem o dever de contribuir para a prevenção e promoção da saúde e, muito ainda tem de ser feito para que o Brasil tenha um quadro positivo de crianças saudáveis.

Gráfico 1. Comparação e evolução do ganho ponderal segundo análise da relação Peso / Idade de K.S., assistida pela Unidade de Saúde da Família – Jardim Astúrias

K. S. tem 4 anos, sexo feminino, 2 irmãos, vive em situações precárias, a mãe é analfabeta e dona-de-casa. O pai é servente de pedreiro e passa o dia fora de casa.

A criança estuda em período integral numa creche municipal e faz apenas o jantar em casa. A mãe queixa-se muito da ausência do pai e de sua falta de atenção para com os filhos.

A família recebe o Bolsa-família, mas o dinheiro não é destinado para a alimentação.

Ao se criar ações no combate a pobreza, o quadro de desnutrição no país será revertido de forma satisfatória. Contudo, países em desenvolvimento reforçam que investimentos em educação, saneamento do meio e cuidados básicos de saúde, além do monitoramento do estado nutricional infantil e a detecção e correção precoces da desnutrição, será essencial para se alcançar a definitiva erradicação do problema (MONTEIRO, C.A., 2003).

Pode-se analisar que o ganho ponderal desta criança foi pequeno, isto porque durante o plano de ação ela apresentou um quadro de verminoses, totalizando três tipos diferentes de vermes. A mãe foi orientada em relação a higiene pessoal e alimentar.

Foi estimulada a dar maior atenção a saúde dos filhos, levando responsabilidade ao marido, quanto a disponibilidade de dinheiro para compras de alimentos de melhor valor nutricional, pois segundo sua falas: “Ovo é todo dia, não compra outra coisa, é só isso de mistura, mas as vezes não tem também.”

Gráfico 2. Comparação e evolução do ganho ponderal segundo análise da relação Peso / Idade de R.D.A., assistido pela Unidade de Saúde da Família – Jardim Astúrias

R.D.A. é filho único, 1 ano e três meses de idade, sexo masculino. A mãe tem 21 anos, dona-de-casa. O pai é mecânico e trabalha fora o dia inteiro.

A mãe amamentou R.D.A. por apenas 1 mês, oferecendo leite infantil em pó. O bebê recusou e então passou a tomar leite de vaca fluído com frutas.

A mãe se contradiz em alguns momentos, como por exemplo, quando se refere a alimentação de seu filho: “Ele não tem fome, ele não quer comer”, e outras vezes, “Não sei porque ele não ganha peso, ele come muito, eu entochou comida nele”.

Percebe-se que a mãe é uma pessoa frustrada. Ela sempre relata que é muito nova, que só o marido tem diversão e que só ela tem que cuidar da criança. Baseado nesses fatos conclui-se que o filho é um “peso” em sua vida. Segundo Frota & Barroso (2005), normalmente é a mãe quem assume as responsabilidades dos filhos, pois nem sempre pode contar com o apoio do pai da criança.

No período do plano de ação, o ganho de peso foi satisfatório.

Foi proposto um cardápio balanceado. Por um dia a família foi acompanhada por uma estagiária para analisar a conduta da mãe quanto à oferta de alimentos ao filho. Este foi um trabalho muito envolvido com o emocional. Portanto, se faz necessário que as estratégias educativas aproximem os profissionais com o contexto existente em torno de problemas específicos de saúde–doença, evitando assim um atendimento centrado apenas no biológico (FROTA, M.A.; BARROSO, M. G. T., 2005).

Gráfico 3. Comparação e evolução do ganho ponderal segundo análise da relação Peso / Idade de R.S.E., assistido pela Unidade de Saúde da Família – Jardim Astúrias

R.S.E. tem 1 anos e 7 meses, sexo masculino, foi amamentado até 1 ano e 3 meses. Apresentou quadro de anemia, mas tratou.

A mãe é dona-de-casa e o pai trabalha fora. A casa é um local muito precário, insalubre. Nota-se que há falta de cuidados em relação a higiene e segurança. Junto com a criança ficam andando livremente pela casa um pit-bull e um gato. De acordo com Monte (2000), a redução na prevalência da desnutrição infantil requer ação específica abrangendo além da área de saúde, a segurança alimentar e, principalmente os cuidados com a mãe para que ela possa cuidar bem da sua criança.

Foram dadas orientações para a mãe quanto à higiene pessoal e cuidado com os alimentos. Foi passado um plano alimentar, mas a mãe numa posição negativa sempre dizia: “Ele não gosta!”. Sendo assim, pode ser que pelas atitudes da mãe, o ganho ponderal foi pequeno, mas felizmente ocorreu.

## 5. Considerações Finais

---

As crianças acompanhadas nesta pesquisa tiveram ganho ponderal significativo, tendo em vista que a sensibilização maior deve ocorrer com os pais. Orientação nutricional e estímulo ao aleitamento materno deverão ser estratégias realizadas para prevenir distúrbios nutricionais.

O envolvimento por parte dos profissionais deve ser de forma crítica e consciente, na prevenção e promoção da saúde, pois são considerados educadores responsáveis por lutar pela saúde de toda população, inclusive daqueles excluídos pela sociedade em posição sócio-econômica inferior.

A partir da realização deste projeto, foi possível perceber a importância dos profissionais de saúde no contexto domiciliar, procurando conhecer cada vez mais os aspectos sociais, econômicos e culturais em que as crianças se desenvolvem. Entretanto, o governo tem papel fundamental no combate à desnutrição e outros distúrbios nutricionais, por meio de ações que atinjam a população como um todo, através de diversos meios de comunicação, usufruindo mais adequadamente dos recursos financeiros.

## Referências Bibliográficas

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p.- (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CASTRO, T. G.; et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. Rev. Nutr. v. 8. n.3. maio/jun, 2005.

CAVALCANTE, A. A. M. Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. Rev. Nutr. v. 19. n.3 mai/jun, 2006.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Repercussão da desnutrição infantil na família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 13. n.6. nov/dez, 2005.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. Jornal de Pediatria. V.76. n.3, 2000.

OLIVEIRA, V. A.; et al. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de

dois anos. Rev. Saúde Pública. v. 40. n.5. out, 2006.

RADOVANIC, C.A.T.; et al. Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a vida na Vila Esperança”. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá. v.26, n.1, 2004.

RECINE, E.; RADAELLI, P. Obesidade e Desnutrição. Brasília NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS/MS.

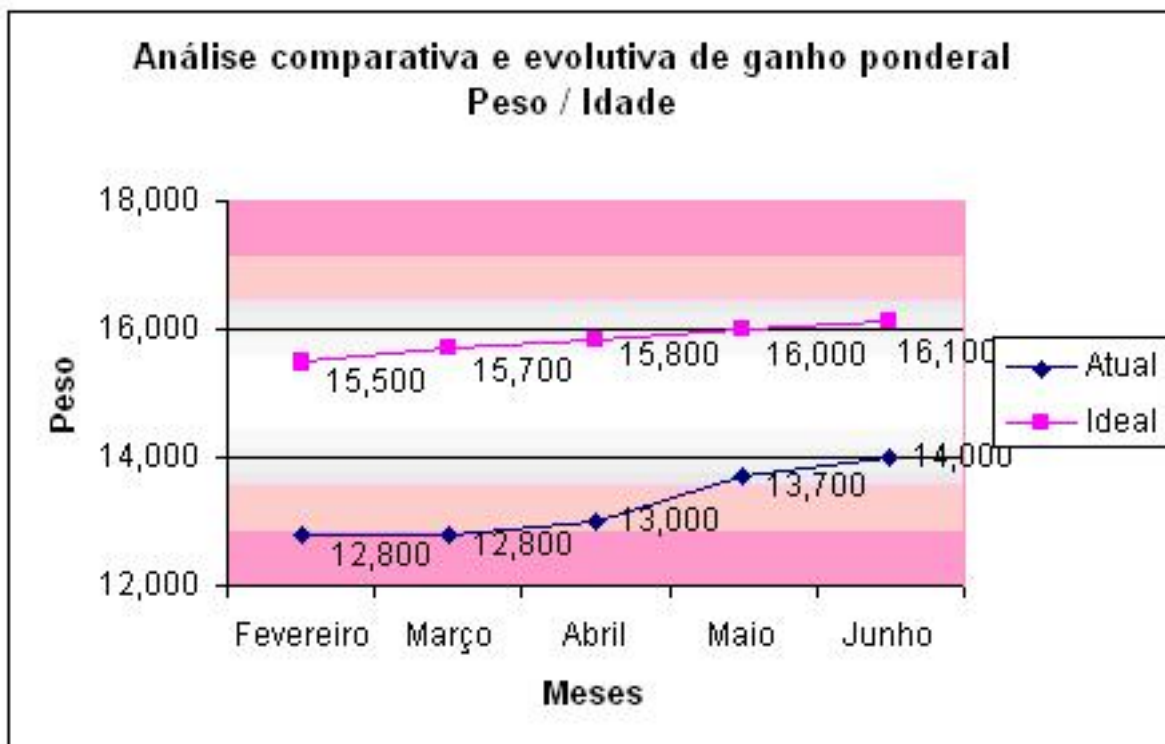
SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estudos de Psicologia. v.8, n 3, 2003.

TEIXEIRA, J. C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. Rev. Bras. Epidemiol. v. 7. n.3. set, 2004.

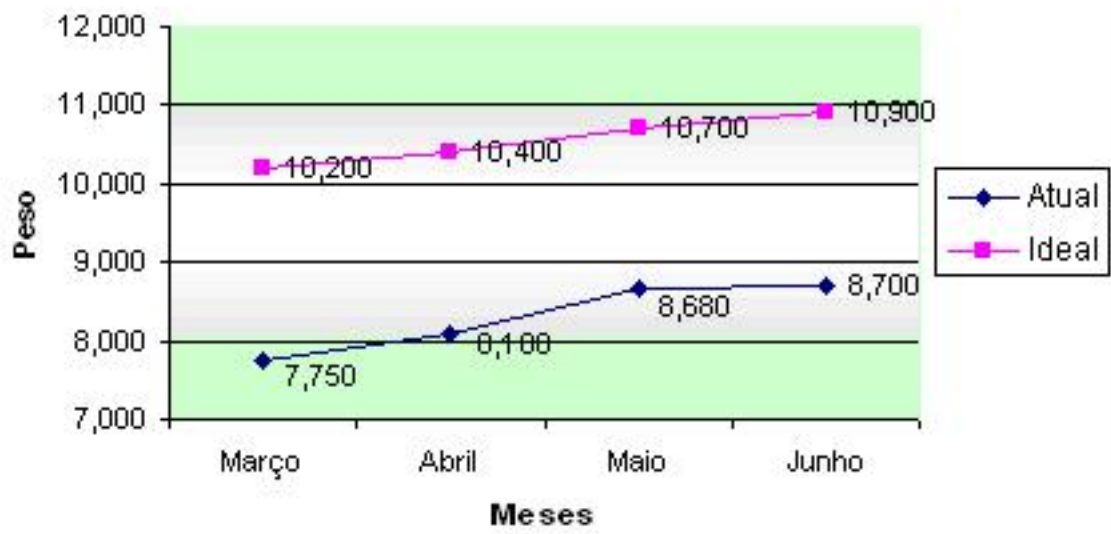
Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 120p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

XIMENES, L. B.; et al. A influencia dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. Acta. Scientiarum. Health Sciences. v. 26. n.1, 2004.

## Anexos



### Análise comparativa e evolutiva de ganho ponderal Peso / Idade



### Análise comparativa e evolutiva de ganho ponderal - Peso / Idade

