

PAULA CARVALHO MONTE ALTO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CARAPINA 2 -
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES / MG**

Governador Valadares/ Minas Gerais

2010

PAULA CARVALHO MONTE ALTO

DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CARAPINA 2 - MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES / MG.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família / UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Débora Abreu Badaró

Governador Valadares/ Minas Gerais

2010

PAULA CARVALHO MONTE ALTO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CARAPINA 2 -
MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES / MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família /
UFMG – Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do certificado de
especialista.

Orientadora: Débora Abreu Badaró

Banca Examinadora

Dra. Suelene Coelho _____ UFMG

Tutora Débora Abreu Badaró _____ UFMG

Aprovada em 17/12/2010

A Deus por estar me dando a grande oportunidade de ser médica.

Aos meus pais e avós, pela grande ajuda, carinho e por estarem sempre presentes durante todos os anos de graduação e pós-graduação e da minha vida, me ensinando a cada momento a seguir em frente.

À minha filha e meu marido por eles existirem e me fazerem feliz todos os dias.

A toda minha família, pela torça e dedicação que me deram, e por sempre acreditarem no meu potencial.

Não poderia apresentar este trabalho sem agradecer a minha estimável orientadora Débora Abreu Badaró pelo apoio, atenção e paciência que dedicou durante todo este tempo, sem o qual este trabalho não poderia ser realizado em absoluto.

A Universidade Federal de Minas Gerais, referência para os alunos que buscam ensino e conhecimento.

A todos aqueles que me ajudaram, dando incentivo, sendo companheiros e verdadeiros amigos.

SAFRA

*Soluça o corpo magro, sente o frio,
e o prato de promessas não sustenta.
O peito analfabeto está vazio,
quer prato da farinha que alimenta
o filho.*

*A lágrima da fome apaga a vida
nos olhos da criança desnutrida
e a página da fome apaga o brilho
dos discursos jogados sobre os rios
de lama.*

*E a esperança de pão, velho projeto,
que assenta
famílias de sem terra e sem escolas,
se perdem nas entranhas de prospectos...*

*E esmolas
serão distribuídas no natal,
depois de anúncio em rede nacional
da nova safra recorde de milho,*

*de soja
de trigo
de leite
da fome
miséria
da dor*

*e o grito cresce preso na garganta,
revela um ano novo, sempre antigo,
e a música que toca o povo canta
co'a voz que cala e sempre busca abrigo
na sorte
ou na morte.*

Nathan de Castro

RESUMO

A desnutrição representa grande desafio para os países em desenvolvimento que buscam garantir às suas crianças o direito de serem bem nutridas e saudáveis. Desafio maior é a aplicação do conhecimento científico disponível sobre as questões da nutrição infantil no sentido de reduzir cada vez mais o número de crianças desnutridas, adoecidas e a criação de estratégias do setor de saúde para o controle da doença. Este trabalho resultou do projeto de intervenção realizado por ocasião da Disciplina Projeto Social do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório tendo como objeto a análise do perfil nutricional de crianças menores de 10 anos de idade residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Carapina 2, no município de Governador Valadares-MG, a partir dos dados coletados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no sentido de propor estratégias para intervenção. Os resultados demonstraram que existe alto índice de desnutrição infantil na área de abrangência investigada, sendo necessária a elaboração de uma estratégia de intervenção no sentido de superar as dificuldades apresentadas.

Palavras-chave: Desnutrição. Contexto Social. Propostas de Intervenção.

ABSTRACT

Malnutrition represents a great challenge for developing countries that seek to ensure their children the right to be well nourished and healthy. Biggest challenge is the application of scientific knowledge available on the issues of child nutrition to reduce the number of malnourished children, crocked and creating health sector strategies for the control of the disease. This work resulted in the intervention project conducted by the Social Project Discipline of specialization course in basic care in family health. This is an exploratory study having as object the analysis of the nutritional profile of children under 10 years of age living in the area of coverage of basic health unit Carapina 2 family, in the municipality of Governador Valadares-MG, from data collected for the surveillance system for food and nutrition (SISVAN) in order to propose strategies for intervention. The results showed that there is high rate of child malnutrition in the area spanning investigated, being necessary the elaboration of a strategy of intervention in order to overcome the difficulties presented.

Keywords: malnutrition. Social Context. Proposals for intervention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVO.....	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	13
4.1 Aspectos relacionados à desnutrição infantil na Brasil e no mundo....	13
4.2 Análise do perfil nutricional de crianças menores de 10 anos residentes na área de abrangência UBS Carapina 2.....	24
5 ESTRATÉGIA PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE NO SENTIDO DE COMBATER A DESNUTRIÇÃO INFANTIL.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil tem sido amplamente discutida em eventos nacionais e internacionais, pois se trata de um problema de saúde que apresenta sério comprometimento no crescimento e desenvolvimento da criança, associado a uma maior frequência de internações hospitalares e aumento da mortalidade infantil.

Para Monteiro (2003) a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específicos da dieta em vitaminas e minerais, o alto índice de incidência de infecções como a diarreia e parasitoses intestinais, e ainda, o desmame precoce são as causas mais comuns de desnutrição na infância. O autor ressalta que, pobreza e desnutrição se aproximam, uma vez que as necessidades humanas para um bom estado nutricional incluem não apenas a disponibilidade de alimentos, mas também boas condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e à educação entre outros. Assim, “a existência da pobreza torna mais freqüente, mas não compulsória, a presença de desnutrição na criança, sendo muito importante a ação de programas bem planejados de assistência integral à saúde infantil” (MONTEIRO, 2003, p. 04).

Na área de abrangência onde atuo, que é a Unidade Básica de Saúde (UBS) Carapina 2, na cidade de Governador Valadares-MG, observa-se por meio dos atendimentos clínicos à população, um alto índice de crianças de zero a dez anos desnutridas e com isso o aparecimento de doenças associadas como anemia, verminose, carência de vitaminas, carie dental e infecções que aumentam as chances de internações hospitalares.

Nesse território as famílias possuem baixo nível socioeconômico, falta de saneamento básico, casas em péssimas condições de moradia, água sem tratamento, alimentação deficiente, desemprego e falta de informação, fatores estes que fazem aumentar ainda mais os casos de desnutrição infantil.

Sabe-se que, para reduzir o quadro de desnutrição da população é necessário um processo de educação e conscientização através de informações práticas buscando modificar o estilo de vida das famílias, seus hábitos alimentares e de higiene. Busca-se assim, a melhoria nas condições nutricionais das crianças em situação de risco, o que possibilita a redução do número de internações hospitalares e da mortalidade.

Para melhoria do quadro apresentado é necessário o apoio de uma rede social composta pela Coordenação da Estratégia Saúde da Família do município, envolvimento da equipe multidisciplinar que atua nesta área de abrangência, considerando o alto índice de desnutrição e as dificuldades dos profissionais em amenizar e solucionar o problema.

O fato de a desnutrição ser, ainda, um dos episódios que acometem as crianças na clínica médica da Equipe de Saúde da Família Carapina 2, contribuiu para chamar minha atenção para a execução desta pesquisa, no tocante à problemática da desnutrição infantil, pois durante as atividades laborais pude perceber o crescimento do número de crianças acometidas por distúrbios nutricionais. Quanto mais eu questionava e proporcionava a participação dos responsáveis pelo cuidado da criança, mais respostas positivas obtive, despertando o sentimento de que é fundamental a necessidade da participação da família. Desta forma, percebe-se que o saber técnico dos profissionais de saúde ainda encontra barreiras para a educação em saúde. Uma dessas barreiras consiste na falta ou no desconhecimento de estratégias que favoreçam a participação dos familiares levando em consideração sua própria realidade na busca de solução para as dificuldades.

Sendo assim, verifica-se que desnutrição infantil ainda é um grave problema de saúde pública e que, enquanto membro da equipe de saúde, faz-se necessário refletir e se posicionar buscando formas de intervenção que contribuam para a sua resolutividade. Uma dessas formas, que tem um significado primordial, é o desenvolvimento de estratégias de assistência envolvendo a família. Pedroso (2009) se refere à família como principal responsável pela saúde de seus membros, apesar da consciência da impossibilidade da mesma controlar as causas determinantes que advêm do contexto econômico-social.

A busca de responder alguns questionamentos sobre a situação das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde Carapina 2 e considerando a importância da educação e informação popular em saúde junto ao cuidado à criança acometida por desnutrição infantil, levou-me a realização desta pesquisa.

2 OBJETIVO

Analisar o perfil nutricional de crianças menores de 10 anos residentes na área de abrangência Unidade Básica de Saúde (ESF) Carapina 2, município de Governador Valadares-MG a partir dos dados coletados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e propor estratégias para intervenção.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo cuja amostra foi constituída por crianças cadastradas no Programa Nacional de Vigilância Alimentar (SISVAN), implantado em Governador Valadares/MG pelo Ministério da Saúde (MS) com idade entre 0 (zero) a 10 (dez) anos, residentes na zona urbana do Município, atendidas na Unidade Básica de Saúde (ESF) Carapina 2. Optou-se analisar os dados relativos ao período janeiro a dezembro de 2009 do banco de dados disponível.

Na unidade de Saúde, mensalmente é realizada a chamada nutricional das crianças menores de 10 anos para registrar o peso e a altura. Os dados são enviados para o SISVAN para controle e avaliação dessas crianças. Através dos dados é possível identificar entre todas as crianças pesadas e medidas, aquelas que se encontram desnutridas. Entretanto, não são todas as crianças dessa faixa etária que comparecem à chamada nutricional, daí a necessidade de se fazer busca ativa na área de abrangência da UBS por meio de visitas domiciliares. Para tal, conta-se com a participação ativa das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que trabalham atuando em micro-áreas da unidade de saúde, e ainda durante as consultas médicas e de enfermagem.

Da ficha de cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foram utilizadas as informações de dados do índice antropométrico referentes à avaliação do Índice de Massa corporal (IMC)/idade, com o objetivo de demonstrar o ponto de corte para magreza acentuada e magreza, indicando assim, a situação nutricional das crianças na área de abrangência estudada.

Executou-se, também, uma pesquisa bibliográfica sobre o tema proposto, que serviu como amparo para a análise dos dados coletados e discussão dos mesmos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1- Aspectos relacionados a desnutrição infantil no Brasil e no mundo

A Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com Vasconcelos *et. al.*, (2008) manifesta grande preocupação referente à desnutrição infantil, pois, no panorama mundial encontra-se um quadro de desnutrição gerada pela má nutrição. Esta resulta da fome que assola alguns países africanos e do leste europeu e aparece como a primeira causa de mortalidade infantil precoce juntamente com as doenças infecta contagiosa, diminuindo consideravelmente a expectativa de vida nestes países. A expectativa de vida ao nascer pode depender de vários fatores, sendo a nutrição um dos fatores mais importantes. Assim, a problemática da desnutrição infantil vem sendo objeto de vários estudos dados a sua importância e magnitude que assume nos países periféricos.

A literatura registra, de acordo com Monteiro (2003), que os médicos dos séculos XIX e XX já admitiam que a fome, através da baixa ingestão de alimentos, provocava retardo no crescimento das crianças e chamaram a atenção para o fato de que o emagrecimento extremo traria quadro de debilidade física e conseqüentemente óbito.

A fome crônica, permanente (...), ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção de seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. Nesse sentido, a fome crônica resulta em uma das modalidades da desnutrição: a deficiência energética crônica (MONTEIRO, 2003, p. 02).

A denominação deficiência energético-protéica, segundo Monte (2000), engloba grande variedade de situações clínicas que oscila entre leves a muito graves. A desnutrição energético-protéica (DEP) leve traz como principal manifestação o retardo no crescimento infantil e em outro extremo as características se apresentam através de perda de gordura subcutânea e muscular, edema que se localiza principalmente nas pernas (podendo atingir todo o corpo), hepatomegalia acentuada devido a esteatose hepática e alterações mentais e de humor. Podem ocorrer ainda, lesões de cabelos (textura, cor, sem brilho, queda) e lesões de pele (despigmentação, dermatose de áreas de fricção, descamação). Diarréia e anorexia

também fazem parte do quadro. É importante ressaltar que o estado de ânimo pode ser mais ansioso do que apático, manifestando-se por estado emocional irritadiço.

Carraza (1992 *apud* MENDES *et al.*, 2008, p. 4) define desnutrição energético-protéica (DEP) como "uma gama de condições patológicas com deficiência simultânea de proteínas e calorias, em variadas proporções que acomete, preferencialmente, crianças de baixa idade e comumente associadas com infecções". Para esse autor, os fatores etiológicos mais importantes são: o baixo nível sócio-econômico e seus acompanhantes intrínsecos: as más condições ambientais, o baixo nível educacional e cultural.

De acordo com Mendes *et al.*, (2008) a desnutrição ocorre:

Quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para seu metabolismo fisiológico, devido à falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é ofertado. No entanto, a grande maioria dos casos é secundária a uma alimentação carente de nutrientes básicos, ou seja, resultado de uma ingestão insuficiente ou fome (MENDES *et al.*, 2008, p. 02).

O estado de saúde nutricional da criança segundo Frota & Barroso (2005) reflete o consumo alimentar além de outros fatores como a disponibilidade de alimento no domicílio, salubridade, o ambiente e o cuidado destinado à criança. Assim, surgem as doenças, em particular as infecciosas que se processam oriundas de alimentação insuficiente em energia e nutrientes ou, ainda, com alguma frequência, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos (MONTEIRO, 2003).

Segundo Monte (2000) para avaliação nutricional, são utilizados os indicadores altura por idade, peso por altura e peso por idade, por recomendação da Organização Mundial da Saúde, com o intuito de padronizar as medidas no mundo, e dessa maneira os países poderem comparar seus dados. Dividindo-se o peso pela altura ao quadrado, pode-se obter o índice de massa corpórea. Esse índice corrige o peso para a altura e permite classificar se a pessoa é magra, normal, baixo peso, com sobrepeso ou obesa. Essa medida foi desenvolvida pelo matemático belga Lambert Adolphe Jacques Quetelet e por esse motivo, também é chamada de *Índice de Quetelet*.

Vejamos o quadro a seguir:

Fórmula para obter o Índice de Massa Corpórea (IMC)

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2$$

O Peso deve ser colocado em quilogramas (kg) e a altura deve ser colocada em metros (m). Exemplo: para uma pessoa com 1,75 m de altura e 65 kg, o IMC é calculado assim: $65 / (1,75 \times 1,75)$, ou $65 / 3,0625$, resultando em IMC de 21,22.

Fonte: Benseñor & Lotufo (2010).

Dessa forma, a criança é classificada como desnutrida quando apresenta IMC menor que 20; está com o peso adequado quando tem IMC entre 20 e 25; quando está com IMC entre 25 e 30 a criança está com sobrepeso. E por fim, a criança é considerada obesa quando tem IMC maior que 30 (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Contudo, Valente (2003) critica a postura de profissionais da saúde que atuam na área de nutrição quando afirma que trabalham as questões da fome apenas observando a redução de massa corpórea em níveis que consideram desejáveis e saudáveis. Para o autor, os quadros de desnutrição infantil se apresentam em grande parte, não apenas por falta de alimentação e sim associada a fatores como falta de saneamento básico, atenção adequada ao pré-natal e infância, água contaminada, entre outros. Por isso, são importantes as discussões constantes em relação à desnutrição infantil, pois constitui-se em um dos problemas mais relevantes de saúde pública da atualidade, devido à sua magnitude e conseqüências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças.

Para Frota, Albuquerque e Linard (2007) no campo da atenção primária é importante que se perceba a desnutrição também como uma questão social. Sendo assim, é necessário envolvimento não apenas dos profissionais da saúde, mas de uma equipe técnica constituída de profissionais do nível burocrático que planejem e busquem alternativas para solução dos problemas apresentados pela comunidade em particular.

Considerando a etiologia múltipla da desnutrição, Mendes et al. (2008) alertam para a importância das ações curativas aliadas a intervenções mais efetivas junto às famílias atendidas, líderes da comunidade e equipe multidisciplinar que atuam na área comprometida. Ressaltam ainda, a necessidade de serem acionadas as redes sociais compostas por projetos de assistência social mantidos pela secretaria da saúde, incumbidas de desenvolver a promoção da saúde nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde.

O quadro de desnutrição se apresenta nitidamente no corpo biológico do sujeito, entretanto, Ciampone et al. (1999) acreditam que as causas estão ligadas a forças que emanam do contexto social onde vivem os indivíduos, que determinam os modos de viver, adoecer e morrer da coletividade. Isto implica em afirmar, que as sociedades agem sobre os seus indivíduos independentemente da vontade destes, o que resulta na construção de diferentes perfis de morbi-mortalidade nas variadas comunidades existentes. Nesse sentido, sabe-se que existe uma lei própria imposta pela criminalidade nas comunidades, violência que produz alto índice de mortalidade, principalmente na faixa etária da adolescência, que se traduz em ameaça e desesperança para os indivíduos que sobrevivem nestas áreas.

Assim, alerta o autor, que na busca pela promoção da saúde é preciso considerar a realidade do contexto social da comunidade assistida, observando as situações culturais, econômicas, psicológicas, sociais e ambientais que exercem forte impacto no processo saúde-doença e interferem diretamente no comportamento dos indivíduos.

Nóbrega & Campos (1994) concordam que as condições sócio-econômicas e culturais comprometem o quadro de desnutrição infantil, muito embora associem a estes fatores a importância do vínculo afetivo da mãe com seu filho, que muitas vezes inexistente ou é bastante fragilizado. Estes autores trabalham a relevância das questões referentes ao vínculo mãe-filho e atestam sua presença na base das dificuldades encontradas durante as entrevistas para avaliação nutricional da criança. Eles ressaltam que, as informações trazidas pelos seus responsáveis demonstram falta de conhecimento acerca das necessidades e condições de vida da criança.

No Brasil, os programas bem planejados de atenção primária à saúde têm sido efetivos, garante Monte (2000), particularmente se a informação educativa for repassada de forma a considerar a cultura onde existe a prevalência da doença e a viabilidade das ações para as mães. É importante considerar ainda, que o vínculo positivo da equipe multidisciplinar com as mães favorece que essas reabilitem suas crianças e que evitem a recorrência da doença. Neste sentido Frota e Barroso (2005, p. 03), apontam que

Sabe-se que nas várias sociedades, a mulher absorve maior responsabilidade com as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos. Responsável pelo dia-a-dia do lar é a dona-de-casa quem convive mais de perto com as precárias condições de vida da família, mesmo quando é forçada a trabalhar fora para complementar renda. Nesse caso, a complexidade do problema pode tornar-se mais um agravante quando estudos relacionam o trabalho da mãe como fator predisponente da desnutrição da criança (FROTA & BARROSO, 2005, p. 03).

Existe a necessidade de maiores informações para que os indivíduos, politizados e instruídos, façam valer seus direitos de cidadãos. Sendo assim, Frota e Barroso (2005) buscam resgatar em seus estudos, os valores e a força política das famílias e comunidades menos favorecidas que demonstram conformismo frente às relações de dominação ainda presentes em nossa sociedade. Ressaltam ainda, que a vida diária da família não é isolada, mas inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. Por isso, a importância da sua participação nas tomadas de decisões referentes à saúde.

Para Valente (2003), não se pode dimensionar a fome humana somente a partir de indicadores de disponibilidade de alimentos, inquéritos de consumo alimentar, ou mesmo de indicadores de estado nutricional, diretos ou indiretos, pois:

A fome tem facetas fortemente subjetivas. Qualquer tentativa de reduzir a alimentação e a fome à sua dimensão estritamente nutricional, seja do ponto de vista de ingestão de nutrientes, seja de estado nutricional, representa limitar o ser humano à sua biologicidade, limitar o corpo humano a um instrumento ou máquina e a comida a nutrientes, combustível e partes de reposição. Nós somos muito mais complexos do que isto (VALENTE, 2003, p. 03).

Interessante como Sawaya (2006) trabalha as causas da desnutrição infantil partindo de duas premissas distintas: A primeira analisa a criança desnutrida, sua

estrutura familiar e suas condições de vida através de anamnese e testes psicológicos que permitem avaliar o desenvolvimento intelectual, emocional, aprendizagem escolar e capacidades lingüísticas. O autor considera que desta forma os indivíduos são analisados de maneira singular considerando a desnutrição um problema individual, passível de ser investigado fora de um contexto mais amplo, ou seja, isolado-a das condições sociais, econômicas e políticas de sua produção. O autor considera ainda, que outra forma de conhecer as causas da desnutrição e suas conseqüências para uma considerável parcela de crianças brasileiras é procurando compreendê-las como decorrentes das concepções e das ações que se estabelecem entre os diferentes grupos sociais e as Instituições, a partir das relações sociais, econômicas e políticas que estruturam a sociedade brasileira.

A Carta de Ottawa (Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, 1986) tem como um dos seus pilares a responsabilidade do sujeito sobre seu sofrimento e controle de sua doença. Souza e Carvalho (2003) também acreditam, que na medida em que o sujeito toma para si o poder de controlar a própria vida, adquire autonomia e aumentam as possibilidades para que possa se desenvolver em uma direção congruente às suas potencialidades pessoais. Ele se torna capacitado para responder as demandas externas de acordo com suas possibilidades individuais diminuindo assim a incidência de doenças.

As práticas educativas contribuem para melhoria do estado nutricional das crianças, de acordo com Vasconcelos et. al. (2008), que ressalta a importância da educação em saúde como uma das alternativas possíveis para se compreender as diferentes maneiras dos indivíduos e comunidades reagirem em seu comportamento. Ou seja, considerando as experiências pessoais vivenciadas e as condições socioestruturais em que foi construída a concepção acerca da situação saúde-doença. Diante disso, compreende-se que para atuar no campo social o grande diferencial são as desconstruções de conceitos pré-estabelecidos por parte dos profissionais e a criação de relações sociais pautadas na conscientização, reflexão e mudança de conduta, concluem os autores.

É importante ressaltar ainda, a postura dos autores Vasconcelos et. al. (2008) quando criticam veementemente a atuação da mídia. Segundo os autores, com o intuito de vender produtos, a mídia torna-se fator complicador, pois se contrapõe ao

contexto real das comunidades com baixo poder aquisitivo. Para os autores, o marketing dá suporte a um mercado considerado bilionário: o alimentício, a cujo consumo agrega um estilo de vida e uma imagem que atinge a massa social, desconsiderando, entretanto, a dificuldade de acesso para a maioria da população a estes produtos. Além disso, continuam os autores, a mídia apresenta alimentos com pobreza nutricional comprometendo as escolas que ficam com a incumbência de educar para uma boa alimentação dentro da realidade em que a população escolar está inserida.

Segundo Monteiro et al. (2009) a expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, cuja proposta enfatiza a prevenção e a educação em saúde., propiciou que mães e filhos tivessem uma assistência de melhor qualidade, garantindo assim, a saúde.

Entretanto, Ciampone et al. (1999) advertem, que é preciso observar a forma como os profissionais da equipe de saúde vêem a criança desnutrida que aparece muitas vezes com um olhar que denuncia o preconceito regido pela falta de conhecimento. Para os autores, as famílias são responsabilizadas diretamente pela situação nutricional de seus membros, acusadas de negligência e despreparo para o cuidado com a criança desnutrida, necessitando assim, de orientação para o cuidado. Ainda de acordo com os autores, na maioria das vezes, os profissionais atribuem a falta de alimento como causa única da desnutrição e, apenas a recuperação do peso como sinal de melhora, ignorando uma realidade que transcende ao que se vê: um corpo emagrecido. Dessa forma, a família é vista como a principal causadora do problema e parte fundamental da sua resolução.

Monte (2000) demonstra uma postura crítica quando afirma que os profissionais da saúde, de forma simplista, adotam postura de descaso ou derrotista, ao rotularem a desnutrição infantil como sendo um “problema social”. Para o autor, estes profissionais atuam de maneira desintegrada e muitas vezes se mantêm indiferentes e distanciados dos constantes avanços do conhecimento científico para fazer frente ao controle da desnutrição infantil. Ainda de acordo com o autor, outros profissionais ignoram a existência da epidemia silenciosa de fome oculta e desnutrição que se expressa num contingente de crianças com desnutrição

moderada e leve, menos evidente, tendo em vista que; atualmente existem menos casos de crianças desnutridas.

Em grande parte das pesquisas realizadas por Ciampone et. al. (1999), o enfoque concentra-se nos aspectos biológicos conseqüentes à ocorrência da desnutrição. Entretanto, os autores relatam que nos últimos anos têm observado uma tendência analítica que permite que se possa explicitar, também, questões psicossociais envolvidas no problema e, conseqüentemente, a busca de melhores soluções.

Frota e Barroso (2005) complementam que, para que se consiga penetrar na complexidade que cerca a desnutrição infantil deve ser considerada a perspectiva da família, ou seja, sua visão de mundo, sua compreensão do binômio saúde/doença, sua afetividade, além da relação do seu cotidiano e contexto cultural. Para os autores, percebe-se que a luta pela sobrevivência diária retira dessas famílias a perspectiva de futuro promissor, sendo necessária a implementação de medidas que apoiem as famílias em suas lutas para vencerem o limiar de pobreza que ameaça o vínculo com os seus filhos. Os autores continuam sua explanação atestando que ao desenvolver um trabalho com ações educativas é importante que se utilize uma educação libertadora, da qual a família participe ativamente das discussões com a possibilidade de manifestar seu próprio conhecimento vivenciado em seu cotidiano fazendo sugestões para resolução dos problemas, considerando suas próprias questões relativas ao seu contexto social. Salientam ainda, que a educação e a informação são essenciais, uma vez que as famílias, pela própria falta de conhecimento sobre a problemática da desnutrição, não a consideram como algo que possa comprometer o crescimento e o desenvolvimento do filho. Essa restrição, segundo os autores, pode ter como principal causa o nível de escolaridade dos pais, relacionado ao abandono da escola na adolescência, ou até mesmo à falta de perspectiva de emprego. 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 não é uma máxima.

Em função destas observações, segundo Ciampone et. al. (1999), surgem indagações importantes, ou seja, como trabalhar a necessidade de criar vínculos

com a família para que a assistência seja mais efetiva? Como fazer com que os profissionais de saúde compreendam a importância de assistir a família, levando em consideração suas representações sobre o cuidar e o cuidado? Como fazer com que percebam a necessidade de rever os paradigmas da equipe técnica, considerada muitas vezes como verdade única? Como orientar as comunidades sobre direitos sociais adquiridos frente às políticas públicas para que se tornem ativos na cobrança por políticas públicas mais eficazes, visando o bem estar e a saúde das comunidades?

A partir dos aspectos relatados, demonstra-se a importância da contextualização da realidade vivenciada por famílias de crianças desnutridas situadas em áreas consideradas de risco, incluindo-se a análise dos profissionais de saúde envolvidos no cuidar. Sendo assim, faz-se necessário que estratégias educativas sejam elaboradas com a participação de profissionais que possuam uma maior aproximação com o contexto existente em torno de problemas específicos de saúde-doença, levando em consideração aspectos biopsicossociais, evitando assim, o olhar apenas para o biológico, cujas consequências são as recidivas de crianças desnutridas e o alto índice de mortalidade infantil.

Outra reflexão possível diz respeito a necessidade de conhecimento contextualizado da área de atuação, vínculos com a comunidade e envolvimento, de forma crítica e consciente, na promoção da saúde. Afinal, as crianças ainda vivem em situação de risco em praticamente todo o mundo:

Apesar de o direito inalienável de todo ser humano de não padecer de fome e desnutrição ter sido reafirmado sucessivamente em conferências dos países membros das Nações Unidas em 1948 (Declaração Universal dos Direitos Humanos), em 1974 (Conferência Mundial de Alimentação das Nações Unidas), em 1978 (Pacto Internacional de Direitos e Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre “Saúde para todos no ano 2000” em 1989 (Convenção sobre os Direitos da Criança) e mais recentemente promovida pela OMS como sendo um direito humano [...]. (MONTE, 2000, p. 02).

Segundo Monte (2000), devido à expansão de serviços e programas de saúde no Brasil, a situação nutricional das crianças até 10 anos de idade melhorou nos últimos anos. A autora afirma, que entre 1975 e 1989 a prevalência da desnutrição

foi reduzida em torno de 60%. Entretanto, no nordeste e norte do país os índices apontam para desnutrição infantil crônica demonstrando que a situação não se apresenta controlada. A autora informa ainda, que para cada caso grave existem outros menos graves, sem sinais clínicos típicos da desnutrição se expressando apenas em termos de falha de crescimento.

Segundo Valente (2003), estudos demonstram uma redução progressiva na prevalência da desnutrição infantil no Brasil. Dados apontam para uma prevalência de 10,5% de nanismo nutricional na população menor de 5 anos e de 5,6% de baixo peso para idade. Para o autor, isto significa que cerca de um milhão e meio de crianças ainda apresentam quadro de desnutrição.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, no período de 2008/2009, registrou declínio considerável no índice de desnutrição em todas as regiões brasileiras. O estudo apontou ainda, que a região Norte do país é a mais comprometida em relação à situação nutricional das crianças (IBGE, 2008).

Apesar da significativa redução do índice de prevalência da desnutrição infantil em todo o mundo, para Mendes et al. (2008) ela permanece como o problema de saúde pública mais significativo nos países em desenvolvimento, pois tem origem multicausal e complexa, que tem suas raízes na pobreza.

Contudo, segundo Frota, Albuquerque e Linard (2007), a pobreza apresenta definição apenas superficial, pois, em relação à riqueza, está ligada a uma condição na qual um sujeito ou sua família não tem acesso à qualidade de vida inserida nos padrões socialmente estabelecidos em certo momento histórico. Para os autores, o problema da fome é extremamente complexo, sendo, porém, inevitável a relação da fome com a pobreza. Afinal, o faminto é o pobre e a esse faltam recursos para satisfazer a condição da sobrevivência imediata: a alimentação.

Assim, a desnutrição infantil está seguramente relacionada à difícil condição sócio-econômica em que vivem as famílias de baixo poder aquisitivo, porém advém de fatores muitas vezes obscuros, tanto para essas famílias como para a própria sociedade, atingindo não somente as áreas rurais mas principalmente a periferia das cidades, marcadas pelo elevado nível de desigualdade social que possibilita a

formação da pobreza, tendo os indivíduos que suportar as conseqüências daí advindas. Embora compartilhem causas e vítimas, compreende-se através deste estudo que desnutrição, fome e pobreza não são a mesma coisa!

De acordo com Monte (2000, p. 12):

A desnutrição infantil continua a ser o problema mais importante de saúde pública dos países em desenvolvimento. A sua efetiva redução depende de intervenções integradas que reduzam a pobreza e melhorem a qualidade de vida das famílias menos favorecidas. Isso implica estratégias amplas no nível governamental, com intensa participação da sociedade civil. Não é função do profissional de saúde mudar a estrutura política e econômica de uma sociedade, mas é sua responsabilidade entender as desigualdades e limitações vividas pela população por ele atendida, e ser capaz de, neste contexto, aplicar o conhecimento científico disponível. O desafio é reduzir cada vez mais o número de crianças desnutridas, qualquer que seja a gravidade da doença.

Lamentavelmente, afirma Monte (2000), devido à multicausalidade, a desnutrição infantil é preocupação de muitos, entretanto, ninguém a tem assumido como responsabilidade!

4.2- Análise do perfil nutricional de crianças menores de 10 anos residentes na área de abrangência UBS Carapina 2 - Governador Valadares-MG

O índice de IMC/idade é o índice mais sensível para o diagnóstico de desnutrição infantil, pois expressa o equilíbrio entre o peso e a altura da criança para observação de quadro de desnutrição. A fim de enriquecer a análise dos dados foram coletadas também informações sobre a situação nutricional das crianças da cidade de Governador Valadares de uma maneira geral, para análise e comparação com os dados da UBS Carapina 2.

Sendo assim, os índices observados na Tabela 1 referem-se à cidade de Governador Valadares e os índices apresentados na Tabela 2, referem-se especificamente a situação nutricional das crianças residentes na região onde está situada a UBS Carapina 2, objeto deste estudo.

Tabela 1 – Índice Antropométrico das crianças de 0 a 10 anos atendidas nas ESF de Governador Valadares no ano de 2009.

	Nº de crianças	Perce ntual
Índice Antropométrico (IMC X Idade)		
Magreza acentuada	213	2.7%
Magreza	253	3.21%
Eutrofia	5336	67.69%
Risco de sobrepeso	1263	16.02%
Sobrepeso	471	5.97%
Obesidade	347	4.4%
Total	7883	100%

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Foram considerados raça, sexo e escolaridade.

Os dados coletados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricionais (SISVAN) apresentados na Tabela 1 demonstram um percentual de magreza acentuada em torno de 2.7 % e magreza de 3.2% em relação às crianças menores de 10 anos de idade, em um total de 7.883 indivíduos atendidos pelas UBS de Governador Valadares.

Neste sentido, os critérios de classificação estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), como parâmetros para a análise dos dados é menos de 0,1% para magreza acentuada e maior ou igual a 0,1% e menor de 3% para magreza. No entanto, verifica-se que os dados apresentados na Tabela 2 apontam um percentual de magreza acentuada e magreza em torno de 5.08% referente à avaliação do índice antropométrico IMC x Idade na população estudada somando um total de 177 indivíduos.

Tabela 2- Índice Antropométrico das crianças de 0 a 10 anos atendidas na ESF Carapina 2 no município de Governador Valadares no ano de 2009.

	Nº de crianças	Percentual
Índice Antropométrico (IMC X Idade)		
Magreza acentuada	9	5.08%
Magreza	9	5.08%
Eutrofia	119	67.23%
Risco de sobrepeso	27	15.25%
Sobrepeso	7	3.95%
Obesidade	6	3.39%
Total	177	100%

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Foram considerados raça, sexo e escolaridade.

Podemos afirmar então, no que se refere à situação nutricional das crianças menores de 10 anos de idade, que os indicadores apontam para uma elevação em relação à situação da cidade de Governador Valadares como um todo. Porém, verificamos que as crianças atendidas pela UBS Carapina 2 encontram-se em situação nutricional muito mais comprometida, tendo um percentual de magreza e magreza acentuada mais elevado que o da cidade de Governador Valadares. Isto significa que a equipe de saúde da UBS Carapina 2 e demais colaboradores devem ter um olhar diferenciado para o problema, além de se comprometerem em buscar causas que explicitem o acometimento de um número maior de crianças, quando comparadas com os níveis encontrados no município como um todo. É preciso também, que criem estratégias para resolução deste problema.

É importante salientar, que a avaliação nutricional apresentada pelo SISVAN é realizada com base nos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e que os dados do ano de 2009 foram coletados no SISVAN mediante relatório gerado em 06/10/10 (<http://www.dab.saude.gov.br/nutricao/sisvan/relatorios/>).

Com relação ao Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos familiares (POF) relativa ao período 2008/2009, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) em parceria com o Ministério da Saúde, apontam que o déficit de altura, importante indicador da desnutrição infantil, caiu consideravelmente no país. A pesquisa demonstra que entre as crianças brasileiras com menos de 5 anos de idade o déficit de altura ficou em torno de 6% em todo país apresentando maior índice entre as meninas (9,4%) residentes na região norte, com incidência maior entre as famílias na faixa mais baixa de rendimentos. Aponta a pesquisa um dado positivo de desnutrição infantil em todo o país. Em comparação com os dados no ano de 1975 o índice caiu de 29,3 % para 7,2 % entre meninos e de 26,7 % para 6,3% entre meninas (www.ibge.gov.br).

A pesquisa aponta ainda, melhoria dos índices reflete aumento do poder aquisitivo das famílias brasileiras de baixa renda promovida por meio das políticas públicas implementadas pelo governo como bolsa escola, bolsa família, fome zero. Contribuiu também, o crescimento do número de familiares empregados, melhor cobertura no âmbito da saúde, que vem qualificando e capacitando os profissionais para atuação nas áreas consideradas de vulnerabilidade social. Contudo, Monte (2000) citado neste estudo, afirma que a desnutrição infantil continua a ser o problema mais importante de saúde pública nos países em desenvolvimento. Apesar da melhoria do quadro apresentado pelo IBGE, a efetiva redução da desnutrição infantil depende de intervenções integradas que reduzam a pobreza e melhorem a qualidade de vida das famílias menos favorecidas. Isto implica em estratégias amplas no âmbito governamental de forma contínua, para que se consiga eliminar de vez um dos problemas, há muito discutido e combatido pela área da saúde em todo mundo. O autor compreende, entretanto, que a responsabilidade não deve ficar apenas a cargo da esfera governamental e responsabiliza a sociedade civil que deve trabalhar em parceria fazendo valer nos municípios e cidades seus direitos de cidadão.

O aumento do nível de escolaridade das mães também aparece nos registros da pesquisa do IBGE como um fator de grande importância para melhoria do quadro de desnutrição no Brasil. Importante ressaltar neste contexto, a visão de autores como Nóbrega e Campos (1994), citados neste estudo, quando insistem em que se deve resgatar o vínculo mãe e filho para melhor desenvolvimento da criança. A pesquisa associa o nível de escolaridade como fator importante, o que sugere, que uma mãe com um mínimo de escolaridade é capaz de enxergar as necessidades e aprender a cuidar do seu filho. Daí a importância fundamental do profissional da saúde, no sentido de trabalhar a educação em saúde no contexto familiar, como por exemplo: os cuidados básicos de higiene, preparo adequado da alimentação, além da afetividade, importante elemento para a saúde do bebê. Monte (2000) em concordância com Frota e Barroso (2005), propõe uma educação libertadora, pois a partir do momento que a mãe recebe as informações necessárias ela própria se organiza e adquire autonomia para os cuidados com a criança, sem a dependência da presença de um profissional de saúde, a todo o momento. Isto reforça que o sujeito também é responsável por sua saúde.

Uma melhor cobertura no âmbito da saúde, citada na pesquisa, demonstra que a preocupação do governo em criar programas e benefícios voltados para a população de menor renda, assim como o acesso a saneamento básico, tem sido os principais motivos apontados para que a redução da desnutrição infantil em todas as regiões brasileiras tenha alcançado êxito. Entretanto, na área pesquisada, na cidade de Governador Valadares essa máxima ainda não é uma realidade, uma vez que o índice de desnutrição alto aponta para uma situação de vulnerabilidade social para as crianças que ali residem.

O estudo realizado na UBS Carapina 2 é de grande relevância pois partindo da análise de dados em relação à nutrição das crianças da cidade de Governador Valadares, pode-se verificar que esta é uma área carente e que necessita urgentemente de intervenção das políticas públicas no sentido de melhorar as condições de vida e de saúde da população. Em comparação com os dados apresentados pela pesquisa do IBGE, evidencia-se a necessidade de novas discussões em relação às condições de saneamento básico, preconizada como a mais importante para melhoria do quadro de desnutrição, ficando a região mais uma vez em um nível de comprometimento alto e muito aquém daquele considerado

aceitável. Falta estrutura e informação à população ainda alienada em relação ao conhecimento, escola, hábitos higiênicos, alimentares, afetividade com as crianças, entre outros.

É preciso registrar, contudo, que apesar da comemoração em relação ao índice que aponta redução na desnutrição infantil no Brasil, percebe-se que outro quadro desponta como mais um desafio para a área da saúde: o aumento do índice de sobrepeso das crianças brasileiras, considerado alto para os índices da OMS. Nos últimos seis anos, de acordo com a pesquisa do IBGE 2008 cresceu os índices de obesidade em torno de um ponto percentual por ano. As causas têm sua origem na alimentação de qualidade ruim, falta de informação em relação à obesidade e ainda, a violência urbana que tirou o espaço público das crianças, impedindo-as de fazerem exercícios físicos regulares. A região sudeste foi apontada como a região com maior percentual de crianças com excesso de peso no país (IBGE 2008). Estas condições também estão presentes na região da comunidade Carapina 2, onde, provavelmente, as crianças para fugir da violência, se refugiam nas casas, recebendo como gratificação videogames e alimentos de má qualidade que promovem, tanto quadros de desnutrição quanto de obesidade, por falta de qualidade nutricional.

Desta forma, além de manter um rigoroso controle sobre as taxas de desnutrição infantil, o governo federal, a sociedade civil, as famílias e o próprio sujeito deverão estar atentos e se responsabilizar pelo enfrentamento de mais um problema de saúde pública que tem como pano de fundo as questões sociais oriundas das desigualdades sociais e distribuição de renda em nosso país. Novo desafio para todos nós.

5 ESTRATÉGIAS PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE NO SENTIDO DE COMBATER A DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Após a análise dos dados apresentados pelo SISVAN, pode-se verificar que os índices apontam para uma situação alarmante em relação à situação nutricional das crianças atendidas pela UBS Carapina 2. Para criar estratégias para intervenção nesta situação contar-se-á com a equipe multidisciplinar que atua na área de abrangência da UBS composta por: Médica; Enfermeira; Técnica de Enfermagem; Agentes Comunitárias de Saúde; profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, nutricionista, psicóloga, assistente social, farmacêutica, educador físico e fisioterapeuta. O NASF foi criado em janeiro de 2008, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e a diversidade das ações das Equipes de Saúde da Família, visando uma melhor qualidade de vida para os usuários da atenção básica, promovendo a prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2009).

Neste sentido, durante a elaboração do projeto de intervenção, realizado por ocasião da disciplina Projeto Social, foram propostas estratégias para equipe de saúde no sentido de combater o problema e apresentadas a seguir:

- Selecionar, de maneira rotineira, as crianças com magreza e magreza acentuada através da pesagem.
- Acompanhar periodicamente as crianças, por meio de consultas médicas e nutricionais.
- Realização de reuniões periódicas com familiares e/ou cuidadores das crianças menores de 10 anos de idade para acompanhamento e promoção da saúde: orientação em relação à nutrição, aleitamento materno e sobre a possível negligência em relação a hábitos de higiene que podem ocorrer por falta de informação.
- Informar a respeito da alimentação cotidiana de baixo custo, compatível com a realidade da comunidade.
- Apresentar programa de alimentação alternativa, como por exemplo, a multimistura e leite de vaca enriquecido com óleo de soja e farinha de arroz vitaminada, para prevenção e tratamento da desnutrição.

- Incentivar o aleitamento materno e alfabetização dos familiares para melhoria do quadro de desnutrição;
- Trabalhar o nanismo nutricional que inicia na faixa de crianças menores de 03 anos de idade, fase em que necessita em sua dieta alimentos complementares ao leite materno, buscando parceria com SMS - Secretaria Municipal de Saúde para viabilizar o fornecimento deste complemento às famílias consideradas de risco.
- Informar às autoridades competentes da área de saúde sobre a necessidade da promoção da alimentação complementar em crianças menores de 3 anos de idade, pois o custo/efetividade desta intervenção são maiores do que aquelas dirigidas ao grupamento pré-escolar. Assim, o risco nutricional terá redução maior. A alimentação, principalmente nas creches, favorece a modificação de hábitos alimentares, por facilitar à aceitação de novos alimentos, sendo importante a implantação de programas de educação nutricional nestas instituições para promover uma melhora na qualidade da alimentação infantil.
- Ampla distribuição de panfletos apresentando guias alimentares elaborados por profissionais que atuam na área de abrangência específica da UBS Carapina 2, pelo fato de conviverem diariamente com a situação das famílias e conhecerem suas reais necessidades, tratando assim o sujeito como singular em suas necessidades.
- Nas unidades de saúde e no domicílio, a equipe composta por profissionais e agentes de saúde deverá atuar esclarecendo pontos críticos da desnutrição às gestantes, no direcionamento de programas existentes para enfrentamento da falta de alimentos.
- Promover reuniões com equipe multidisciplinar para capacitação das agentes comunitárias de saúde na busca por maior efetividade na abordagem domiciliar.
- Supervisionar o trabalho das agentes de saúde periodicamente para manutenção das estratégias elaboradas pela equipe de saúde.

- Buscar parcerias com outros projetos sociais que envolvem crianças da área, como o centro social da região, pastoral infantil e coordenação da estratégia de saúde da família.
- Realizar palestras com as famílias sobre assuntos relacionados à desnutrição (médico, nutricionista, psicóloga e assistente social).
- Montar oficinas temáticas, alimentares, de higiene, nutrição e direitos da família com objetivo de melhorar o nível de informação para familiares, incluindo as famílias onde não temos desnutridos como forma de prevenção.
- Visitas domiciliares regulares da equipe multidisciplinar para observar de uma maneira geral a família com seus hábitos e conhecimentos ,possibilitando assim, a oferta de assistência mais contínua e melhor aceitação das propostas que os profissionais apresentam à comunidade para melhoria das condições de saúde da população. Buscar-se-á viabilizar a concretização do direito à saúde afinal, a Estratégia Saúde da Família se baseia na elevação do nível de satisfação do usuário como indicador da qualidade de sua assistência.
- Estabelecer vínculos com a comunidade assistida para que participem ativamente das ações planejadas pela equipe de saúde, resgatando dessa forma, a responsabilidade e a implicação do próprio indivíduo na melhoria de suas condições de vida e saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu aos profissionais da saúde conhecer melhor o perfil nutricional das crianças do município de Governador Valadares no ano de 2009 e mais especificamente as condições das crianças atendidas na UBS Carapina 2.

Percebeu-se que, em relação aos resultados da cidade de forma geral, a UBS Carapina 2 apresenta um alto índice de acometimento da desnutrição infantil. Ao observar os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares divulgada pelo IBGE, verificamos que o nível de comprometimento é evidente o que sugere a necessidade de intervenção das políticas públicas na área de abrangência. Os dados relativos às crianças da área de abrangência da UBS apontam para uma realidade muito distante daquela apresentada na pesquisa do IBGE.

Os estudos indicam, entretanto, através dos vários autores citados, que as afirmações que apontam hábitos alimentares incorretos, inexistência de padrões alimentares, descuido da mãe ou descaso na alimentação das crianças, como as causas principais da desnutrição carecem de revisão, pois não são os determinantes para a situação nutricional das crianças. Alguns autores afirmam, ser a exclusão social o fator preponderante no quadro, pois inviabiliza o acesso da população a uma alimentação adequada.

Percebeu-se que, o olhar da equipe de saúde da família para a criança desnutrida e sua família, de uma maneira geral, ainda hoje, reproduz na prática assistencial um forte código moral e hábitos higiênicos, que evidenciam uma concepção de processo saúde-doença pautada na multicausalidade ou na unicausalidade.

Identificou-se que a formação profissional precisa ser reformulada de modo a reforçar conteúdos que favoreçam a formação de atitudes, que permitam um repensar mais crítico acerca da realidade das populações carentes, no sentido da transformação dessas representações sociais enrijecidas e cristalizadas, das quais os sujeitos deste estudo são os porta-vozes. A relação dominação-subordinação, reiterada na postura dos profissionais de saúde, não propicia o desenvolvimento da consciência crítica das famílias, de modo a lutarem por seus direitos de cidadania na defesa da almejada equidade social, como preconiza as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde.

Este estudo deixa claro que é responsabilidade do profissional da saúde compreender as desigualdades e dificuldades vivenciadas pela população atendida, para, neste contexto, ser capaz de aplicar o conhecimento científico disponível. Entretanto, não é função deste profissional mudar a estrutura política e econômica de uma sociedade, porém sua postura diante desta problemática demonstra se é solidário com a população em suas lutas e estratégias de sobrevivência. .

Compreende-se que o sujeito é o responsável direto por sua vida e o único capaz de promover transformações e aperfeiçoamento pessoal. Assim, as estratégias e intervenções junto à comunidade devem ter como norte o incentivo à autonomia e responsabilização pelo seu estado de saúde.

Observou-se que a desnutrição com conseqüente índice de mortalidade infantil tende a diminuir através de investimentos em políticas públicas que permitam contemplar o acesso da população carente aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento. Assim, os conceitos a serem utilizados neste momento precisam incorporar o olhar e a visão de mundo da comunidade que vivencia a realidade de fome e exclusão social.

Diante do quadro apresentado por esta pesquisa, compreende-se que as discussões não devem se ater tão somente à biogenicidade do organismo e sim enriquecidas com os vários olhares citados neste estudo, romper com as barreiras impostas pela academia pois, a partir desta nova compreensão da realidade poderão se mensurar as reais condições da desnutrição na comunidade assistida.

O momento leva à percepção da necessidade de se desenvolver políticas públicas mais adequadas e efetivas relativas à realidade da comunidade estudada e monitoração do impacto causado pela mudança de estratégias no combate à desnutrição para apresentação de resultados posteriormente.

De maneira geral, elencar novas propostas de intervenção na organização da UBS Carapina 2 se faz necessário, visando integrá-las às demandas próprias da comunidade, tais como mudanças no modelo de assistência, oferta de novos serviços, incentivo à participação e organização comunitária, envolvimento e comprometimento maior dos profissionais da saúde para com a população. Os esforços devem estar intrinsecamente relacionados ao compromisso com a saúde, com foco na melhoria da qualidade de vida dos usuários do serviço, cujas ações e

projetos devem partir dos próprios profissionais, sem que estes, não dependam exclusivamente dos poderes públicos. Para tanto, faz-se necessário que o profissional da saúde saia em busca do público-alvo, tendo por finalidade oferecer seus serviços em condições que não impliquem necessariamente a doença e sim a saúde em todos os âmbitos da vida humana.

Novo desafio se apresenta de acordo com dados do IBGE e sugere preocupação com a comunidade Carapina 2: a obesidade infantil. A pesquisa aponta que causas sociais determinam aumento do sobrepeso nas crianças deixando claro que é preciso caminhar combatendo as dificuldades que se apresentam no âmbito da saúde pública e social. Afinal, saúde é direito de todos, dever do Estado e responsabilidade de todos nós.

Assim, uma nova pesquisa poderá ser feita na área de abrangência Carapina 2, na cidade de Governador Valadares, região do Carapina em outro momento para avaliação e tomada de providências pelos profissionais da área em relação ao índice de obesidade das crianças que vivem em um contexto social comprometido pela violência.

REFERÊNCIAS

- BENSEÑOR, I.; LOTUFO, P. **Como funciona a obesidade e a nutrição no Brasil**. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/obesidade-desnutricao.htm>> Acesso em: 12 out. 2010.
- BRASIL. **Portaria GM nº154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, n. 43, seção 1, p. 38-42. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 26 set. 2010.
- CARRAZA, F. R. Distúrbios nutricionais crônicos-desnutrição. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1992. v. 1, p. 635-643. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034...sci.>> Acesso em: 25 set. 2010.
- CIAMPONE, M. H. et al. **Representações sociais da equipe de enfermagem sobre a criança desnutrida e sua família**, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104...script.>> Acesso em 25 set. 2010.
- FROTA, M. A.; BARROS, M. G. T. **Repercussão da desnutrição infantil na família**. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a12.pdf.>> Acesso em: 24 set. 2010.
- FROTA, M. A., ALBUQUERQUE, C. de M. de, LINARD A. G. **Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida**. Texto **Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 246-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid.> Acesso em: 19. set. 2010.
- GOVERNADOR VALADARES. Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**. Governador Valadares. 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br.>> Acesso em: 12 out. 2010.
- MENDES, M. S. F. et al. **Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais**. Disponível em: <<http://www.radarciencia.org/..>> Acesso em: 25 set. 2010.
- MONTE, Cristina M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. 2000. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro 2000. 76 (supl.3):S 285-S297. Disponível em: <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/00-76-S285/port.asp>> Acesso em: 12 out. 2010.
- MONTEIRO, C. A. **A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br.>> Acesso em: 19 set. 2010.
- MONTEIRO C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**. vol. 43 nº 1 São Paulo, Fevereiro 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/01.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2010.

NÓBREGA, F. J. & CAMPOS, A. L. R. **Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho.** Rio de Janeiro: Revinter, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080...script=sci>> Acesso em: 01 out. 2010.

PEDROSO, M. de L. R. **Situações de vulnerabilidade e ambiente ecológico:** intersecções no cotidiano de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas. Porto Alegre. 2009. Disponível em www.radarciencia.org Acesso em: 15 dez. 2010.

POF 2008-2009: **Desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 09 dez.2010.

SAWAYA, S. M. **Desnutrição e baixo rendimento escolar:** contribuições críticas. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>> Acesso em: 01 out. 2010.

SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN - Brasil <http://www.dab.saude.gov.br/nutricao/sisvan/relatorios/gera_relatorio.php> Acesso em: 01 out. 2010.

SOUZA, R. A. de ; CARVALHO, A. M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida:** um olhar da Psicologia. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>> Acesso em: 05 out. 2010.

VALENTE, F. L. S. **Fome, desnutrição e cidadania:** inclusão social e direitos humanos. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/08.pdf>> Acesso em: 08 out. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. **Ciênc Cuid Saúde**, 2008 Jul/Set; 7(3):355-362 . Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../3862>>. Acesso em: 09 Ago. 2010.