

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: um problema a ser enfrentado**

**ROBERTA PORTO SILVA**

**CORINTO – MINAS GERAIS**  
**2012**

**ROBERTA PORTO SILVA**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: um problema a ser enfrentado**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**CORINTO – MINAS GERAIS**

**2012**

**ROBERTA PORTO SILVA**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: um problema a ser enfrentado**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 22/11 /2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE MEDICINA NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que aos 22 dias do mês de novembro de 2012, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (CEABSF) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **ROBERTA PORTO SILVA** intitulado “DESNUTIÇÃO INFANTIL: UM PROBLEMA A SER ENFRENTADO”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE e Dra. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO. O TCC foi aprovado com a nota 90.

Esta ata foi homologada pela Coordenação do CEABSF no dia vinte e dois do mês de novembro do ano de dois mil e doze e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro.

Belo Horizonte, 17 de fevereiro de 2021.

**PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO** Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família

Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro**,  
**Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 19/02/2021, às 15:44, conforme



horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o

código verificador **0571643** e o código CRC **9EC86A04**.

Declaração MEDICINA-NES 0571643 SEI 23072.207893/2021-15 / pg. 1

**“Mude, mas comece devagar, porque a direção é mais importante que a velocidade.”**

Clarice Lispector

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram para que este trabalho fosse concluído, em especial à minha família.

À equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde Sol – São João da Chapada.

À minha orientadora Matilde, que me assumiu de última hora e não me deixou desanimar;

Ao Sidney pela ajuda e às minhas amigas, Lé e Di, pela força.

## RESUMO

A desnutrição infantil em menores de cinco anos pode comprometer o desenvolvimento físico e mental da criança, além de exercer influência nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil. Ao detectar, na nossa área de abrangência, crianças com desnutrição, elegemos essa situação como problema a ser solucionado. Assim, este estudo objetivou realizar um plano de ação para elevar o índice de recuperação de crianças desnutridas moradoras do distrito de São João da Chapada, zona rural de Diamantina, Minas Gerais. Para a elaboração do Plano de ação deste estudo, optamos pela realização da pesquisa bibliográfica, no site da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados da LILACS e SciELO. A proposta do plano de ação a ser executado foi realizada conforme orientação do Módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Acreditamos que a implementação de um plano de ação pode trazer resultados positivos para a recuperação das crianças desnutridas. Na área de abrangência pesquisada e corroborada pela literatura, os principais causadores da desnutrição são a prematuridade, o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, o retardo na introdução de outros alimentos após o sexto mês de vida, alimentação inadequada, falta de vínculo mãe/filho, falta de conhecimento do cuidador no preparo dos alimentos (hiperdiluição, condições de higiene). Com isso, tornou-se claro que é a partir da busca de resolução dos mesmos que a proposta do plano de ação deve se basear. Entre as soluções apontadas como possíveis e que podem contribuir direta e indiretamente na redução dos índices de desnutrição infantil estão: intensificação do pré-natal; puericultura eficiente; grupo de crianças desnutridas e em risco para desnutrição; planejamento familiar.

**Palavras chave:** Desnutrição infantil. Cuidados de enfermagem. Programa saúde da família.

## ABSTRACT

Child malnutrition in children under five years may compromise the physical and mental development of the child, in addition to exerting influence on the risk of mortality and children's growing and development. To detect in our coverage area, malnourished children, we elected this situation as a problem to be solved. Thus, this study aimed to perform an action plan to increase the rate of recovery of malnourished children living in the district of São João da Chapada Diamantina countryside of Minas Gerais. For the preparation of the Action Plan this study, we chose to perform the literature search, the site of the Virtual Health Library (BVS) the databases LILACS and SciELO. The proposed plan of action to be executed was performed according to guidelines from Module 3 - Planning and evaluation of health of the Specialization Course in Primary Care in Family Health. We believe that the implementation of a plan of action can bring positive results for the recovery of malnourished children. In the area of coverage researched and supported by the literature, the main causes of malnutrition are prematurity, low birth weight, early weaning, the delay in the introduction of other foods after the sixth month of life, inadequate nutrition, lack of mother / child, caregiver's lack of knowledge in food preparation (hyper dilution, hygienic conditions). With this, it became clear that it is based on the search of the same resolution that the proposed plan of action must be based. Among the solutions proposed as possible and can contribute directly and indirectly to reduce the rates of child malnutrition are: intensification of prenatal care, childcare efficient; group of children malnourished and at risk for malnutrition; family planning.

**Keywords:** Child malnutrition. Nursing care. Family health program



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO</b>	<b>16</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>18</b>
<b>6 PROPOSTA DE AÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória na pós-graduação, no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), me permitiu entrar em contato com vários módulos temáticos, todos eles com conteúdos e atividades possibilitadoras de reflexão e reconstrução da prática profissional. Quando realizei o módulo de Planejamento e avaliação das ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) e fiz o diagnóstico situacional, dentre os pontos levantados, as demandas referentes à saúde da criança se mostraram como um problema a ser trabalhado no território da minha equipe de atuação.

Assim, após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde Sol – São João da Chapada, vários problemas foram levantados, dentre os quais sobressaíram: alto número de gestantes adolescentes; alto índice de alcoolismo; falta de lazer; ausência de saneamento básico e aumento do uso de drogas. Além desses, outros problemas foram observados no decorrer das disciplinas como, por exemplo, o índice de crianças desnutridas, o desmame precoce e a incidência de partos prematuros.

No que diz respeito a todos esses problemas mencionados, destaca-se, para este estudo, a desnutrição infantil uma vez que ela pode acarretar problemas que vão ter suas consequências ao longo de toda a vida do ser humano. Ela afeta todos os sistemas, impedindo o crescimento e desenvolvimento adequado das crianças e pode impedir que a criança tenha uma vida saudável.

Para Monte (2000), a desnutrição infantil, apesar da redução mundial de sua prevalência, continua a ser o problema mais importante de saúde pública principalmente nos países mais pobres, devido a sua magnitude e consequências desastrosas para o crescimento, o desenvolvimento e a sobrevivência das crianças. E, mais que um problema de saúde pública, a desnutrição, por ser de natureza multifatorial, passou a ser vista como um grave problema social.

De acordo com Coutinho, Gentil e Toral (2008), o estado nutricional de uma população está diretamente relacionado com sua qualidade de vida. Grupos populacionais

considerados vulneráveis e determinadas faixas etárias, como as crianças menores de cinco anos, estão entre as mais atingidas por distúrbios nutricionais, em particular, pelas carências nutricionais. Por isso, frequentemente associa-se o estado nutricional das crianças de um país ou região com seu nível de desenvolvimento econômico e social, constituindo-se a desnutrição infantil em um excelente indicador de desigualdade social nas populações.

A desnutrição tem sido estudada, pesquisada e discutida em eventos nacionais e internacionais, pois se trata, conforme aludido anteriormente, de um grave problema de saúde que ocasiona comprometimento no crescimento e desenvolvimento e está associada à maior frequência de internações hospitalares (devido a infecções de repetição) e aumento da mortalidade infantil. (PETTENGILL *et al.*, 1998)

Segundo o Ministério da Saúde, a desnutrição continua a ser uma das causas de morbidade e mortalidade mais comuns entre crianças de todo o mundo. No Brasil, embora a prevalência da desnutrição na infância tenha caído nas últimas décadas, o percentual de óbitos por desnutrição grave em nível hospitalar, se mantém em torno de 20%, muito acima dos valores recomendados pela OMS (inferiores a 5%). (BRASIL, 2005)

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2006) a prevalência da desnutrição na população brasileira de crianças menores de cinco anos, aferida pela proporção de crianças com déficit de crescimento, foi de 7%. A distribuição espacial dessa prevalência indica frequência máxima do problema na região Norte (15%) e pouca variação entre as demais regiões (6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e 8% na região Sul).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), já em 1992, ressaltou que “existem abundantes evidências demonstrando que a desnutrição nas crianças menores de cinco anos pode comprometer irreversivelmente o desenvolvimento físico e mental da criança”, trazendo, portanto, a noção de que a desnutrição ultrapassa as influências físicas e chega ao âmbito psicossocial da criança. (UNICEF, 1992, p. 60)

Cavendish *et al.* (2010), em revisão de literatura, afirmam que, dentre as causas biopsicossociais e as consequências da desnutrição, podem ter iniciado durante a vida intrauterina e, usualmente, persistem na infância em decorrência da interrupção do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros anos de vida. Citam, também, outros fatores de risco como: situação socioeconômica familiar, conhecimento insuficiente das mães sobre cuidados com a criança e fraco vínculo entre mãe-filho.

Segundo Ribas *et al.* (1999), o estado nutricional exerce influência decisiva nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil, o que torna importante uma avaliação nutricional dessa população mediante procedimentos diagnósticos que possibilitem precisar a magnitude, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, assim como identificar os grupos de risco e as intervenções adequadas.

## 2 JUSTIFICATIVA

A desnutrição pode ser definida como uma condição clínica decorrente de uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais. A desnutrição pode apresentar caráter primário ou secundário, dependendo da causa que a promoveu. Entende-se por causa primária a pessoa que come pouco ou “mal”. Ou seja, tem uma alimentação quantitativa ou qualitativamente insuficiente em calorias e nutrientes. As causas secundárias estão presentes quando a ingestão de alimentos não é suficiente porque as necessidades energéticas aumentaram ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente ao alimento. Exemplos: presença de verminoses, câncer, anorexia, alergia ou intolerância alimentares, digestão e absorção deficiente de nutrientes. (BRASIL, 2006)

De acordo com a OMS (2000), desnutrição grave é uma desordem tanto de natureza médica como social, ou seja, os problemas médicos da criança resultam, em parte, dos problemas sociais do domicílio em que a criança vive. A desnutrição é o resultado final da privação nutricional e, frequentemente, emocional por parte daqueles que cuidam da criança. Estes, devido, possivelmente, à falta de entendimento, pobreza ou problemas familiares, são incapazes de prover a nutrição e o cuidado que a criança requer. É imperativo lembrar que o sucesso no manejo da criança gravemente desnutrida requer que ambos os problemas, médico e social, sejam reconhecidos e corrigidos. Se a doença é vista como sendo apenas uma doença médica, é provável que a criança recaia quando voltar para casa, e que outras crianças da família permanecerão em risco de desenvolver o mesmo problema.

O Programa Saúde da Família, já implantado em diversas cidades do país, é um aliado para as práticas de promoção da saúde na comunidade, pelas estratégias de educação em saúde que fazem parte das ações do programa e pelo vínculo que é estabelecido entre a equipe de saúde e os usuários do serviço através das visitas domiciliares. Estas permitem aos profissionais vivenciarem a influência dos aspectos culturais nos cuidados com a saúde, algo que perpassa as gerações e que precisa ser

valorizado, em especial, nos casos das crianças desnutridas que necessitam de cuidado diferenciado. (FROTA, 2009)

Segundo Hein e Arruda (2009), a criança com desnutrição infantil, devido a pouca resistência imunológica, está mais sujeita às intercorrências clínicas, sobretudo doenças infecciosas pulmonares, intestinais e digestivas. Ainda de acordo com o autor, a criança depende da intervenção da mãe para ter acesso ao tratamento. Isso demonstra a importância do papel dessas mães na observância ao tratamento, bem como na percepção de uma enfermidade ou desconforto em seu filho.

Frota (2009) afirma que as mães das crianças desnutridas residentes em áreas rurais, na sua maioria, têm maior tempo para cuidar dos filhos, mesmo na vigência de condições sociais e econômicas desfavoráveis, mas ignoram a melhor forma de fazê-lo. Pontua, ainda, ser necessário que os profissionais de saúde realizem estratégias educativas, a fim de incentivarem hábitos alimentares saudáveis, direcionado à realidade local, explorando as riquezas da terra e a importância do consumo de cada alimento e que a equipe multidisciplinar de saúde, em especial do Programa Saúde da Família, execute função significativa no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, como oficinas educativas, atentando ao padrão de vida da região, suas culturas, costumes, economia, dentre outros fatores da realidade vivida por cada família.

A abordagem adequada da recuperação nutricional, baseada em conhecimento científico atualizado e implementada por profissionais devidamente capacitados, deve ser efetivada nos diferentes níveis de atenção à saúde incluindo à família/comunidade. (BRASIL, 2005)

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. (MONTE, 2000)

Todos os autores concordam que a interação mãe/cuidador – criança (carinho, amor, paciência) interfere positivamente no tratamento da desnutrição infantil, auxiliando na recuperação das mesmas. O trabalho multidisciplinar, a participação ativa da equipe de ESF junto à família do desnutrido, uma linguagem clara e um ambiente acolhedor que possibilite que as mães e cuidadores tirem suas dúvidas também são importantes para a recuperação da criança.

Diante do exposto e com base na observação ativa dos hábitos de vida da comunidade acreditamos que a implementação de um plano de ação pode trazer resultados positivos para a recuperação das crianças desnutridas. Após consultar inúmeras referências, podem-se notar alguns nós críticos como principais causadores da desnutrição infantil. Com isso, torna-se claro que é a partir da resolução dos mesmos que essa proposta de plano de ação deve se basear.

Na área de abrangência da EACS Sol – São João da Chapada, temos como principais causadores da desnutrição a prematuridade, o baixo peso ao nascer, o desmame precoce, o retardo na introdução de outros alimentos após o sexto mês de vida, alimentação inadequada, falta de vínculo mãe/filho, falta de conhecimento do cuidador no preparo dos alimentos (hiperdiluição, condições de higiene), infecções parasitárias e, indiretamente, planejamento familiar inadequado que leva a um alto índice de gestação na adolescência e de número elevado de filhos com falta de estrutura familiar.

Entre as soluções apontadas como possíveis e que podem contribuir direta e indiretamente na redução dos índices de desnutrição infantil estão: intensificação do pré-natal; puericultura eficiente; grupo de crianças desnutridas e em risco para desnutrição; planejamento familiar.

### **3 OBJETIVO**

Realizar um plano de ação para elevar o índice de recuperação de crianças desnutridas moradoras do distrito de São João da Chapada, zona rural de Diamantina, Minas Gerais.



#### 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do Plano de ação deste estudo, optamos pela realização da pesquisa bibliográfica, uma vez que, por meio dela, é possível conhecer o que já se tem publicado a respeito de desnutrição e seus principais fatores causais e o que se tem privilegiado para sua diminuição e ou erradicação.

Assim, o material bibliográfico foi selecionado via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Os artigos foram acessados a partir dos descritores: desnutrição infantil, cuidados de enfermagem.

Os dados para realização do diagnóstico de saúde da Equipe de Saúde foram coletados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Após a coleta, houve discussão com os outros profissionais da equipe para apontar dos dados mais relevantes, com vistas à elaboração do plano de ação em consonância com realidade de saúde local.

A proposta do plano de ação a ser executado foi realizada conforme orientação do Módulo 3 – Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, existe um consenso entre autores estudiosos da desnutrição infantil que sugerem algumas vertentes determinantes para a desnutrição, destacando-se, entre elas, a adequação do cuidado, a segurança alimentar, a salubridade do ambiente e acesso aos serviços de saúde.

Segundo Monteiro (2003), as causas mais comuns de desnutrição, na infância, são o desmame precoce, a higienização deficiente na preparação dos alimentos, a falta de vitaminas e minerais na dieta e a incidência repetida de infecções, em particular, das doenças diarreicas e parasitoses intestinais. Aliado a tudo isso, está a pobreza que torna mais frequente a presença da desnutrição na criança. Já Nudelmann e Halpern (2011) especificam que, pelo fato da criança depender da mãe ou responsável para o seu cuidado, a desnutrição tem ligação íntima com o fraco vínculo mãe-filho, normalmente associado à ocorrência da gestação indesejada, além da multiparidade, a condição econômica da família e a falta de alimento.

Dentre os tipos de desnutrição infantil, neste estudo destaca-se a desnutrição energético-proteica (DEP). Falar dela é falar não só a respeito da principal alteração do estado nutricional, mas se repostar a um dos principais problemas de saúde nos diversos países em desenvolvimento.

Segundo Fernandes (2003, p.76),

[...] há fatores diretamente relacionados à DEP (Desnutrição Energético-Proteica), como o consumo alimentar e a saúde do indivíduo, e fatores indiretamente relacionados, como as condições familiares, sua situação social e econômica e, por último, o nível das políticas sociais. É a interação entre pobreza (condição socioeconômica e familiar), saúde e alimentação da criança que conduz ao estado nutricional.

Nesse contexto, Frota e Barroso (2005) descrevem que a desnutrição infantil deve ser vista de forma ampla, o que significa dizer compreendê-la como um problema circunscrito não apenas ao contexto familiar da criança, mas também compreendendo

e compartilhando dos sentimentos vividos pela família da criança desnutrida, principalmente o sofrimento e a dor, além das doenças oportunistas. Há de se lembrar, ainda, de que a mãe é a pessoa mais envolvida, nesse processo.

Refletindo sobre estas questões Frota e Barroso (2005, p. 998) comentam que

É válido ressaltar que os aspectos culturais entrelaçados na visão de mundo de cada família demonstra a necessidade de adentrar o cotidiano e deparar com o modo de cuidar da criança desnutrida. É o grupo familiar algo de muita diversidade, haja vista a sua diversa representatividade que pode variar de acordo com a pessoa, o local onde vive, o nível socioeconômico, político, a formação religiosa e, ainda, a questão cultural.

Ainda segundo esses autores, normalmente as famílias de crianças desnutridas são numerosas, coexistindo mais de um caso de desnutrição o que requer estratégias educativas resolutivas com a participação de profissionais que busquem se aproximar do cenário onde as famílias residem com vistas ao entendimento dos problemas que enfrentam, em específico, os relacionados com o processo saúde-doença. Isso implica em um cuidar não centrado apenas no biológico, cujos resultados deflagram recidivas da desnutrição e aumentam os índices de mortalidade infantil.

De acordo com Vieira, Souza e Mancuso (2010), para que a mãe desempenhe um cuidado apropriado com seus filhos, ela deve ter saúde física e psíquica adequada para o desempenho de suas atividades. Isso quer dizer, ainda, que ela teve uma gestação planejada e sem intercorrências, inclusive no momento do parto, deixando clara a importância de uma assistência pré-natal apropriada. Ela se sente satisfeita no que se refere à vida pessoal e profissional, tem elevada autoestima e apresenta um ambiente familiar harmonioso. Os autores afirmam, ainda, que a desnutrição também pode ter suas causas relacionadas ao fraco vínculo mãe-filho e à situação familiar de insegurança alimentar.

Em concordância com os dizeres de Vieira, Souza e Mancuso (2010), Carvalhaes e Benício (2006) mostraram associação entre questões referentes ao vínculo inadequado com a desnutrição. Apontam, além disso, que mesmo em situação de

baixa renda, crianças cujas mães conseguiam atender melhor às necessidades, indicando melhor vínculo com elas, apresentavam menor prevalência de desnutrição. Assim, o cuidado adequado parece atuar como um freio para as adversidades socioeconômicas.

Para Teixeira e Heller (2004), é imprescindível para o controle da desnutrição crônica programas de saúde que visem à melhoria do abastecimento de água e programas que visem melhorar as práticas de higiene familiar com educação da família, bem como cobertura e qualidade nos serviços de saneamento, em especial, o abastecimento contínuo de água do sistema público com a eliminação da intermitência no fornecimento.

De acordo com Frota (2007), o cuidado com a criança desnutrida relaciona-se com o procedimento de capacitação, aquisição de conhecimentos acerca da saúde e de consciência crítica, o que possibilita operar mudanças sociais. Pela educação, alcança-se o processo de libertação e autonomia. Para tanto, faz-se necessária a utilização de metodologias educativas que possibilitem o confronto de saberes, a apreensão da realidade e os seus questionamentos, com a intencionalidade de identificar as raízes culturais, econômicas e sociais presentes e que ocasionam situações vivenciadas por famílias de crianças desnutridas e, conseqüentemente, a busca de transformação.

A atenção à criança desnutrida e a interação com a família e com a comunidade são estratégias importantes para o controle da desnutrição. Outros elementos necessários para possibilitar tal tipo de abordagem são: ação em equipe multiprofissional e multidisciplinar para melhor utilização do patrimônio; cuidados de saúde fundamentais para a criança, tais como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno e orientação da alimentação para o desmame; incentivo à imunização das crianças, conforme calendário do PNI; identificação e tratamento precoce das doenças e agravos associados, principalmente aqueles mais comuns da infância: doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas. (FERNANDES, 2003)

## 6 PROPOSTAS DE AÇÃO

Sabe-se que quanto mais cedo se busca abarcar as possíveis causas de desnutrição infantil melhores resultados são alcançados. Assim, o pré-natal se constitui em espaço de educação e prevenção da desnutrição não só materna, mas também do bebê.

Com isso, a proposta de intensificação do pré-natal objetiva realizar ações que possibilitem o enfrentamento e a redução, principalmente, do índice de prematuridade e do baixo peso ao nascer. Para tal, torna-se imperativo o envolvimento efetivo de toda a equipe de saúde.

Em paralelo, torna-se de fundamental importância a conscientização da população para a necessidade do início imediato do pré-natal, ou seja, assim que a gestação for descoberta deve-se educar/incentivar a mulher a dar início ao pré-natal com a efetiva participação de todos os profissionais e em todas as oportunidades de contato com a população.

Após o cadastro da gestante e consulta inicial, ela deverá ser acompanhada de perto pela equipe de enfermagem, pelo médico e pelo agente comunitário de saúde (ACS), responsável pelo domicílio da mesma. Cabe ao ACS realizar a busca ativa das faltosas nas consultas agendadas na Unidade e, caso a gestante não compareça à consulta, mesmo com a busca do ACS, outro recurso utilizado será a visita domiciliar feita pelo enfermeiro e/ou médico. Essa estratégia deve ser usada para que todas as gestantes cadastradas realizem o mínimo de consultas preconizadas e os exames indicados no início e no final da gestação pelo Ministério da Saúde.

O envolvimento do parceiro durante o pré-natal também é importante para dar apoio à mulher durante a gestação e no pós-parto, tendo em vista que a conscientização e o vínculo do casal, sempre que possível, com a equipe, possibilitam melhor interação entre ambos e com o bebê que está sendo gerado.

Durante o pré-natal, sobretudo quando o vínculo gestante/equipe é fortalecido, é possível começar a educá-la sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementar até os dois anos de idade, além de outros conhecimentos que ela detém acerca dos cuidados do filho e que precisam ser reelaborados. É importante esclarecer que a mãe não será, em momento algum, coagida/pressionada para amamentar exclusivamente ao seio, mas receberá informações e será ouvida como sujeito cidadã sobre os seus desejos e suas dúvidas com vistas a saná-las.

Para a concretização do pré-natal, há necessidade de recursos tanto organizacionais, objetivando organizar a agenda de atendimentos; cognitivos, para fornecer informações sobre o tema e estratégias para atingir as gestantes e a família e de poder para pactuação de consultas com obstetra, centro de referência para gestante de alto risco, realização de exames preconizados.

No que diz respeito aos recursos organizacionais, a agenda de consultas dos profissionais médico e enfermeiro será assim organizada: proposição de deixar um dia fixo para os grupos e consultas do pré-natal, como por exemplo, toda primeira terça-feira – para que seja divulgada com antecedência para todos da equipe e para a comunidade, a fim de que as gestantes possam se programar para as consultas e diminuir o índice de faltosas.

Os recursos cognitivos são importantes para capacitar os profissionais sobre temas atuais de interesse para as gestantes e que podem contribuir para a qualidade do pré-natal e maior adesão das mesmas ao programa. Utilizar outros grupos que não são diretamente ligados ao pré-natal, como por exemplo, o de hipertensos e diabéticos, para atrair parceiros, formadores de opinião na comunidade e na família para conscientização da importância do acompanhamento pré-natal.

A respeito dos recursos de poder apenas é preciso divulgar os fluxogramas a serem seguidos pelos profissionais de saúde. Ressalta-se que, por se tratar de município sede regional de saúde, a atenção secundária está presente e bem definida com a presença do Centro Viva Vida, equipado com profissionais competentes e oferta de

exames adequados para as gestantes de alto risco. As gestantes de riscos habituais serão acompanhadas na unidade de referência pelo enfermeiro e pelo obstetra na policlínica regional, uma vez que na unidade está sem o profissional médico na equipe. Assim, os exames preconizados pelo Ministério da Saúde já são garantidos para todas as gestantes.

A criação do vínculo equipe/gestante durante o pré-natal também facilita outro ponto importante para a solução do problema: a puericultura eficiente. Logo após o nascimento devem-se começar as consultas periódicas na unidade de saúde, intercalando entre consultas de enfermagem e médicas – como preconizadas pelo Ministério da Saúde – e grupos de discussão com mães de crianças de faixa etárias semelhantes.

Durante a puericultura, realizada principalmente pelo enfermeiro, é importante orientar sobre cuidados com a criança, aleitamento materno, cuidados de higiene no preparo de alimentos, idade adequada para introdução de alimentação complementar e formas de preparo e diluição adequada das misturas; importância da realização de pesagem e medida mensal quando eutrófico e semanal para desnutridos; realização de exames conforme indicado pelo Ministério da Saúde (MS) e pactuado pelo município.

Para que a puericultura seja realmente efetiva é importante a participação de todos os membros da equipe. Os ACS serão responsáveis por avisar das consultas e grupos e pela busca ativa dos faltosos, além de serem responsáveis também pela antropometria. Outra estratégia é a criação de parceria com acadêmicos do curso de nutrição da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri para apoio durante a realização dos grupos operativos e acompanhamento das crianças para evitar que entrem em grupo de risco.

A concretização dessas ações deverá contar com os principais recursos: os organizacionais - elaborar agenda de atendimento; ter pessoal disponível para as atividades; sala para reuniões de grupos; equipamentos de áudio e vídeo. Recursos cognitivos: em conjunto com a equipe de saúde, elaborar e agendar encontros de capacitação acerca de temas definidos pelos sujeitos e pelos profissionais de saúde;

definir estratégias de comunicação a serem utilizadas; propor e buscar parceria entre município e Universidade; pactuação para realizar os exames preconizados pelo MS.

Outra proposta de grande relevância é a criação de um Grupo de Crianças Desnutridas e em Risco para Desnutrição com a finalidade de encontrar soluções que permitam a diminuição e a resolução desse problema de saúde infantil. Durante os encontros grupais será possível esclarecer dúvidas das mães e cuidadores; realizar troca de experiências e vivências, além de realizar o controle semanal das crianças com a avaliação de peso e medida, alternando consultas de enfermagem, médicas, nutricionais para avaliação do estado geral da criança. O grupo será apoiado pela puericultura e todos os procedimentos da mesma serão ofertados para as crianças que farão parte deste.

Nesse contexto e com vistas a abarcar o fenômeno da desnutrição, procurar estabelecer parceria com a Secretaria de Promoção Social, com a intenção de envolver a assistente social que atua na comunidade e tem uma avaliação mais ampla do ambiente familiar das crianças desnutridas.

Quanto ao papel dos ACS, eles têm funções importantes junto ao núcleo familiar e busca dos faltosos, cabendo-lhes, juntamente com a equipe de enfermagem, cuidar para que as crianças estejam com o cartão de vacinação em dia, evitando, por conseguinte, o aparecimento de doenças preveníveis. Nessas visitas às famílias, poderão orientar sobre cuidados com a criança, sobre o uso de alimentos disponíveis na comunidade que possam contribuir para o ganho de peso e propor a criação de horta comunitária para enriquecer a dieta.

Ressalta-se que os encontros grupais se basearão em experiências que deram certo em outros lugares, como é o caso de Massapê – CE, pois em estudo realizado por Frota (2009), ela mostrou que as oficinas educativas foram pontos cruciais para buscar a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida. Outros temas a serem abordados nos encontros são: o aleitamento materno, alimentação



saudável, parasitoses e higiene, infecções intestinais e diarreia e outros temas propostos pelas componentes do grupo.

Toda a equipe de saúde deverá se certificar de que as famílias que tenham crianças desnutridas estejam incluídas no programa Leite pela Vida e se não estiverem tentar a inclusão delas no programa. Referencia-se, uma vez mais, que a concretização dessa intenção deverá contar com os recursos organizacionais (sala apropriada para receber os pais/cuidadores e cuidado com a agenda para que todos os profissionais envolvidos estejam disponíveis para os encontros); recursos cognitivos - no que se refere à capacitação da equipe para as discussões com os pais/cuidadores; e os recursos de poder e político que geram as parcerias entre as secretarias municipais de saúde e de desenvolvimento social, além da parceria entre município e Universidade.

A avaliação mensal pelos profissionais responsáveis pelos grupos, após cada encontro grupal, pelo menos no início de sua concretização, será ponto fundamental para que nossas ações sejam revistas e refeitas se assim se mostrarem necessárias, uma vez que se busca, por meio delas, elevar o índice de recuperação de crianças desnutridas moradoras do distrito de São João da Chapada, zona rural de Diamantina, Minas Gerais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo, a partir de um dos problemas detectados no diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, permitiu-me maior conhecimento a respeito da desnutrição infantil. Este problema foi escolhido uma vez que a desnutrição infantil afeta, sobremaneira, o futuro do cidadão, devido suas consequências no desenvolvimento e crescimento do ser humano. Tentar recuperar a criança desnutrida é dever de todo profissional de saúde.

Vimos, pelas leituras feitas que a desnutrição, quando acontece na primeira infância, pode acarretar problemas ao longo de toda a vida, prejudicando o desenvolvimento físico e até mesmo psicológico da criança.

O combate à desnutrição infantil tem papel fundamental para os profissionais das equipes de saúde da família como forma de promover saúde e prevenir doenças. Vale ressaltar que, nos últimos anos, o índice de crianças desnutridas vem diminuindo gradativamente no país, mas é preciso manter um sistema sempre vigilante e funcionando a fim de prevenir agravos e recuperar desnutridos antes de serem causados prejuízos irreparáveis.

Nesse sentido, o objetivo principal da proposta de plano de ação, é elevar o índice de crianças recuperadas da desnutrição com o mínimo de danos permanentes possíveis, melhorando a qualidade de vida familiar, na área de abrangência da EACS Sol – São João da Chapada, zona rural de Diamantina, Minas Gerais.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Secretaria de Atenção à Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 12 - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa **Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: saúde nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F.C.de.; FARIA, H.P.de.; SANTOS, M. M.dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG/Coopmed, 2010.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; BENICIO, Maria Helena D'Aquino. Malnutrition in the second year of life and psychosocial care: a case-control study in urban area of Southeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11. p. 2311-2318, 2006.

CAVENDISH, T. A.; ASSIS, V.C.; LOGRADO, M.H.G.; USTRA, E.O. Avaliação nutricional do paciente internado. **Rev.Com.Ciências da Saúde**.v.21,n.2,p:151-164, 2010.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 Sup 2:p; 332-340, 2008.

FERNANDES, B.S. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estudos Avançados**. v.17, n. 48, p: 77-9, 2003.

FROTA, Mirna Albuquerque; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.13, n.6 [cited 2012-10-17], pp. 996-1000, 2005.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Promoção da saúde com mães de crianças desnutridas na zona rural, **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 176-186, abr./jun. 2009.

HEIN, V.; ARRUDA, A. A desnutrição infantil representada por mães de crianças com baixo peso. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 30, n. 4, p : 585-93, 2009.

MONTE, Cristina M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**. v.76. Supl.3. 2000.

MONTEIRO, C.A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**. v. 17, n. 48, p: 7-20, 2003.

MONTEIRO, C.A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.1, p:35-43, 2009.

NUDELMANN, Carmen; HALPERN, Ricardo. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.16, n.3, p:1993-1999, 2011.

PETTENGIL, M.A.M. et al. Projeto de recuperação integral da criança desnutrida – uma proposta de atuação para o enfermeiro. Relato de caso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.32, n.3, p:247-254, 1998.

RIBAS, D.L.B. et al. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.33, n.4, p: 358-365,1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manejo da desnutrição grave: Um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas, e outros) e suas equipes de auxiliares. Genebra, OMS, 2000.

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, p:270-278, 2004.

UNICEF/IBGE (Fundo das Nações Unidas para a Infância/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1992. **Indicadores Sociais: Crianças e Adolescentes**. Rio de Janeiro: IBGE, 1992.

VIEIRA, V.L.; SOUZA, J.M.P.; MANCUSO, A.M.C. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.10, n. 2, p: 199-207 abr. / jun., 2010.