



Revista Brasileira em Promoção da Saúde
ISSN: 1806-1222
rbps@unifor.br
Universidade de Fortaleza
Brasil

Gurgel, Sabrina; Ferreira Marcolino, Fernanda; Casagrande Barbosa, Renata; Roma Matos, Damaris;
Silva Oliveira, Aurora da; Ferraz Rodrigues, Carla Roberta

Atuação multiprofissional em saúde da família: ampliando o olhar na intervenção com crianças
desnutridas

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 21, núm. 2, 2008, pp. 128-136
Universidade de Fortaleza
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811362008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: AMPLIANDO O OLHAR NA INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS DESNUTRIDAS

Multi-professional action in family health: increasing the look at malnourished children intervention

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Traçar a trajetória percorrida por uma equipe multiprofissional em um projeto de intervenção realizado com crianças desnutridas de 1 a 5 anos e suas famílias. **Métodos:** Trabalho de natureza quantitativa realizado com um universo de 165 crianças, sob responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) da periferia do município de São Paulo. As variáveis estudadas foram: os dados socioeconómicos familiares, avaliação do consumo alimentar, triagem de desenvolvimento e classificação do estado nutricional por escore Z. Com base nesses dados, planejaram-se atividades de intervenção, que envolveram oficinas educativas sobre a saúde infantil, oficinas culinárias e visitas domiciliares.

Resultados: Os aspectos socioeconómicos refletiam baixa renda familiar, com média de 6 anos de estudo, consumo alimentar inadequado e 53 (32,1%) encontravam-se desnutridas. A triagem de desenvolvimento mostrou 33(62,3%) crianças em situação de risco, com maior comprometimento na área da linguagem. **Conclusão:** Para a execução de intervenções em saúde é primordial conhecer a comunidade em que se está inserido, pois somente desta forma é possível se aproximar das reais necessidades e estabelecer estratégias nutricionais mais adequadas, que favoreçam a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos para o cuidado com a saúde.

Descritores: Saúde da Família; Programa Saúde da Família; Desnutrição; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the route covered by a multi-professional team within a project accomplished with malnourished children aged 1 to 5 years old and their families. **Methods:** A quantitative research held with a study population of 165 children under responsibility of a Family Health Team (ESF) of São Paulo municipality. The studied variables were: family socio-economical data, food consumption evaluation, a development sorting and nutritional status classification by Z score. Based on these data, intervention activities were planned, involving education workshops on child health, culinary workshops and domicile visits. **Results:** The socio-economical aspects revealed a low family income, with an average study period of 6 years, inadequate food consumption and 53(32.1%) children found themselves malnourished. The development sorting showed that 33(62.3%) children were in risk situation, being the speech area the most compromised. **Conclusion:** In order to accomplish health interventions, it is fundamental to know the community in which one is inserted, for only doing so it is possible to get close to the real necessities and to establish adequate nutrition strategies, that favor the autonomy and the responsibility of the individuals for health care.

Descriptors: Family Health; Family Health Program; Malnutrition; Health Education.

Sabrina Gurgel⁽¹⁾
Fernanda Ferreira Marcolino⁽¹⁾
Renata Casagrande Barbosa⁽²⁾
Damaris Roma Matos⁽³⁾
Aurora da Silva Oliveira⁽¹⁾
Carla Roberta Ferraz Rodrigues⁽³⁾

1) Casa de Saúde Santa Marcelina
– São Paulo – SP

2) Fundação Faculdade de Medicina
– São Paulo – SP

3) Faculdade Santa Marcelina
– São Paulo – SP

Recebido em: 14/08/2007
Revisado em: 29/01/2008
Aceito em: 22/02/2008

INTRODUÇÃO

Conforme descrição do Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada uma proposta de reorientação da atenção básica⁽¹⁾. Independentemente das diferentes prioridades dos municípios, nacionalmente, essa forma de atuação encontra-se em fase de expansão. Neste contexto, insere-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) que, conforme as especificidades de cada programa, pode contar com até quatorze áreas profissionais que ampliam o olhar sobre a atuação em saúde coletiva e contribuem para a efetivação da integralidade da saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No município de São Paulo, a região leste é uma das áreas que utilizam a ESF como forma de atuação no nível primário de atenção, e que acolhe o programa de RMSF proposto pelo Ministério da Saúde. Ao observar-se a região vislumbrando o processo saúde-doença determinado a partir das condições em que as pessoas vivem e trabalham⁽²⁾, torna-se evidente a desnutrição, foco deste estudo.

Desnutrição, pobreza e fome apresentam distintas definições, entretanto muitas vezes esses terrenos se aproximam e se sobrepõem⁽³⁾. A difícil condição em que vivem as famílias pobres torna freqüente a presença da desnutrição infantil nas áreas rurais e nas periferias dos grandes centros urbanos, onde a desigualdade social possibilita a formação da pobreza⁽⁴⁾. As crianças são as que mais sofrem estes efeitos deletérios, por serem mais vulneráveis⁽⁵⁾.

No Brasil, houve uma tendência declinante, porém não uniforme, do percentual da desnutrição infantil nos últimos anos, resultado dos ganhos econômicos na década de 70 e da expansão de serviços e programas de saúde na década seguinte^(6,7). Entretanto, observa-se que tal redução refere-se a crianças com desnutrição moderada ou grave, mas ainda há muitos casos de desnutrição leve, às vezes sem sinais clínicos típicos de desnutrição e que muitas vezes se expressam apenas em termos de retardamento de crescimento⁽⁸⁾.

Apesar da redução da prevalência, a desnutrição infantil continua a ser um dos problemas mais importantes de saúde pública do mundo atual, predominando nas populações mais pobres^(8,9), em virtude de sua magnitude e consequências para a saúde da criança. Entre os danos, destacam-se o aumento na incidência e severidade de enfermidades infecciosas, a elevação das taxas de mortalidade na infância, a diminuição da estatura⁽¹⁰⁾, o retardamento do desenvolvimento neuropsicomotor, as dificuldades no aproveitamento escolar^(10,11), as doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, cardiopatias e diabetes)⁽¹²⁾ e a redução da capacidade produtiva na idade adulta⁽¹⁰⁾; além de prejuízos no crescimento econômico e desenvolvimento social do país⁽⁹⁾.

Atualmente na literatura, há uma carência de descrições de intervenções realizadas com crianças desnutridas na periferia de grandes metrópoles. Assim, este trabalho tem o objetivo de descrever a trajetória metodológica de um projeto desenvolvido por uma equipe multiprofissional com crianças desnutridas em uma Unidade de Saúde da Família.

Mais do que uma preocupação em descrever uma pesquisa, este relato tem a intenção de detalhar o caminho percorrido desde a concepção do projeto, a partir da evidência de índices significativos de desnutrição infantil numa determinada localidade da periferia da cidade de São Paulo, passando pela construção do diagnóstico da situação da desnutrição em suas diferentes dimensões e pelo desenvolvimento fundamentado das intervenções.

MÉTODOS

Trata-se do relato de experiência de um projeto de intervenção em saúde, delineado a partir de pesquisa exploratória para construção do diagnóstico da situação de desnutrição infantil, planejamento e desenvolvimento das intervenções. O projeto foi desenvolvido por uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da família, com crianças desnutridas de 1 a 5 anos de idade, atendidas pela equipe I de saúde da família de uma unidade localizada na Cidade Tiradentes, Zona Leste do Município de São Paulo.

A equipe era formada por assistente social, enfermeira, fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga que faziam parte do programa de Residência, coordenado pela Faculdade Santa Marcelina (FASM) e pela Casa de Saúde Santa Marcelina (CCSM) de São Paulo, fruto de uma parceria destas instituições com o Ministério da Saúde. A CCSM é uma organização social parceira da Secretaria Municipal de Saúde na organização da atenção básica na região leste do município. A experiência da Residência, ocorrida nos anos de 2005 e 2006, contava também com profissionais de farmácia, fisioterapia, medicina, odontologia e terapia ocupacional, que atuavam em equipes de 4 ou 5 residentes, em 14 Unidades de Saúde da Família.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina (protocolo nº 151).

As atividades fizeram parte de um projeto realizado a partir da solicitação da gerente do serviço de saúde, teve duração de 12 meses e se dividiu nas seguintes etapas:

A. Censo Antropométrico

Todas as crianças da equipe I foram convidadas pelas agentes comunitárias para um censo antropométrico (peso e estatura) realizado no serviço de saúde, no qual

compareceram 139 crianças acompanhadas de seus familiares. A escolha pela realização do censo se justificou pelo fato da antropometria ser um dado objetivo, simples e de baixo custo, que fornece informações sobre a gravidade e cronicidade da desnutrição⁽¹³⁾.

B. Coleta de Dados Familiares

No mesmo momento do censo antropométrico, a equipe multiprofissional coletou dos familiares dados referentes aos seguintes aspectos: (a) Identificação da criança (nome, sexo, idade, inserção escolar); (b) Histórico de saúde da criança (peso ao nascimento, grau de prematuridade, agravos de saúde nos últimos 6 meses, internação no último ano); (c) Identificação da família (nome, parentesco e escolaridade); (d) Condições sócio-econômicas da família (renda, participação em programas de complementação alimentar e de renda, condições de moradia, abastecimento e consumo de água, saneamento e destino do lixo, quantidade e tipo de bens de consumo).

É importante ressaltar que, posteriormente, toda a equipe debateu sobre a baixa adesão de crianças de uma microárea e optou pela realização das atividades descritas nos itens A e B na área de abrangência, totalizando assim, 165 crianças avaliadas.

C. Classificação do Estado Nutricional

Com base nos dados coletados, a equipe de residentes classificou o estado nutricional de cada criança através do cálculo do escore-Z de peso para a idade (P/I), peso para estatura (P/E) e estatura para a idade (E/I) com o auxílio do programa Epi Info⁽¹⁴⁾. Utilizou-se como referência as curvas de crescimento de 1977, do NCHS(National Center for Health Statistics), considerando valores entre +1,0 e -1,0 como eutrofia, entre +1,1 e +2,0 como sobrepeso, maior que +2,0 obesidade, entre -1,1 e -2,0 como desnutrição leve, entre -2,1 e -3,0 como desnutrição moderada e abaixo de -3,1 como desnutrição grave^(13,15).

D. Seleção de Crianças com Desnutrição

Conforme a classificação realizada no item anterior, a equipe selecionou as crianças desnutridas, convidando-as, junto de seus familiares, para as atividades de intervenção.

E. Intervenções em Crianças com Desnutrição

As intervenções realizadas se dividiram em diversas etapas, descritas a seguir:

a) Avaliação do Consumo Alimentar: Realizada individualmente pela nutricionista com o objetivo de conhecer os hábitos alimentares das crianças. Utilizou-se uma adaptação do Questionário de Freqüência Alimentar

(QFA)⁽¹³⁾. O QFA permite classificar grupos populacionais de acordo com o seu consumo alimentar habitual, identificar indivíduos com padrões extremos de consumo e monitorar as tendências do comportamento alimentar ao longo do tempo⁽¹⁶⁾. O questionário avaliou o consumo de 34 alimentos, classificando-os em 8 categorias: (a) 2 ou mais vezes ao dia, (b) 1 vez ao dia, (c) 5 a 6 vezes por semana, (d) 2 a 4 vezes por semana, (e) 1 vez por semana, (f) 1 a 3 vezes por mês, (g) menos de 1 vez por mês e (h) nunca.

b) Triagem do Desenvolvimento: Realizada individualmente pelos profissionais da equipe multiprofissional de residentes através do Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDDII)⁽¹⁷⁾. O teste é composto por 4 áreas: pessoal-social, motor fino adaptativo, linguagem e motor grosso. Para cada item avaliado, a criança teve seu desempenho anotado e ao final da aplicação classificou-a como provavelmente normal, risco e não testável.

c) Planejamento das Atividades: Com base nas informações obtidas durante a coleta dos dados familiares, do QFA e do TTDDII a equipe realizou a análise estatística (média, desvio-padrão e freqüência simples) e o planejamento das atividades. Ao longo do projeto realizaram-se reuniões para sua avaliação e reestruturação.

d) Oficinas Educativas: As oficinas educativas buscaram inicialmente promover uma aproximação entre os profissionais e a população, permitindo, desta forma, promover uma reflexão sobre os conceitos de saúde da criança, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Devido ao número de crianças e ao horário escolar das mesmas, optou-se por realizar encontros nos períodos da manhã e da tarde, permitindo que as famílias escolhessem o horário que lhes fosse mais adequado. As oficinas realizaram-se na sala de grupos e na brinquedoteca do serviço de saúde e totalizaram seis encontros em cada período, aos quais compareceram as crianças e suas famílias.

A primeira oficina abordou a desnutrição e a alimentação da criança. Para essa atividade, os profissionais dividiram-se em dois grupos, sendo que o primeiro debateu o tema com a família na sala de grupos e o segundo com as crianças na brinquedoteca. A dinâmica com os familiares iniciou-se com a apresentação dos participantes e prosseguiu com a apresentação da proposta de trabalho. Em seguida, os participantes foram questionados sobre o que entendiam por desnutrição e suas consequências. Todos que se sentiram à vontade para manifestar-se, e conforme as informações eram trazidas os profissionais, em particular a nutricionista, realizavam orientações com maior respaldo técnico-científico. A atividade teve continuidade com o debate sobre a alimentação das crianças e sobre os cuidados de higiene

dos alimentos. A dinâmica com as crianças utilizou materiais de desenho e pintura sobre a temática da alimentação.

A segunda oficina enfocou a alimentação. Para essa atividade agrupou-se os participantes, família e crianças, em 4 equipes que tinham que selecionar, entre recortes de revistas e figuras, aqueles alimentos que consideravam parte da sua alimentação habitual. Cada equipe mostrava aos colegas suas escolhas, justificando-as, e ao longo desse debate novamente os profissionais de saúde realizavam orientações que consideravam pertinentes.

O terceiro encontro debateu sobre os cuidados com a higiene pessoal e com o ambiente. Para essa atividade, a equipe de residentes confeccionou desenhos grandes de móveis e de utensílios de casa, de uma família completa e de elementos tradicionalmente vinculados à sujeira (insetos, ratos, restos de alimentos e outros). Os participantes debateram sobre os cuidados de higiene diárias e foram convidados a montar um painel com as figuras já descritas, observando quais cuidados poderiam ter para evitar que os componentes relacionados à falta de higiene invadissem o lar daquela família. Ao final da atividade, distribuiu-se um folder com as informações debatidas.

O quarto encontro tratou sobre a temática da família. Para essa atividade novamente os profissionais e participantes separaram-se em grupos de familiares e de crianças. Na atividade com os familiares foram utilizadas revistas, das quais foi solicitado que os participantes retirasse recortes com elementos que representassem o significado da família para eles. Após a escolha das figuras, todos as apresentaram e formaram um painel utilizado para ampliar a discussão. Na atividade com as crianças, como na primeira oficina, utilizaram-se materiais de desenho e pintura com os quais se buscou retratar todos os componentes das famílias das crianças.

O quinto encontro debateu a importância do brincar para o desenvolvimento infantil. Os participantes discutiram as atividades realizadas pelas crianças no ambiente doméstico e foram levados a refletir sobre como incentivar o bom desenvolvimento desta nos aspectos motor, psicossocial e de linguagem. Debateram ainda a importância do convívio com colegas de mesma faixa etária, sobre a possibilidade de adquirir bons materiais lúdicos com objetos simples e reutilizados como blocos, embalagens de produtos já utilizados e outros, e sobre o benefício da inserção escolar. Em seguida, propôs-se para as famílias o preparo de uma massa de modelar com ingredientes de cozinha (farinha, óleo, sal e gelatina) e, a partir daí, a confecção de algo que cada uma das famílias achasse interessante.

O sexto encontro trabalhou a dinâmica e o vínculo familiar, enfocando, em especial, a agressividade das

crianças e a necessidade de limites. Propôs-se uma dinâmica na qual cada criança seria desenhada em papel pardo, sendo elas próprias utilizadas para o contorno. Ao longo da atividade, debateu-se a temática. Os familiares trouxeram relatos de seu cotidiano e alguns comportamentos e condutas puderam ser notados e orientados no próprio decorrer da intervenção.

e) Oficinas Culinárias: Alternadamente às oficinas educativas ocorreram as oficinas culinárias, que buscaram apresentar às crianças e as suas famílias os diferentes alimentos, esclarecendo sobre seu valor nutricional e despertando o interesse para o consumo. Essa atividade procurou, ainda, trabalhar questões referentes à higiene pessoal e alimentar e ao aproveitamento integral dos alimentos. As oficinas foram realizadas na cozinha do serviço de saúde e totalizaram 6 encontros.

Antes de iniciar cada oficina culinária, os participantes lavavam as mãos e se dirigiam à cozinha. Em seguida, eram distribuídos panfletos contendo uma receita selecionada pela nutricionista devido à facilidade de execução, à disponibilidade de ingredientes e à palatabilidade. Conforme o interesse dos participantes, um integrante realizava a leitura da receita e o grupo identificava os ingredientes e materiais a serem utilizados. Em seguida iniciava-se o preparo, dividindo-se as tarefas segundo as escolhas e habilidades dos participantes. Ao final todos degustavam a receita. Com o objetivo de explorar os diferentes grupos alimentares desenvolveram-se as seguintes receitas: (1) salada de frutas, (2) suco da casca do abacaxi, (3) tabule, (4) arroz verdinho (com espinafre), (5) purê de feijão, (6) hambúrguer, (7) omelete de forno, (8) torta de banana, (9) pizza criativa (com folhas e talos) e (10) docinho de abacaxi com coco.

f) Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares foram realizadas por duplas de profissionais da equipe de residentes e tiveram como objetivos: (1) incentivar a participação das famílias nas oficinas educativas e culinárias, (2) questionar o impacto das atividades na rotina da família e (3) verificar possíveis temas de discussão de interesse da família. Elas foram realizadas ao longo de um período de duas semanas. Não foi proposto nenhum protocolo formal de avaliação.

RESULTADOS

I. Classificação do estado nutricional

A classificação do estado nutricional revelou que, das 165 crianças avaliadas, 93 (56,4%) estavam eutróficas, 17 (10,3%) com sobrepeso, 2 (1,2%) obesas e 53 (32,1%) desnutridas, sendo 45 (27,3%) com desnutrição leve e 8 (4,8%) moderada.

II. Identificação das crianças

Das 53 crianças com desnutrição, 28 (52,8%) eram do sexo feminino, tinham idade média de 3,8 anos ($\pm 1,2$ DP) e 29 (54,7%) freqüentavam creche ou escola.

III. Histórico de saúde das crianças

As crianças com desnutrição nasceram com peso médio de $3299,2 \pm 671,9$ g DP, sendo 7 (13,2%) com baixo peso e 12 (22,6%) pré-termo. Os cuidadores referiram que 40 (75,5%) crianças apresentaram tosse com febre ou diarréia nos últimos 12 meses; e 12 (22,6%) ficaram internadas no último ano.

IV. Identificação e condições sócio-econômicas das famílias

Analizando os dados sociais das famílias com crianças desnutridas, identificou-se que a renda média familiar era de R\$ $483,93 \pm 221,28$ e que a média do número de cômodos nos domicílios era de $2,3 \pm 1,3$ para $4,9 \pm 2,0$ habitantes por casa. 17 (32,1%) famílias recebiam auxílio financeiro de programa governamental; e 42 (79,2%) recebiam auxílio de programa de alimentação, sendo este referente ao recebimento de leite em pó ou fluido oferecidos pelo governo municipal e estadual, respectivamente.

Quanto à posse de bens de consumo, a televisão foi o item comum em 51 (96,2%) famílias, seguido do fogão em 49 (92,5%) residências, da geladeira em 43 (81,1%) e do rádio em 40 (75,5%).

Em relação à escolaridade dos pais, identificou-se, em quantidade de anos de estudo, média materna de $6,6 \pm 2,9$ anos e paterna de $6,7 \pm 3,2$ anos.

No que se refere às condições de saneamento básico, verificou-se que todas as residências tinham o lixo coletado, entretanto 13 (24,5%) não possuíam rede de esgoto e 7 (13,2%) não tinham rede de água. Também se identificou que 29 (54,7%) famílias consumiam água sem tratamento no domicílio.

V. Avaliação do consumo alimentar

Segundo a avaliação do QFA, entre os alimentos mais consumidos na freqüência de duas ou mais vezes ao dia, destacaram-se o leite (33; 62,3%), o pão (30; 56,6%), a manteiga ou margarina (31; 58,5%), o arroz (39; 73,6%) e o feijão (34; 64,2%). Na freqüência de 2 a 4 vezes por semana, o frango (24; 45,3%), a carne bovina (23; 43,4%), a salsicha (21; 39,6%), o refrigerante (20; 37,7%), os salgadinhos de pacote (17; 32,1%) foram os alimentos mais citados. Observou-se, ainda, o consumo diário de suco artificial, por 22 (41,5%) crianças, e de balas e chicletes, por 21 (39,6%) indivíduos. O consumo de frutas na freqüência igual ou menor de uma vez ao dia foi verificado em 39 (73,6%) crianças. Os alimentos consumidos em freqüência inferior

a uma vez ao mês ou nunca consumidos são: peixes (43; 81,1%), vísceras (31; 58,5%), macarrão instantâneo (25; 47,2%), café puro (25; 47,2%) e hortaliças (20; 37,7%).

Os responsáveis pelas crianças referiram que tais freqüências de consumo alimentar também são hábitos do restante da família em 38 (71,7%) casos.

VI. Triagem do desenvolvimento

A partir do Teste de Denver II, observou-se que, dentre as crianças avaliadas, 13 (24,5%) apresentaram desenvolvimento classificado como normal, 33 (62,3%) como risco e 7 (13,2%) como não testável. Dentro as quatro áreas avaliadas pelo teste, encontramos um maior número de falhas na área da linguagem (36; 67,9%), seguida pelas áreas de habilidades motoras finas (33; 62,3%), motoras grosseiras (29; 45,3%) e pessoais sociais (16; 30,2%). Quando comparamos o desenvolvimento de crianças conforme o grau de desnutrição, encontramos que 14 (31,1%) crianças com desnutrição leve apresentaram desenvolvimento normal, sendo que nenhuma desnutrida moderada obteve tal classificação.

VII. Oficinas educativas

As oficinas educativas permitiram uma aproximação entre os profissionais de saúde e as famílias, contudo, não foi um espaço efetivo de diálogo entre os participantes. Talvez isso decorra da falta de experiência dos profissionais, que, apesar de disporem de alguns dados concretos da realidade daquelas famílias, pouco conheciam a dinâmica de vida delas. Outro fator relevante é o fato dos participantes não se exporem, esperando que os profissionais lhe oferecessem todas as informações, como é comum nos serviços de saúde, onde as ações educativas são extremamente normatizadoras e centradas apenas na adoção de hábitos individuais saudáveis⁽¹⁸⁾ e na culpabilização dos indivíduos.

VIII. Oficinas culinárias

Considerando o exposto no item anterior, observou-se que o ambiente das oficinas culinárias propiciou um melhor espaço de interação entre profissionais, crianças e famílias. Durante as atividades todos se organizaram para realizar as tarefas, ajudando-se mutuamente conforme suas habilidades e experiências anteriores, tendo uma integração efetiva.

A elaboração dos pratos culinários não se limitou em ser apenas uma estratégia de educação nutricional. Muitas vezes, durante a execução das tarefas, os participantes trouxeram fatos de seu cotidiano e o grupo acolheu e debateu temas como: violência doméstica, desenvolvimento infantil, alcoolismo, família, culinária e atividades de entretenimento e lazer.

Foi possível ainda incentivar o aprimoramento de habilidades dialógicas e motoras finas necessárias para a

execução da receita durante a manipulação dos ingredientes, como no corte e mensuração dos alimentos.

Nas oficinas observou-se que as crianças reproduziam comportamentos e dinâmicas de seu cotidiano, vinculados à agressividade física e verbal, assim pode-se buscar re-significar a importância do respeito, da autonomia e da riqueza do trabalho compartilhado.

A oficina tornou-se, desta forma, um espaço de troca e aprendizagem adequado ao cenário em que estava inserida.

IX. Visitas domiciliares

As visitas domiciliares cumpriram seu propósito de ser mais um momento de aproximação entre a equipe e as famílias. Pode-se conhecer melhor as particularidades de cada criança e auxiliar nas questões e dúvidas mais específicas.

X. Evasão

Ao longo do desenvolvimento do projeto, observou-se evasão de 20 (37,7%) crianças. As famílias se justificaram relatando questões pessoais, como incompatibilidade de horários da escola da criança e de trabalho do cuidador.

DISCUSSÃO

A prevalência de desnutrição neste estudo (32,1%) concorda com os dados obtidos na literatura nacional. Estudos com populações semelhantes nos municípios de São Paulo e Campinas, no estado de São Paulo, mostram a prevalência de 30,0% e 31,2% de desnutrição infantil, respectivamente^(19,20). Além disso, a análise dos dados do município de São Paulo nos anos de 1975 e 1989 demonstra que os estratos que partem de prevalência de desnutrição infantil mais elevados, ou seja, os “mais pobres”, são os que relativamente menos progredem. O resultado final é a redução global da desnutrição acompanhada do diferencial da prevalência entre “pobres” e “ricos”⁽⁷⁾. Tais estudos ratificam a importância em abordar a desnutrição infantil em populações pobres.

A classificação, segundo o escore-Z, tem sido a mais utilizada ultimamente, pois é uma medida estatística que não varia com idade e estatura⁽¹³⁾. Observa-se que muitos estudos utilizam o ponto de corte -2 escore-Z para identificar crianças com desnutrição^(5,10,21), entretanto, na atuação na comunidade e na prática clínica é importante identificar casos de desnutrição leve que podem, a longo prazo, acarretar consequências deletérias⁽¹³⁾.

Ao analisar os resultados referentes aos dados sociais tornam-se evidentes as condições de vida das famílias assistidas pela unidade. Encontra-se, nessa região, invasões em constante crescimento e áreas de alto risco, com córregos não canalizados, alagamentos, esgotos a céu aberto, ruas

não pavimentadas e construções irregulares. Há poucos equipamentos sociais que realizam ações pontuais e apenas um equipamento educacional. O distrito periférico que abrange essa região conta com 32 equipamentos de saúde e 56 equipamentos educacionais oferecidos a uma população de aproximadamente 191 mil pessoas. Mantém uma taxa de analfabetismo maior do que a média do município, de 5,8% para 4,9%. Em relação à quantidade de anos de estudo, os chefes de família apresentam uma média de 6,2, enquanto a média do município é de 7,7. Quanto aos indicadores de saneamento básico que incluem rede de água e esgoto e lixo coletado, o Distrito também apresenta média inferior ao do município⁽²²⁾.

Desta forma, o estudo apontou conformidades com as características socioeconômicas e demográficas do Distrito como um todo, pois apresentou resultados semelhantes no que se refere à dificuldade de acesso aos bens e serviços essenciais, que incluem a oferta insuficiente de equipamentos sociais, condições de saneamento básico e de moradia.

Esse dado reforça a necessidade de repensar o direcionamento das políticas públicas sociais e de saúde, tendo em vista que a ausência de recursos para a aquisição de alimentos não pode ser considerada único fator determinante da desnutrição⁽¹⁹⁾. A deficiência de fatores como a educação, a saúde e o lazer tornam os indivíduos mais vulneráveis aos fatores determinantes da morbidade que variam desde as condições socioeconômicas e ambientais até as condições reprodutivas e biológicas, necessitando de ações intersetoriais que favoreçam o fortalecimento da comunidade e que sejam planejadas a partir de suas próprias características e potencialidades, direcionadas para seu benefício⁽²³⁾.

Embora a desnutrição esteja predominantemente vinculada à pobreza, é importante também observar os hábitos alimentares inadequados. Os resultados obtidos na avaliação do consumo alimentar são condizentes com o estudo de Castro et al.⁽²⁴⁾, que também observou maiores freqüências de consumo, pelos pré-escolares, de cereais, leguminosas, leite, doces e gorduras; e baixa freqüência de hortaliças. Ressalta-se que o baixo consumo de macarrão instantâneo é um dado discordante da literatura e da nossa prática clínica, visto a forte tendência do aumento do consumo deste alimento pela população infantil⁽²⁵⁾.

Observa-se que estes padrões de consumo diferem do modelo proposto na Pirâmide Alimentar⁽²⁶⁾. Assim, trabalhar a educação nutricional nessa fase da vida é essencial, visto que a criança está formando seus hábitos alimentares⁽¹³⁾.

Quanto aos resultados encontrados na triagem do desenvolvimento, apesar de valores alarmantes, é importante considerar que o teste não está adaptado e/ou validado para a população estudada. Desta forma, os dados encontrados não

podem servir como referência do desenvolvimento infantil das crianças avaliadas, pois o desenvolvimento humano é um processo dinâmico que se realiza ao longo da vida das pessoas⁽²⁷⁾. Assim, tais informações serviram apenas como norteadoras das habilidades e conceitos a serem trabalhados no grupo.

Todo o planejamento realizado baseou-se nas informações objetivas obtidas nos diferentes momentos de avaliação. Entretanto, na realização da intervenção prática, a oficina culinária mostrou-se a estratégia mais eficaz. Nela buscou-se resgatar hábitos regionais inerentes ao consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como de padrões alimentares desde os primeiros anos de vida. Além disso, considerou-se as significações culturais, sociais, comportamentais e afetivas associadas aos alimentos e que não devem ser desprezadas⁽²⁸⁾.

Deve-se notar que trabalhar as questões alimentares no ambiente da cozinha reforça a função socializadora desse espaço, visto que este é um ambiente comum e não exclusivo de um serviço de saúde. Portanto, o ato de cozinhar torna a família ativa, à medida que ela também traz suas experiências, crenças, dificuldades e seus elementos comuns da prática diária para a construção do conhecimento conjunto. Com isso, atinge-se o objetivo da educação dialógica, que não é informar para a saúde, mas transformar os saberes existentes, visando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde⁽²⁹⁾.

Estudos apontam a necessidade do envolvimento da família no cuidado de crianças desnutridas, uma vez que compartilham inúmeras privações que afetam a estrutura e a organização familiar^(4,9,30).

O manejo nutricional é de grande importância durante a recuperação nutricional efetiva com ganho estatural^(4,9,30). A simples suplementação alimentar possibilita principalmente o ganho de peso, o que não sinaliza recuperação de boa qualidade, além de favorecer posteriormente à obesidade⁽³¹⁾. Estudo com crianças recuperadas da desnutrição sugere que a educação realizada durante o tratamento proporcionou dieta mais equilibrada nutricionalmente mesmo após a alta⁽⁹⁾. Com isso, buscou-se, na intervenção do presente estudo, não somente a melhora do estado nutricional, mas também que façam escolhas conscientes, almejando a saúde e uma melhor qualidade de vida. Com esta finalidade os sujeitos foram informados, por meio de oficinas educativas e culinárias, em conjunto com as crianças.

Frota e Barroso⁽⁴⁾ relataram em seu estudo que em algumas famílias falta a percepção da desnutrição como um problema que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança. Além disso, as alterações ocasionadas nos casos de desnutrição leve e moderada podem não ser perceptíveis para a família⁽³⁰⁾. Somado a isso,

algumas famílias deste estudo podem ter se evadido por julgar que a intervenção não surtiu efeito no tempo esperado, visto que a recuperação nutricional é um processo lento, o qual pode levar cerca de dois anos ou mais⁽³²⁾. Essa evasão também pode ser compreendida pela dificuldade inicial, já relatada, de envolver a família no processo educativo.

A Estratégia de Saúde da Família contribuiu para a realização da presente intervenção, por ser um modelo que se aproxima da população que assiste e se apropria da realidade em que está inserido. Neste estudo, a atuação prioritária com crianças desnutridas foi determinada a partir de uma necessidade local, fator fundamental para o planejamento e execução de uma ação efetiva em saúde.

A presença das agentes comunitárias em saúde (ACSSs) enriqueceu ainda mais esta forma de intervenção, pois a partir de informações que elas trouxeram para a equipe e que perpassam o universo dos dados epidemiológicos, foi possível realizar um planejamento mais eficaz e específico. Para o Ministério da Saúde, os ACSSs são o elo entre a comunidade e a equipe de saúde, proporcionando um contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da saúde, além de ser um elo cultural que potencializa o trabalho educativo⁽³³⁾.

Por fim, vale ressaltar que as atividades descritas foram planejadas e realizadas por uma equipe ampliada, o que permitiu intersecção dos saberes e elaboração de uma estratégia com um olhar direcionado também às questões subjetivas. Atualmente, as equipes mínimas do PSF não contam com estes profissionais, dificultando, desta forma, a realização de ações semelhantes. É importante considerar que a atuação dos demais profissionais pode trazer uma rica contribuição, não somente na intervenção com crianças desnutridas, mas em todas ações relacionadas à saúde e bem-estar das pessoas. Assim, é imprescindível que haja oferta de cursos de residência, especialização qualificadas nos municípios⁽³⁴⁾ e inserção destes profissionais na rede de serviços.

CONCLUSÃO

Considera-se de extrema importância, durante o planejamento e execução de intervenções em saúde, conhecer a comunidade em que se está inserido, pois somente desta forma é possível se aproximar das reais necessidades e estabelecer estratégias mais adequadas. É necessário ainda implicar neste processo os profissionais de diferentes categorias e a população, a fim de construir um saber norteador das ações e uma atuação efetivamente integrada.

Além disso, ressalta-se a relevância de uma avaliação contínua, permitindo remodelar o planejamento, adequando-o à uma realidade dinâmica.

Quanto aos métodos de avaliação utilizados, acredita-se que estes devem ser apenas orientadores das atividades, estando adequados à realidade local, não servindo de maneira alguma como estigmatizador dos participantes e de suas famílias, visto que estes procedimentos apresentam limitações e não permitem um olhar individual e subjetivo sobre os sujeitos.

Por fim, enfatiza-se que o trabalho enfocando as famílias é imprescindível na promoção da saúde infantil, visto que neste meio se desenvolvem as relações que favorecem a formação, o crescimento e o amadurecimento do indivíduo.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a CSSM/FASM pela oportunidade de vivenciar pioneiramente o programa de RMFS e todos os profissionais da Unidade de Saúde Dom Angélico que colaboraram com o projeto, em especial à gerente Márcia, às ACSs Adriana, Ana Quitéria, Graziela, Lúcia, Michelly, Raquel, Silvana, Thailany e Vilani, à enfermeira Cristiane, à médica Solange e aos auxiliares de enfermagem Iracema, Sérgio e Wilma. Agradecemos ainda a todas as crianças que participaram do projeto e suas famílias, que nos permitiram compartilhar suas vidas e crescer pessoal e profissionalmente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006. Série Pactos pela Saúde; 4.
2. Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Genebra; 2005. [acesso em 2006 Dez 12]. Disponível em: <http://www.determinates.fiocruz.br>.
3. Monteiro CA. A Dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estud Av. 2003;17(48):7-19.
4. Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(6):996-1000.
5. Issler RMS, Giugliani ERJ. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. J Pediatr. 1997; 73(2):101-5.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: antropometria e estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.
7. Monteiro CA, Benicio MHD, Iunes RF, Gouveia NC, Cardoso MAA. Evolução da desnutrição infantil. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 2000. p.93-114.
8. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. J Pediatr. 2000;76(Supl 3):S285-97.
9. Neves J. Estudo das repercussões da recuperação nutricional no metabolismo de crianças desnutridas tratadas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
10. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34(6):52-61.
11. Guardiola A, Egewarth C, Rotta NT. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. J Pediatr. 2001;77(3):189-96.
12. Sawaya AL, Solymos GMB, Florêncio TMMT, Martins PA. Os Dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. Estud Av. 2003;17(48):21-45.
13. Fernandes BS, Fernandes MTB, Bismarck-Nasr EM, Albuquerque MP. Vencendo a desnutrição: abordagem clínica e preventiva. São Paulo: Salus Paulista; 2002.
14. Epi Info [programa de computador]. Versão 3.3. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention; 2004.
15. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical report series; 854.
16. Colucci ACA, Philippi ST, Slater B. Desenvolvimento de um questionário de freqüência alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7(4):393-401.
17. Schultz C, Ribeiro FT, Araújo JM, Affonso LA, Nakahara MV, Pedromônico MRM. Teste de triagem de Denver: apresentação do Denver II. In: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Atualização em voz, linguagem, audição e motricidade oral. São Paulo: Frontis Editorial; 1999. p. 323-32. Coleção da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
18. Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis. 2004;14(1):67-83.

19. Domene SMA, Zabotto CB, Meneguello R, Galeazzi MAM, Taddei JAAC. Perfil nutricional de crianças e suas mães em bolsões de pobreza de Campinas, SP – 1996. *Rev Nutr.* 1999;12(2):183-9.
20. Sawaya AL, Dallal G, Solymos G, Sousa MH, Ventura ML, Roberts SB, et al. Obesity and malnutrition in a shantytown population in the city of São Paulo, Brazil. *Obes Res.* 1995;3 Suppl 2:107-15.
21. Teixeira JC, Heller L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de fora, MG. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(3):270-8.
22. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Sumário de dados 2004: Cidade Tiradentes. [acesso em 2006 Dez 12]. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/governo/sumario_dados/ZL_TIRADENTES_Caderno19.pdf
23. Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad Saúde Públ.* 1993;9(Supl 1):14-27.
24. Castro TG, Novaes JF, Silva MR, Costa NMB, Franceschini SCC, Tinôco ALA, et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. *Rev Nutr.* 2005;18(3):321-30.
25. Aquino RC, Philippi ST. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):655-60.
26. Philippi ST, Cruz ATR, Colucci ACA. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. *Rev Nutr.* 2003;16(1):5-19.
27. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento humano. In: Papalaia DE, Olds SW. Sobre o desenvolvimento humano. 7^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 23-54.
28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2006.
29. Alves VS. Um Modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface.* 2005;9(16):39-52.
30. Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estud Av.* 2003;17(48):77-93.
31. Weisstaub SG, Araya M. Recuperación nutricional: un desafio pendiente. *Rev Med Chile.* 2003;131(2):313-19.
32. Vieira MFA, Solymos GMB, Souza MHN, Ferrari AA, Unegbu H, Sawaya AL. Avaliação do padrão de recuperação nutricional de crianças desnutridas no centro de recuperação e educação nutricional. *Rev Ass Med Bras.* 1998;44(4):294-300.
33. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília; 2005. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.
34. Campos FE, Aguiar RAT. A Expansão da atenção básica nas grandes cidades e especialização em saúde da família como estratégia para sua viabilidade. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde. 2006 [acesso em 2006 Dez 12];3(1):97-101. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_rh.pdf.

Trabalho de conclusão de curso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada pela parceria entre Ministério da Saúde, Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina – Biênio 2005/2007.

Endereço para correspondência:

Fernanda Ferreira Marcolino
Rua Itapiranga, 59
CEP: 02911-090 – São Paulo – SP
E-mail: femarcolino@terra.com.br