

FACULDADE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ENFERMAGEM

LUANA DE CARVALHO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: a enfermagem  
comunitária na prevenção e acompanhamento de  
crianças em risco**

PATOS DE MINAS  
2009

LUANA DE CARVALHO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL: a enfermagem  
comunitária na prevenção e acompanhamento de  
crianças em risco**

Monografia apresentado à Faculdade Patos de Minas, com requisito parcial para a conclusão do curso de Enfermagem.

Orientador: Prof. Marcelo Marques Oliveira

**PATOS DE MINAS  
2009**

CARVALHO, Luana de  
DESNUTRIÇÃO INFANTIL: a enfermagem  
comunitária na prevenção e acompanhamento de crianças em  
risco / Luana de Carvalho. Patos de Minas/MG, 2009. n.º de  
p.66

Monografia– Faculdade Patos de Minas - FPM

Orientador: Prof.º Esp. Marcelo Marques Oliveira

1 Enfermagem Comunitária 2 Criança 3 Desnutrição  
5 Prevenção 6 Tratamento 7 Acompanhamento

LUANA DE CARVALHO

DESNUTRIÇÃO INFANTIL; a enfermagem comunitária na  
prevenção e acompanhamento de criança em risco

Monografia aprovada em 17 de dezembro de 2009 pela comissão examinadora  
constituída pelos professores:

Orientador: Marcelo Marques de Oliveira  
Prof. Esp. Marcelo Marques Oliveira  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Fredston Gonçalves Coimbra  
Prof. Ms. Fredston Gonçalves Coimbra  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Marlise Torres Pereira  
Prof. Esp. Marlise Torres Pereira  
Faculdade Patos de Minas

A você,

Viver a favor de uma causa, lutar e sorrir, demonstrando sentimento mesmo quando você se torna a única presença na vida do paciente, naquele último suspiro, quando você descobre a única testemunha entre ele e a morte.

## AGRADECIMENTOS

O Deus, que se faz presente em minha vida, expresso sentimento de gratidão e misericórdia, ao sentir-me amada e protegida diante de todos os momentos.

A minha mãe Doralice e ao meu avô Serafim, os quais depositaram em mim toda a confiança e me proporcionaram laços de amor e amizade, fundamentais para que alcance meus objetivos.

As minhas irmãs, Lívia e Lara, meu cunhado Adailton e aos meus sobrinhos João Mateus e Shofia, representam o amor fraterno e com os quais busco momentos de paz e harmonia.

Aos meus familiares que sempre me encorajavam nos momentos difíceis, em especial a tia Carla, a tia Cássia e o tio João.

Ao meu namorado Rodrigo pela paciência, atenção, carinho e amor

Aos Auxiliares, Técnicos, Enfermeiros e Médicos, com todo carinho pela amizade sincera e aprendizado para a minha vida profissional.

A professora Luciana de Araújo Mendes Silva, pela dedicação e atenção durante esses anos.

Ao meu orientador, Marcelo Marques de Oliveira, com admiração pelo trabalho na área de Enfermagem.

Ao coordenador José Henrique Nunes Borges de Andrade, há você que ensinou muito além das teorias, das filosofias e das técnicas, que nos preparou também para a vida.

As amigas: Glaucia e Juliana, Maria Lúcia, pelos momentos de alegria e tristeza que partilhamos. "Amigas para sempre é o que queremos ser".

Andei.....

Por caminhos difíceis, eu sei, mas olhando o chão sob meus pés, é assim a cada passo que der, tentarei fazer o melhor que puder.

Obrigada a todos.

*Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.*

## RESUMO

Nos últimos anos, o sistema de saúde no Brasil relacionado à saúde da criança tem sido alvo de várias transformações, um dos grandes desafios da saúde é diminuir progressivamente até abolir totalmente a desnutrição infantil em todas as regiões do país. Essa realidade começa a surgir devido à melhoria nos fatores socioeconômicos, saneamento básico e o Programa de Atenção Primária a Saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família, como estratégia de redirecionamento da atenção à saúde até então existente no país. Baseada nos princípios do SUS, que promove a reestruturação da atenção na família no meio em que ela vive, em caráter individual ou coletivo, incorporando o princípio da vigilância à saúde e o trabalho em equipe. Nesse contexto, destaca-se a saúde da criança, com ênfase na diminuição da desnutrição infantil, mal esse que ainda aflige milhares de famílias em todo o país. Esse trabalho tem como objetivo, destacar as principais causas de desencadeia a doença bem como a atuação do enfermeiro na prevenção, tratamento e acompanhamento. Sabe-se que ao ser identificado os fatores de risco, a enfermagem em conjunto com os demais profissionais da equipe multiprofissional, atuaram na prevenção deste o resgate de gestantes, no pré-natal, as quais têm filhos de baixo peso e desnutridos, na orientação a mãe ao manter a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, na inserção de novos alimentos na alimentação da criança após os seis meses, no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento até os cinco anos de idade diminuindo assim as conseqüências que tal mal pode trazer no desenvolvimento da criança. Para a elaboração do presente estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica e selecionados alguns autores, sendo feito uma análise do material, o presente estudo, procede-se a uma pesquisa descritivo-qualitativa. Quando as estratégias de prevenção não for o suficiente e forem identificadas crianças com baixo peso ou desnutridas, o enfermeiro deve promover ações para a diminuição dos agravos da doença. Quando obtiver resultado satisfatório a criança ainda deverá ser acompanhada por alguns meses no intuito de não haver recaído futuras. Para a obtenção de melhores resultados, a equipe de enfermagem poderá contar com a ajuda de Pastorais da Criança, Bolsa família e a educação nutricional continuam do membro da família.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária. Criança. Desnutrição. Prevenção. Tratamento. Acompanhamento.



## ABSTRACT

In the last years, the health system in Brazil made a list to the health of the child has been a target of different transformations, one of the great challenges of the health is to lessen progressively up to abolishing totally the childlike malnutrition in all the regions of the country. This reality begins to appear due to the improvement in the factors socioeconômicos, basic sanitation and the Program of Attention would Excel the Health. In 1994, the Ministry of Health launched the Program Health of the Family, like strategy of redirecionamento from the attention to the health up to that time existent in the country. Based on the beginnings of the SUS, which promotes the restructuring of the attention in the family in the environment in which she lives, in individual or collective character, incorporating the beginning of the vigilance to the health and the work in team. In this context, the health of the child stands out, with emphasis in the reduction of the childlike malnutrition, this evil that I still afflicted thousands of family in the whole country. This work has like objective, point out the principal causes of desencadeia the disease as well as the acting of the nurse in the prevention, treatment and attendance. Be known that to the being identified the factors of risk, the nursing together with the too professional ones of the multiprofessional team, it had acted in the prevention of this redemption of pregnant women, in the prenatal one, what have children of low weight and malnourished, in the direction the mother while maintaining the exclusive breastfeeding up to six months of age, in the insertion of new foods in the food of the child after six months, in the attendance of the development and growth up to five years of age n reducing so the consequences what about evil can bring in the development of the child. For the preparation of the present study, it was not carried out a revision bibliography and any teams actors, being done an analysis of the material, the present study, one proceeds to an inquiry qualitative-descriptively. When the prevention strategies the sufficient thing is not and children will be identified with low weight or malnourished, the nurse must promote actions for the reduction of the agravos of the disease. When it obtains satisfactory result the child will have still to be accompanied for some months in the intention of not having fallen back you predict. For getting better results, the team of nursing will be able to dispose of the help of Pastoral ones of the Child, Stock Exchange family and the education nutricional continue of the member of the family.

Keywords: [Community](#) [Nursing](#). [Child](#). [Malnutrition](#). [Prevention](#). [Treatment](#).  
[Chaperone](#)

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1- | Participação relativa (%) de diferentes fatores no declínio da prevalência da desnutrição infantil entre 1996 e 2007. Brasil<br>..... | 17 |
| Figura 2- | Desnutrição marasmática.....  | 40 |
| Figura 3- | Desnutrição kwashiorkor.....  | 42 |

|

## LISTA DE TABELA

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Tabela 1- | Prevalência da desnutrição infantil por região (1996).....          | 16 |
| Tabela 2- | Evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil (1994-2004)..... | 21 |
| Tabela 3- | Classificação de Gómez Modificada por Bengoa.....                   | 44 |
| Tabela 4- | Classificação de Waterlow modificada.....                           | 45 |



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|        |  |
|--------|--|
| DPC    | - Desnutrição Protéico-Calórica  |
| OMS    | - Organização Mundial da Saúde   |
| UNICEF | - Fundo das Nações Unidas para a Infância                              |
| PSF    | - Programa Saúde da Família  |
| UNESCO | - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| IBGE   | - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                      |
| AIDPI  | - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI           |
| SUS    | - Sistema Único de Saúde   |
| EPF    | - Exame parasitológico de fezes  |
| P/I    | - Peso/idade   |
| E/I    | - Estatura/idade   |
| P/E    | - Peso/estatura  |
| ACS    | Agente comunitário de saúde  |

# SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO.....  | 13        |
| <b>1 DESNUTRIÇÃO: impacto social.....</b>  | <b>15</b> |
| 1.1 <b>A melhoria nas condições socioeconômicas e culturais.....</b>                                     | <b>17</b> |
| 1.2 <b>Melhoria no saneamento básico.....</b>  | <b>18</b> |
| 1.3 <b>Expansão do Programa de Saúde.....</b>  | <b>19</b> |
| 1.3.1 Assistência à saúde infantil no Brasil.....  | 20        |
| 1.4 A assistência de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família.....                              | 23        |
| <b>2 O acolhimento da criança na prevenção da desnutrição.....</b>                                       | <b>26</b> |
| 2.1 Captação precoce da criança no pré-natal.....  | 27        |
| 2.1.1 Primeira consulta de pré-natal.....  | 28        |
| 2.1.2 Captação e acompanhamento do recém-nascido.....  | 30        |
| 2.1.3 Aleitamento materno exclusivo.....   | 31        |
| 2.1.4 Alimentação Complementar para Crianças Menores de dois Anos.....                                   | 32        |
| .  |           |
| <b>3 Desnutrição e suas características.....</b>   | <b>34</b> |
| ..   |           |
| 3.1 <b>Fisiopatologia.....</b>   | <b>35</b> |
| 3.1.1 Etiologia.....   | 36        |
| 3.2 <b>Avaliação nutricional.....</b>  | <b>36</b> |
| 3.3 <b>Classificação da desnutrição.....</b>   | <b>38</b> |
| 3.3.1 Marasmo.....   | 39        |
| 3.3.2 Kwashiorkor.....   | 41        |
| 3.4 <b>Classificação por Gómez.....</b>  | <b>43</b> |
| 3.5 <b>Classificação de Waterlow.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4 Enfermagem X Desnutrição.....</b>   | <b>46</b> |
| 4.1 <b>Diretrizes e atribuições do enfermeiro na prevenção e tratamento de desnutrição infantil.....</b> | <b>47</b> |
| 4.2 <b>Tratamento da Criança desnutrida.....</b>   | <b>48</b> |
| 4.2.1 Crianças até os seis meses de idade.....   | 49        |
| 4.2.2 Crianças com seis meses até os cinco anos.....   | 50        |
| 4.2.2.1 Farinha Multimistura.....  | 51        |
| 4.3 <b>A rotina do acompanhamento da criança desnutrida.....</b>   | <b>51</b> |

|                  |    |
|------------------|----|
| CONSIDERAÇÕES    |    |
| FINAIS.....      | 53 |
| REFERÊNCIAS..... | 54 |
| ANEXOS.....      | 62 |

## INTRODUÇÃO

No Brasil, um dos grandes desafios seculares é diminuir progressivamente até abolir totalmente com a desnutrição infantil em todas as regiões do país. Após 1994 essa incidência começou a diminuir, devido aos fatores socioeconômicos, culturais e a existência das Estratégias à Saúde da Família (ESF), serviços esse, que atua no nível de atenção primária à saúde em todos os municípios do país.

Alimentar-se corretamente constitui uma das condições fundamentais para o crescimento e a manutenção da saúde, porém, a cada dia torna-se mais difícil às pessoas ingerirem os alimentos necessários. No Brasil, grande parte de seus habitantes padece de algum tipo de doença relacionada à fome. As doenças ligadas a fatores alimentares deficientes são chamadas carências e acometem principalmente as crianças, as gestantes, as nutrizes e os idosos (BATISTA et. al ,2004)

Embora haja uma melhora considerável nas condições socioeconômicos da população, sabe-se que, em países em desenvolvimento a pobreza ainda é o fator primordial no processo da diminuição das taxas de desnutrição infantil. Uma vez que essa é correlacionada ao fator à baixa escolaridade das mães, a diminuição da assistência pré-natal e a falta de saneamento básico.

Relatos de Fernandes et al (2002) apud Lopes (2004) confirmam que a desnutrição energético protéica continua, mesmo no início do novo milênio, como um dos problemas mais graves de saúde pública, havendo em torno de 800 milhões de desnutridos crônicos em todo o mundo, onde 200 milhões são crianças moderadamente desnutridas e 70 milhões severamente desnutridas. Além disso, quando se comparam os 20% mais pobres da sociedade brasileira com os 20% mais ricos, a prevalência da desnutrição é 2,6 vezes maior nos primeiros do que nos segundos.

A desnutrição infantil está arraigada em mim desde a minha infância, ao decorrer dos anos em convívio com uma comunidade carente com taxas elevadas o atendimento de crianças. Como enfermeira da Saúde da Família, com ênfase no atendimento a criança, almeja, juntamente com minha equipe, conhecer as famílias,

correlacionando à problemática da criança, a família, a comunidade, respeitando as decisões e as intervenções apropriadas de cada indivíduo na prevenção, tratamento e acompanhamento da criança desnutrida.

Nesse sentido, ressalto a importância do enfermeiro, conhecer associações e Organizações não Governamentais com sedes na comunidade assistida, que perderam juntamente com a equipe do Programa Saúde da Família, promover e desenvolver projetos em prol do crescimento e desenvolvimento da criança, evitando assim seqüelas decorrentes da desnutrição.

Assim, o Enfermeiro juntamente com a equipe da Estratégia Saúde da Família e docentes de enfermagem, poderá sistematizar ações preventivas à desnutrição infantil, bem como identificar os tipos e suas respectivas classificações, o tratamento mais utilizado e de melhor adesão aos pacientes e a sua família e as conseqüências que podem surgir no organismo da criança se essa não for tratada adequadamente, como, o retardo mental ou até a morte.

Portanto, o presente estudo é a uma pesquisa de referencial bibliográfico, descritiva qualitativa, que consta em três capítulos, o primeiro ressalta o impacto da desnutrição que afeta milhares de crianças e as suas principais causas, o segundo, demonstra a importância do acolhimento da equipe de enfermagem desde o pré-natal, no aleitamento materno exclusivo, a inserção de novos alimentos a partir dos seis meses, o acompanhamento e o desenvolvimento até os cinco anos de vida; o terceiro descreve os tipos de desnutrição e suas classificações; e o quarto demonstra a importância do enfermeiro no Programa Saúde da Família no tratamento e acompanhamento de casos de desnutrição onde os mesmos foram realizados através de uma revisão descritiva qualitativa. Após a realização dos mesmos foi feita as considerações finais.



# 1 DESNUTRIÇÃO: impacto social

Segundo Souza (2005) apud Abreu et. al (2008), a desnutrição é detectada em muitos países subdesenvolvidos, especialmente entre crianças de condições socioeconômicas desfavoráveis.

Para Cotran (2006), nos países de Terceiro mundo, a subdesnutrição ou desnutrição protéico-calórica (DPC) continua sendo um problema comum, que pode ocorrer na sociedade com pouco poder aquisitivo ou nas sociedades mais ricas.

Monte (2000) relata que, “deve-se dizer que a desnutrição nos primeiros anos de vida é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento”. Apesar da existência do 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 Econômicos 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, a desnutrição infantil continua a ser um dos problemas mais importantes de saúde pública do mundo atual, devido a sua magnitude e conseqüências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças (apud MONTEIRO 2008).

Estima-se que no mundo há mais de um terço das crianças menores de cinco anos que sofrem de desnutrição grave ou moderada. Um total de 43% das crianças dos países em desenvolvimento sofre com desnutrição em algum momento de suas vidas (PASSOS et. al., 2001, apud ABREU et al. 2008).

No Brasil, as estatísticas disponíveis ainda são preocupantes, especialmente as que se referem a crianças com estatura e peso abaixo do normal para a idade, apesar da diminuição do número de casos de desnutrição infantil entre crianças até dois anos de vida (UNICEF, BRASIL, 2006).

De acordo com a tabela a baixo, observa que a desnutrição infantil ainda prevalece nas regiões brasileiras. O baixo peso para a idade destaca-se a região

nordeste com o maior índice (8,3%) e a região sul com o menor índice (2,0%). Já a baixa estatura para a idade, o que se pode identificar como uma desnutrição crônica, a região nordeste, permanece com o maior índice (17,7%), região norte (16,2%), centro-oeste (8,2%), sudeste (5,3%) e a região sul com o menor índice (5,1%). A desnutrição aguda teve o maior índice na região centro-oeste (2,9%), a região sul com o menor índice (0,9%). (UNICEF, BRASIL, 2006).

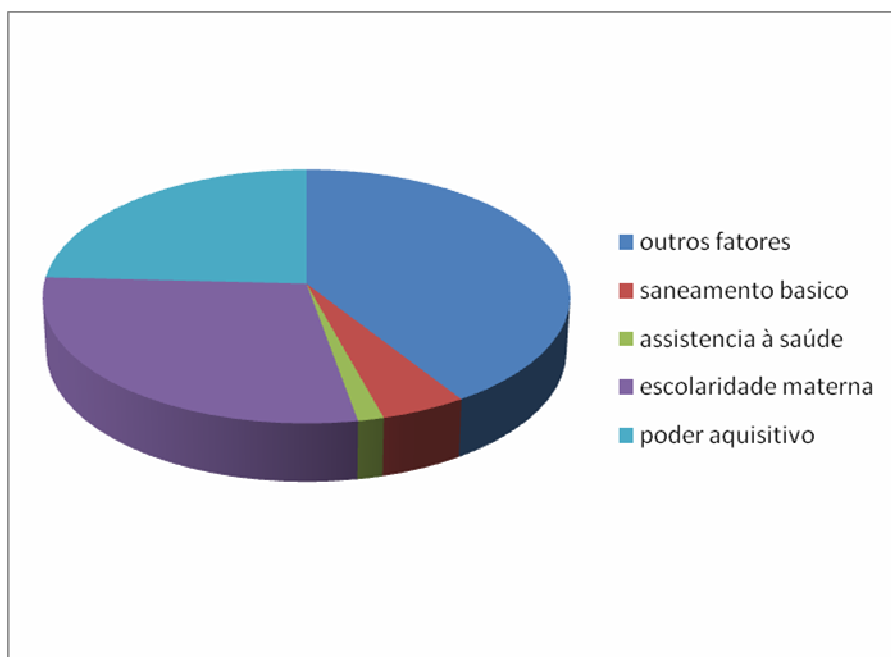
**Tabela1-** Prevalência da desnutrição infantil por região (1996)

|  | <b>Centro-<br/>oeste</b> | <b>Nordeste</b> | <b>Norte</b> | <b>Sudeste</b> | <b>Sul</b> |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|----------------|------------|
| <b>Baixo peso para a idade</b>             | 3,0%                     | 8,3%            | 7,7%         | 4,8%           | 2,0%       |
| <b>Desnutrição crônica</b>                 | 8,2%                     | 17,9%           | 16,2%        | 5,3%           | 5,1%       |
| <b>Desnutrição aguda</b>                   | 2,9%                     | 2,8%            | 2,8%         | 2,5%           | 0,9%       |
| <b>Fonte:</b> PNDS, 1996. Apud UNICEF 2006 |                          |                 |              |                |            |

Para Monteiro (2008) essa realidade começa a mudar em todas as regiões do país a partir da identificação de quatro fatores que justificam a maior parte do declínio da desnutrição infantil no período de 1996 a 2006. O aumento da escolaridade das mães, o crescimento do poder aquisitivo da população ampliação dos programas de saneamento básicos e há expansão da assistência dos programas da família nas comunidades.

Entende-se que a desnutrição é um grande problema de saúde, porém essa realidade começa a mudar devido à descoberta dos fatores predisponentes, os quais levam ao adoecimento de crianças em todo mundo.

**Figura-** Participação relativa (%) de diferentes fatores no declínio da prevalência da desnutrição infantil entre 1996e 2007. Brasil



Fonte: Monteiro et al. Revista Saúde Pública 2009

Observa-se a importância de pesquisas demográficas para a obtenção dos resultados de melhoria no desenvolvimento social da população mundial.

### 1.1 A melhoria nas condições socioeconômicas e culturais

Souza (2005) sugere que, o crescimento da renda, é fundamental no desenvolvimento do país, sendo que, o aumento do poder aquisitivo não é o único fator em destaque nesse processo. A educação em geral e principalmente a educação feminina, apresentam correlação positiva e significativa no declínio da mortalidade infantil.

Para Kel (2006) o grau de instrução das mulheres tem gerado um amplo impacto sobre a mortalidade de crianças. Diversos estudos confirmam que, quanto maior o número de anos de estudo da mãe, mais chances ela terão, de impedir a morte de um filho nos primeiros cinco anos de vida. De acordo com a informação do IBGE, em 2000 a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, filhos de

mulheres com até três anos de estudo era 2,5 vezes maior que entre os filhos de mulheres com oito anos ou mais de estudo.

Mendes (1996) enfatizam que, a qualidade de vida e saúde são dois conceitos muito ligados. Na concepção moderna, saúde é uma consequência de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população. A saúde é considerada obra social, isto é, resultado das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem em determinada sociedade e que geram as condições de vida das populações (apud ADRIANO et. al 2000).

Drewnowski e Popkin,1997; Fung et al., 2001; Galeazzi et al.,1997; Monteiro et al., 2000; Pryer et al., 2001b. destacam que, os problemas decorrentes do consumo inadequado de alimentos já são conhecidos há muito tempo, expondo a população a graves danos à saúde (apud Bonomo et. al., 2003).

Segundo Preston E Taubman, 1994; Hummer et al., 1999; Goldman, 2001; Cutler et al., 2005 apud Pérez e Turra (2008),” [...] os indivíduos de status socioeconômico mais baixo têm maiores taxas de mortalidade e de morbidade do que os indivíduos com maior status socioeconômico”.

Romeiro, Duar e Sardinha destacam que, o Brasil vivencia um cenário de construção, uma nova política social, o qual reflete em grandes transformações na população contemporânea.

## **1.2 Melhoria no saneamento básico**

As doenças parasitárias intestinais apresentam-se como sérios problemas de saúde pública em países em desenvolvimento. É verificável que tais óbices à saúde das populações estão diretamente relacionados com precariedades em saneamento básico e a consequente degradação ambiental (GIATTI et. al , 2004).

A partir de meados da década de 1980, estudos correlacionam a importância do saneamento básico e a saúde melhoria na saúde da população (HELLER, 1997).

Observa-se que melhoria no saneamento básico correlaciona uma melhoria na saúde de criança.

Monteiro, et.al. 2009, p 38:

As condições do saneamento foram avaliadas a partir da conexão do domicílio da criança com a rede pública de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Também neste caso, construímos uma única variável com três categorias: conexão do domicílio com as duas redes, conexão com uma das redes (na prática, conexão com a rede de água) e ausência de conexão com as redes de água e esgoto.

### **1.3 Expansão do Programa de Saúde**

Em 1978, após a Conferência de Alma-Ata, a Atenção Básica a Saúde foi reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade (DEL CIAMPO et al., 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção primária deve agir numa abordagem ampla e eficiente nas ações de promoção, prevenção e recuperação de doenças e agravos mais freqüentes. Baseando em conhecimentos científicos e no manejo de diferentes níveis socioculturais existentes na família e na comunidade, que promovendo a recuperação evitando recaídas futuras.

Na Portaria nº 648/GM (2006) BRASIL:

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Segundo Costa (2009) o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), constitui-se em uma estratégia de reformulação do modelo assistencial de saúde até então existente, no qual promove maior aproximação dos servidores à população.

Percebe-se que desde a implantação do Programa Saúde da Família, houve redução significativa dos fatores primários do adoecimento da população, uma vez que esse programa atua na prevenção das doenças.

### 1.3.1 Assistência à saúde infantil no Brasil

O Estatuto da criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), em substituição ao Código de Menores, tem como finalidade promover a vida à alimentação, à educação, o lazer, à dignidade, o respeito, à liberdade à atenção integral e o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Determinando os direitos da criança, bem como o que é esperado da família, considerada como primeira e principal cuidadora (MINISTERIO DA SAÚDE, BRASIL, 2001).

Para Biel et al.,(1992); UNICEF (2001), criança é um ser dependente que precisa dos adultos para ter suas necessidades essenciais supridas. (apud ROSA et. al. (2004).

Há mais de dez anos o Brasil assinou, ao lado de mais de 160 países, a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança", durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, os líderes mundiais se comprometeram a trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças, a combater a desnutrição e a erradicar as doenças que têm causado a morte de milhões de crianças a cada ano, declarando assim, assumir um "compromisso conjunto e fazer um veemente apelo universal: dar a cada criança um futuro melhor" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2002).

A baixa oferta de ações primárias de alimentação e nutrição na rede de unidades básicas de saúde, ou a sua baixa incorporação na atuação das equipes de saúde, implica em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. Para superar esse desafio, é preciso, além da inserção das ações de alimentação e nutrição, promovendo uma abordagem transversal das questões nutricionais nas etapas do curso da vida, que resulte em impacto positivo ou negativos nos indicadores de nutrição, saúde, e segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2009).

Entretanto, de acordo com a UNESCO, Brasil (2006) "No Brasil, a taxa de mortalidade infantil vem caindo continuamente. Em 1980, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), era de 82,8 por mil. Em 2004, ano da estimativa mais recente, chegou a 26,6. Só no período de 1994 a 2004, a taxa diminuiu 32,6%" (Tabela 1).

**Tabela 1- Evolução da taxa de mortalidade infantil no Brasil (1994-2004)**

| <b>Número de mortes a cada mil nascidos vivos</b> |      |
|---|------|
| <b>1994</b>                                       | 39,5 |
| <b>1995</b>                                       | 37,9 |
| <b>1996</b>                                       | 36,4 |
| <b>1997</b>                                       | 34,8 |
| <b>1998</b>                                       | 33,2 |
| <b>1999</b>                                       | 31,7 |
| <b>2000</b>                                       | 30,1 |
| <b>2001</b>                                       | 29,2 |
| <b>2002</b>                                       | 28,4 |
| <b>2003</b>                                       | 27,5 |
| <b>2004</b>                                       | 26,6 |

**Fonte:** UNESCO 2006

Percebe-se que há discordância entre autores em relação à verdadeira situação da desnutrição infantil na atualidade e as ações prestadas pela equipe de atenção primária.

A estratégia de saúde da família é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Que deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. Portanto, a equipe de saúde da família e prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente. As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral

da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Mantendo assim, o compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar (Ministério da Saúde, BRASIL, 2005).

Kel (2006) refere-se ao cuidado à saúde da criança como uma prioridade dentro dos cuidados à saúde da população. Para que essa se desenvolva de forma mais eficiente, além do conhecimento sobre as características relacionadas à morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante ressaltar o papel que exercem o sistema de saúde.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) elaboraram uma estratégia denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Com objetivo de reduzir a mortalidade e morbidade associada à pneumonia, diarreia, desnutrição, sarampo e malária que correspondem a mais de 70% das mortes em crianças menores de cinco anos (AMARAL, et.al., 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2002), a estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de 5 anos de idade.

Essa estratégia visa melhorar três componentes principais: o desempenho dos profissionais de saúde, a organização do sistema de saúde e as práticas da família e da comunidade (AMARAL, et.al., 2008).

No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais freqüentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização (Ministério da Saúde, BRASIL, 2002).

Outra medida elaborada dentro do país, pelo governo federal de grande impacto no processo de diminuição da desnutrição infantil é a bolsa família. Criado



em 2003, esse programa reforça a atenção aos grupos mais vulneráveis na implementação dos programas sociais e de saúde em termos regionais (KEL, 2006).

#### **1.4 A assistência de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família**

Para Costa e Silva (2004), a política de implementação nos Centros de Saúde Pública, pelo Ministério da Saúde, possibilitou a participação do enfermeiro na equipe multiprofissional. Como resultado dessa política, esse profissional tornou-se apto a assumir, com competência e responsabilidade, os programas de saúde planejados pela instituição. Assim, o papel do enfermeiro nas Unidades de Saúde, tem passado por um conjunto de dificuldades em decorrência das mudanças na conjuntura sociopolítica e cultural e no sistema de saúde.

Oliveira e Carvalho defendem o atendimento da equipe multiprofissional do Programa da Saúde da família, como alternativa para atender crianças desnutridas, visando uma abordagem ampla de cada caso e também aprofundando ainda mais a compreensão global das necessidades da criança e de sua família.

Figueiredo e Mello (2003) sugerem que, diante das transformações presentes no sistema de saúde brasileiro, tendo como perspectiva a atenção integral à saúde da criança, que pressupõe, além de uma assistência baseada em aspectos biopsicossociais, a criação de elos entre a população usuária e os enfermeiros.

O enfermeiro ocupa um papel de destaque cada vez maior na saúde infantil, visto que as crianças com acesso a boa nutrição, vacinação e educação têm uma melhor qualidade de vida (ROSA et.al. ;2004 ).

Nota-se a importância da enfermagem na comunidade, uma vez que esse coordena uma equipe multiprofissional que trabalham em conjunto, na tentativa de melhorar a qualidade de vida de uma sociedade. Vendo o indivíduo com problemática isolada ou não, que aflige toda há uma sociedade.

O enfermeiro dentro de sua área de atuação deve conhecer e apoiar projetos em prol da qualidade de vida da criança brasileira, como o Programa Comunitário Solidária da Pastoral da Criança, que tem contribuído para a diminuição da mortalidade infantil causada pela desnutrição (Brasil, 2001).

Segundo Moraes, Silva e Guedes (2008) “O enfermeiro possui dentro de várias atribuições da profissão a de executar ações preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde e de adaptar esse programa a realidade da comunidade.”.

A partir da municipalização da saúde, a enfermagem nas instituições de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou-se numericamente, adotando papéis e ações, organizou e ocupou a gerência dos serviços, formando-se em ator convocado a dar respostas às diretrizes políticas (FIGUEIREDO e MELLO, 2003).

Sousa e Araújo (2004), afirmam que, a vigilância e a monitorização do crescimento realizada pelo enfermeiro, constitui em ações fundamentais no atendimento à criança. Como instrumento, o enfermeiro utilizará em suas consultas, gráfico de crescimento do Cartão da Criança (CC), o qual determina a avaliação antropométrica do crescimento da criança de zero a cinco anos. Permitindo assim, identificar o processo de desnutrição na criança.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil, (2005) o enfermeiro por meio de diretrizes realizará ações preconizadas pelo Ministério da Saúde as quais garantiram a prevenção, promoção e recuperação de criança em risco a desnutrição.

Sabe-se que essas ações e diretrizes, só poderão ser realizadas perante protocolos de atendimento determinados pelos municípios de atuação.

De acordo como o Ministério da Saúde, Brasil, 2007:

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde, em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006), tem como eixo fundamental a promoção da realização do direito humano à alimentação, a segurança alimentar e nutricional e a nutrição de toda a população brasileira. Uma de suas diretrizes de ação baseia-se na prevenção e no controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição.

Leão (1988) destaca como atribuições do enfermeiro na prevenção e acompanhamento a desnutrição infantil: supervisionar a equipe de enfermagem; participar sempre da equipe multiprofissional; participar das avaliações da atividade prestadas pelos grupos como a Pastoral da Criança; promover o desenvolvimento de linhas de investigação; desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, participar dos grupos educativos envolvendo os cuidadores das crianças e o meio que vivem na, obtenção de resultados satisfatórios; identificar a criança desnutrida e

seu grau de desnutrição; identificar criança de risco para desnutrição ou desnutrido com fator de risco para evolução desfavorável e encaminhar para avaliação médica; consulta de enfermagem: atender crianças com desnutrição leve; prescrever sulfato ferroso profilático, sempre que houver protocolo de prescrição de enfermagem; orientar o uso correto de multimistura e prática da alimentação alternativa; Pedidos de exames de rotina (EPF, urina rotina, gram de gota, hemograma).

Essas intervenções podem ter resultados em curto, médio e longo prazo, no entanto, as ações educativas devem continuar até a obtenção do resultado esperado.

## 2 O Acolhimento da criança na prevenção da desnutrição

Para Silva (2003), o acolhimento, se dá em todas as oportunidades, inicia-se a partir do nascimento, com os cuidados para garantir à criança uma vida saudável a amamentação, a vacinação, a monitorização do crescimento – e se intensifica por ocasião de eventuais doenças.

A assistência à criança baseia-se na promoção de saúde, prevenção e diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. Em decorrência a esses fatores, a organização da assistência à criança, deve iniciar na captação precoce das crianças em risco, completando assim, uma série de atividades programadas pela equipe do Programa Saúde da Família, como o atendimento individual e coletivo, atividades educativas com os membros das famílias, acolhimento e recuperação da criança doente (MINAS GERAIS, 2008).

Para Carvalho et. al. Rio de Janeiro, 2008:

A ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui o eixo central do cuidado infantil e é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção. O Ministério da Saúde, em 1984, adotou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual priorizou cinco ações básicas a fim de incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, dentre estas ações está o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Por meio do acompanhamento do crescimento se faz a avaliação periódica do ganho de peso e é possível avaliar o progresso da criança, identificando aquelas em maior risco de morbimortalidade, prevenindo precocemente a desnutrição e promovendo o crescimento infantil.

Observa-se que a assistência de qualidade prestada pelas equipes da Saúde da Família, abrandar os agravos da desnutrição na infância. Para isso, é necessário a prevenção a promoção de saúde, bem como o tratamento de crianças doentes e acompanhamento de situações de risco e pós tratamento, com o objetivo de recuperação se risco de novos episódio. Pois, um novo episódio, acarretara em seqüelas determinantes no desenvolvimento físico, mental ou até mesmo leva ao óbito.

## 2.1 Captação precoce da criança no pré-natal

A captação das crianças para o programa de acompanhamento deve acontecer o mais cedo possível, ainda na vida intra-uterina. Baseando no desenvolvimento de ações preventivas, na identificação do problema e na implementação de planos de intervenções pelas equipes da Saúde da família, tanto por meio de visitas domiciliares como por demanda espontânea à Unidade Básica de Saúde (MINAS GERAIS, 2008).

Carvalho e Novaes (2004) afirmam que, no Brasil, a disseminação, de forma mais ampla, do programa de atenção pré-natal ocorreu com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em meados da última década de 80. A partir desse período, ocorrerão alterações significativas tanto no aumento da cobertura de consultas e o início precoce do pré-natal.

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável. Para isso é necessário um atendimento de qualidade e humanizado, que se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e de fácil acesso ao serviço de saúde (MINISTERIO DA SAUDE, BRASIL, 2005).

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos, para ambos, escolhendo em uma assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e mortalidade materna (BARBIERI et al., 2000; BOLZÁN et al., 2000; FONSECA e LAURENTI, 2000; KRAMER, 1987; MENEZES et al., 1998; MONTEIRO et al., 2000c; SCHLAEPFER e INFANTE, 1995 apud PUCCINI et al. 2003).

Lima e Sampaio (2004) enfatizam que a distribuição do peso da criança ao nascer e as condições de saúde são determinadas por diversos fatores complexos e inter-relacionados, que se originam de condições biológicas, sociais e ambientais às quais a mulher encontrar-se exposta durante a gestação, é fundamental que se identifique, durante o pré-natal, quais os fatores que constituem risco para o nascimento de crianças com peso inadequado, para que possa planejar ações

efetivamente para obter a redução do baixo peso ao nascer e da desnutrição infantil em consequência.

A desnutrição ocorre na maioria das vezes, no início da vida da criança afetando seu crescimento e seu desenvolvimento orgânico, promovendo alterações estruturais, metabólicas e funcionais no organismo podendo provocar danos irreversíveis à saúde do indivíduo (MARAVILHA et. al. 2004).

Segundo Cuervo et.al (2005), o crescimento é a demonstração da interação extremamente complexa entre o potencial genético do indivíduo e suas condições de vida, sendo estas determinadas por sua inserção social. Nutrição e crescimento estão intrinsecamente associados, já que as crianças não conseguem alcançar sua potencialidade genéticas de crescimento se suas necessidades básicas não forem adequadamente atendidas

Percebe-se que, o início precoce do pré-natal diminuirá a possibilidade de desnutrição gestacional e infantil.

Por isso, a importância de iniciar o pré-natal precocemente e a monitoração do crescimento e das condições gerais de saúde da criança. Sendo, fundamental iniciar a identificação das situações de risco para a saúde da criança, o que impõem a necessidade de uma atenção mais cuidadosa (MINAS GERAIS, 2008).

### 2.1.1 Primeira consulta de pré-natal

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. A enfermeira possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, o acompanhamento e a assistência à população de gestantes (CUNHA et. al. 2009).

Lima e Moura (2005) consideram, pertinente o contato freqüentes nas consultas entre enfermeiros e clientela, pois possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas.

Observa-se que, as consultas de pré-natal poderão ser realizadas pelo enfermeiro, tendo em vista uma educação continuada da gestante, garantindo o nascimento de uma criança saudável.

Para Leal et. al.. 2004:

A assistência pré-natal baseia-se em três linhas de atuação: no rastreamento das gestantes de alto risco, em ações profiláticas específicas para a gestante e o feto, bem como na educação em saúde. A identificação da grávida de alto risco representa o principal elemento na prevenção da morbimortalidade materna e infantil, demandando um acompanhamento especializado, embora as outras funções de profilaxia e monitoramento da gravidez, desenvolvidas durante a assistência pré-natal, se constituem em práticas de promoção da saúde e de preparação para a maternidade

Na primeira consulta de pré-natal, o enfermeiro devera realizar a anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser breve, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatória sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

Após a confirmação da idade gestacional, toda gestante deve ser pesada em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) deve ser aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente, pelo menos trimestralmente. Recomenda-se a utilização da balança eletrônica ou mecânica, certificando-se que está em bom funcionamento e calibrada. O cuidado com as técnicas de medição e a aferição regular dos equipamentos garante a qualidade das medidas coletadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

O ganho de peso considerado normal para uma determinada idade gestacional é aquele que estiver entre os Percentis 25 e 90; A curva de ganho de peso também deverá ser avaliada. O traçado esperado deve ser ascendente, mas paralelo às linhas dos percentis do gráfico, o que significa que o ganho de peso está adequado. Uma curva com inclinação superior indicará um ganho excessivo de

peso; Uma curva descendente do ganho de peso e percentis inferior a 25 leva a suspeitar de uma desnutrição (MINAS GERAIS, 2006).

Nota-se a importância do cartão da gestante no atendimento de pré-natal, no qual é anotado e comparado o peso da gestante com os percentis de desenvolvimento.

### 2.1.2 Captação e acompanhamento do recém-nascido

Há “Primeira Semana Saúde Integral” é uma estratégia de atenção a mãe e ao recém-nascido essencial para a diminuição da morbidade e mortalidade materno infantil. É um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança. O pós-parto é um momento de cuidado específico e os serviços de saúde devem organizar-se para garantir esta atenção. Esta estratégia consiste em uma visita do enfermeiro, ao domicílio da puérpera, preferencialmente, nas primeiras 24 horas após o nascimento do Bebê, para avaliação das condições de saúde da mãe e do recém-nascido. Nessa visita, a puérpera será orientada quanto a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, cuidados com o recém-nascido, ações do 5º dia e sobre a importância da imunização (CAMPINAS, 2005).

O vínculo do enfermeiro com a comunidade, com as famílias e com as mães se expressa no cuidado prestado com responsabilidade, na solução dos problemas de saúde das crianças, na prática da escuta atenciosa, no real interesse pelas suas falas, angústias e sofrimentos, na paciência no trabalho diário. Fortalece os laços de confiança. A habilidade de comunicação atenta e acolhedora na relação profissional-paciente torna-se um elemento diferenciador da assistência oferecida à comunidade (Silva, 2003).

O acompanhamento da situação nutricional das crianças constitui um instrumento fundamental para aferição das condições de saúde da população infantil e monitoramento da evolução da qualidade de vida da população em geral. A essencialidade da avaliação do estado nutricional decorre da sua influência decisiva sobre os riscos de morbimortalidade e crescimento e desenvolvimento infantil (CUERVO et.al. 2005).



Toda criança de zero aos seis anos mês, deve possuir o Cartão da Criança, o qual deve ficar com a mãe e ser levado em todas as consultas para acompanhamento do peso no gráfico e para anotações sobre a saúde e a nutrição da criança. Para avaliação do crescimento são necessárias pesagens periódicas, com o peso ao nascer representando o primeiro ponto marcado no gráfico e os demais registros conforme o calendário mínimo de consultas da criança. Cada vez que a criança comparecer ao serviço para consulta, seja por doença ou por visita programada, deve-se pesar registrar no gráfico do cartão e traçar a curva de peso. Sempre que possível, deve ser medido o comprimento. As mães devem ser orientadas quanto ao calendário de vacinas, quanto à nutrição e aleitamento (CARVALHO et. al 2008).

### 2.1.3 Aleitamento materno exclusivo

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve influência mútua entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua capacidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe. Apesar de todas as evidências científicas confirmando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva até os seis meses, estão bastante inferior ao recomendado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2009).

Ricco et.al. (2001) “O aleitamento materno tem importância indiscutível na saúde e na vida do lactente, como alimento completo e ideal, na prevenção de várias doenças inclusive alérgicas, na redução da desnutrição infantil e da própria mortalidade infantil, além de vantagens técnicas, econômicas e psicológicas”.

O enfermeiro tem um papel fundamental na reversão desse quadro. Pra isso, ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio o aleitamento materno não será eficaz se ele não tiver um olhar cauteloso, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social

de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL.2009).

Amorim e Andrade (2009) destacam que, enfermeiro capacitado em aleitamento materno poderá estar trabalhando junto à população não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação continuada de forma efetiva, clara e objetiva, sendo que este é um dos principais objetivos do Programa de Saúde da Família para prevenir agravos e doenças. Estando preparado para lidar e direcionar uma demanda diversificada, especialmente quando se tratar de questões de ordem da nutriz. Este mesmo profissional de saúde tem obrigação de atuar não apenas em função do seu conhecimento científico ou habilidades técnicas, mas principalmente pela arte e sensibilidade que pode desenvolver no outro os sentimentos, vontades que induzem ao aleitamento materno.

O leite supre as necessidades nutricionais e metabólicas do lactente, proporcionando inúmeros fatores para a proteção imunológica da criança (2). Além das vantagens ao lactente e dos benefícios à saúde materna, o aleitamento materno intensifica as relações psicoafetivas entre o binômio e a família. Como se sabe, a criança nasce geneticamente programada para atingir um nível de inteligência e, para que ela atinja o máximo de seu potencial, são necessários fatores favoráveis como a alimentação ideal e o vínculo entre mãe e filho, ambas as condições preenchidas pelo aleitamento materno (GONDIM et. al., 2006).

Até o sexto mês, o leite materno deve ser o único alimento para o bebê. Depois disso, o ideal é continuar o aleitamento até os dois anos de idade e complementar a nutrição com outros alimentos adequados. Assim, segundo o UNICEF, a combinação de alimentação adequada, saúde e os cuidados com a criança é a melhor forma de garantir-lhes uma vida digna (UNICEF, BRASIL, 2006).

Percebe-se que o aleitamento materno exclusivo até o seis meses de idade, confere notável proteção imunológica ao lactente.

#### 2.1.4 Alimentação Complementar para Crianças Menores de Dois Anos

A introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas funções do leite materno, que deve ser mantido

preferencialmente até os dois anos de vida ou mais. A alimentação complementar após os dois anos de vida, suprir as necessidades nutricionais, aproxima progressivamente a criança há novos hábitos alimentares, no qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores (Ministério da Saúde, BRASIL, 2009).

Giugliani e Victora (2000), afirmam que, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir dos quatro a seis meses. A tendência atual é a de recomendar alimentos complementares em torno dos seis meses. Muitos países já adotam oficialmente essa recomendação, inclusive o Brasil, baseados em evidências de que a introdução dos alimentos complementares antes dos seis meses (salvo em alguns casos individuais) não só não oferece vantagens como pode ser prejudicial à saúde da criança.

Para Souza (2008) o grande desafio do profissional de saúde é conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança de forma adequada, estando atentos às necessidades da criança, da mãe e da família. Acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, conhecimentos prévios e também os êxitos, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação complementar saudável. Para tal, a empatia e a disponibilidade do profissional são decisivas, já que muitas inseguranças no cuidado com a criança não têm “hora agendada” para ocorrer e isso exige sensibilidade e vigilância adicional não só do profissional procurado, mas de todos os profissionais da equipe, para garantir o vínculo e a continuidade do cuidado.

### 3 Desnutrição e suas características

Os nutrientes e a água são condições essenciais para a manutenção da vida. Sem nutrição, em quantidade e qualidade adequadas, aumenta os riscos do desenvolvimento de doenças em nosso organismo (BANCO DE ALIMENTOS E COLHEITA URBANA: NOÇÕES BÁSICAS SOBRE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, p 09).

A desnutrição protéica-calórica pode estar presente em grande parte de pacientes hospitalizados e possui um grande espectro de manifestação clínica que variam de acordo com a severidade relativa do déficit protéico ou calórico, se verificando e a duração das deficiências, idade do paciente, causa da deficiência e a associações com outras doenças (MANGANARO, 2008, p 46).

Martinez (2001) apud Albuquerque (2005) sugere que, a desnutrição pode ser interpretada como uma síndrome clínica caracterizada por uma piora múltipla e progressiva das deficiências nutricionais. É ainda, uma decorrência de doenças e/ou do consumo inadequado de alimentos em quantidade e/ou qualidade. Envolve outros elementos de origem social, político econômico e cultural.

Waitzberg (1995) apud Manganaro (2008), o “estado mórbido secundário a uma de ficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais que se manifesta clinicamente ou é detectada por meio de testes bioquímicos, antrométricos, topográficos, ou fisiológicos”.

Para Guimarães et. al (2007), a desnutrição é a adição de condições patológicas com deficiência simultânea de calorias e proteínas, geralmente associada a outras circunstâncias de carências em distintas proporções, ocorrendo principalmente em crianças de baixa renda e comumente associada à infecção.

A OMS (1973) define desnutrição como “Uma gama de condições patológicas com deficiência simultânea de proteínas e calorias, em variadas proporções, que acomete preferencialmente crianças de pouca idade e comumente associada com infecções” (apud CARRAZZA E CARDOSO).

Percebe-se que a definição de desnutrição infantil é feita por diversos autores, como uma patologia que atua principalmente no organismo da criança de pouca idade com características distintas.

### **3.1 Fisiopatologia**

A baixa ingestão energética condiciona uma correspondente diminuição da atividade física. Embora seja difícil de comprovar essa relação, achados clínicos mostram que crianças em pouca ingestão de nutrientes, apresentam atividade diminuída quando comparadas às alimentadas adequadamente. A diminuição da atividade é a primeira adaptação que ocorre na desnutrição. A segunda adaptação à restrição é a parada de crescimento (CARRAZZA E CARDOSO).

A desnutrição resulta do consumo insuficiente dos nutrientes indispensáveis à manutenção da saúde. Caracteriza-se por estado físico deficiente, baixo peso, apatia, fadiga, inapetência, resistência reduzida às infecções e capacidade limitada para realizar esforços físicos. A desnutrição é a forma de distrofia (enfermidade resultante da inadequação absoluta ou relativa de um ou mais nutrientes essenciais) que mais ocorre em nosso meio, tendo sua origem em causas primárias (dieta deficiente, devido ao baixo poder aquisitivo ou a pouca disponibilidade de alimentos, com influência de fatores sociais, culturais e psicológicos como, por exemplo, os tabus e as crenças), ou secundárias, como alterações do processo digestivo, má absorção, disfunções endócrinas e outras (DANUZA RODRIGUES, FÁTIMA MARTINEZ SLOMP; VI SEMANA DE ENFERMAGEM).

Manganaro (2008), a desnutrição, caracteriza-se com uma perda rápida de peso, acompanhado de redução do gasto calórico.

#### **3.1.1 Etiologia**

Os fatores etiológicos mais importantes para Carrazza e Cardoso (2003), são os baixos níveis socioeconômicos e seus acompanhantes intrínsecos: as más condições ambientais, o baixo nível educacional e cultural.

Para Muradas e Carvalho, 2008:

Para o surgimento da desnutrição existem alguns fatores de risco, esses podem ser macroambientais, ou seja, fatores que não são controlados pelos indivíduos, como os sistemas políticos, econômicos e sociais; ou microambientais, que se referem aos aspectos ligados à família. Dentre os macroambientais podemos citar: pobreza, superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança; dentre os microambientais: baixa renda; baixo nível de instrução formal dos familiares; desemprego, família desestruturada; despreparo para a maternidade ou paternidade; mãe muito jovem ou adolescente; mãe solteira e habitação inadequada

Percebe-se que diversos autores propõem uma etiologia para a desnutrição, com concordância em alguns fatores.

Para Voltarelli e Mello (2008), ainda existe considerável discussão sobre as diferenças na etiologia do Marasmo e kwashiorkor. Embora elas sejam aceitas como doenças que marcam os pontos finais do aspecto das doenças também conhecidas pelo termo desnutrição protéica calórica e que foi usado pela primeira vez por Jelliffe em 1966, alguns autores sugeriram que ambas as formas de desnutrição poderiam resultar de um mesmo tipo e grau de privação dietética (SAWAYA, 1985). Outros acreditam que o kwashiorkor é essencialmente uma deficiência protéica e o marasmo uma deficiência energética. Sugere-se que as diferenças na etiologia podem ocorrer de acordo com as áreas geográficas, tipo de alimento, idade, ausência ou presença de algumas infecções, diarreia etc.

### **3.2 Avaliação nutricional**

A avaliação nutricional tem como objetivo identificar os pacientes desnutridos cujas complicações podem ser reduzidas ou evitadas pela terapia nutricional. Vários métodos podem ser utilizados para identificar a alteração no estado nutricional de um indivíduo como a história nutricional, avaliação de sinais clínicos de desnutrição, peso e suas variações temporais, medidas antropométricas, determinações hematológicas, séricas e urinárias (MANGANARO, 2008).

A avaliação nutricional deve fazer parte da rotina das consultas de puericultura e pré-natal realizada pela equipe de atenção básica, devido à

necessidade de todas as crianças e gestantes, antes de suas consultas, ser pesadas e medidas, para a obtenção de resultados verídicos. (BRASIL, 2005).

Ferreiras (2000) apud Albuquerque (2005) ressalta que, a avaliação nutricional da criança dispõe-se de métodos diretos, aqueles que exploram o problema em si, e os indiretos, os quais aceitam apenas interferências a partir de indicadores relacionados com a condição de nutrição de indivíduos ou população. Deste modo, a desnutrição, de forma indireta ou direta, é considerada a maior causa de morbidade em milhões de crianças, sendo igualmente responsável pelo retardo no crescimento e pelo déficit neuropsicomotor em grande parte das crianças.

Bezerra et. al (2005), sugere que a avaliação do estado nutricional necessária a tais objetivos vem sendo feita, em grande número de países, mediante a aplicação de critérios antropométricos que levam em consideração o peso para a idade cronológica, a estatura para a idade cronológica, a estatura para o peso ou, ainda, a combinação dessas três. Alguns critérios menos adotados incluem, também, o perímetro craniano e a circunferência braquial. Outros, praticamente abandonados, incluem parâmetros bioquímicos como as dosagens de vitamina A e zinco, que dificultam e encarecem sua utilização em ampla escala.

Cearà, 2002 apud Albuquerque (2005), afirma que a avaliação antropométrica consiste em um método direto de referência na padronização de normalidade utilizado para a monitoria das variáveis de medições mais utilizadas em pediatria. O método envolve medidas corpóreas, tais como peso, estatura (comprimento e altura), perímetro braquial, cefálico e torácico, dobra cutânea, circunferência da coxa, dentre outras, variando de acordo com o sexo (gênero) e a idade. “A tomada sistemática de tais medidas tem sido utilizada para sinalizar precocemente a criança em risco nutricional promovendo um controle do crescimento evitando-se assim a desnutrição infantil”.

Os percentis são derivados da distribuição em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observados para uma determinada idade ou sexo; a classificação de uma criança em um determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores o numenos em relação ao parâmetro avaliado (SIGULEM, 2000).

Para esse fim, utiliza-se à avaliação antropométrica, que consiste na análise dos resultados obtidos por meio de uma formula estabelecida pelo Ministério da saúde: peso/idade (P/I); estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E), os quais darão o

linear de comparação à tabela nutricional estabelecida por Gomez em 1956. (CARRAZZA e CARDOSO, 2003).

Verifica-se que a avaliação antropométrica e os percentis, possuem valores importantes na verificação da hipótese da desnutrição infantil.

### **3.3 Classificação da desnutrição**

Segundo Monteiro (2009), a desnutrição pode ser classificada quanto à intensidade (leve, moderada e grave), primária ou secundária e tipo (Marasmo, Kwashiorkor e manifestações intermediárias).

Na desnutrição primária, há oferta de alimento inadequada em virtude de condições do ponto de vista socioeconômico e cultural. A desnutrição secundária, há um aproveitamento inadequado dos nutrientes fornecidos ao organismo (MURTA, 2008).

A ocorrência da desnutrição leve, moderada e grave dependerá da deficiência alimentar e atuação de fatores predisponentes (CARRAZZA, 2003).

As deficiências calóricas e protéicas comumente acontecem juntas, porém, se houver predomínio de deficiência protéica, teremos o quadro de kwashiorkor, e se houver deficiência calórica, teremos o marasmo (MANGANARO, 2008).

Criança é normal (ou tem desnutrição leve peso não é baixo), quando possui o percentil 10 e 3. Já criança com baixo peso para a idade, com percentil de 3 e 0,1 é classificada como desnutrição moderada. Quanto obtém um peso muito baixo para a idade com percentil 0,1 e/ ou sinais de emagrecimento acentuado, edema em ambos os pés, é considerado desnutrição grave, pois há um declínio da curva de peso para idade (CARRAZZA, 2003).

A desnutrição grave pode deixar duas seqüelas importantes: uma relacionada à estatura e a outra ao desenvolvimento mental. A estatura pode se desenvolver caso a criança não apresente infecções recorrentes e receba dietas adequadas, mas as alterações do desenvolvimento mental podem ser graves e permanentes; dependendo do grau de desnutrição, essas lesões são as responsáveis pelo atraso do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, esse atraso pode ser recuperado caso a criança receba uma dieta adequada e esteja em um ambiente sociocultural que a estimule (Muradas; CARVALHO, 2008)



Os dois primeiros graus da desnutrição aparecem em qualquer idade, mas o 3º grau atinge em particular os lactentes, às vezes já nas primeiras semanas de vida, e raramente se vê acima do primeiro ano de vida. Entre 1 a 4 anos de idade encontra-se eventualmente no marasmo, sendo mais comum no Kwashiorkor (PERNETTA, 1987).

### 3.3.1 Marasmo

Segundo Sawaya (1996), o marasmo é uma condição conhecida há milhares de anos, prevalecendo em áreas mais secas onde existe escassez de alimentos. Este tipo de desnutrição está associado à fome aguda e ao jejum, embora seja observado comumente em todos os países pobres onde o consumo energético é inadequado. No Brasil, o marasmo é o tipo de desnutrição predominante, especialmente na região Nordeste, onde a desnutrição é mais grave, a seca provoca fome e perda de crescimento tão marcante, que foi descrito naquela região um tipo especial de desnutrição chamado nanismo nutricional.

Torun e Chew, (1994), o marasmo instala-se nos primeiros anos, preferencialmente no decorrer do primeiro ano. Tem sido freqüentemente observado em crianças com seis meses de idade em fase de desmame precoce, quando passam a receber alimentação deficiente. O aparecimento é gradual e a evolução é lenta de 60% do normal. (apud VOLTARELLI E MELLO 2008).

O quadro clínico é bastante característico. Nos lactentes que recebem dieta inadequada e globalmente deficiente. Geralmente, essas crianças são internadas não pela desnutrição, mas por doenças infecciosas agudas como, diarreia, pneumonia, que desencadeia há uma desidratação ou insuficiência respiratória e até mesmo a uma convulsão (CARRAZZA e CARDOSO, 2003).

No exame físico, Pernetta (1987) revela que, desde logo escassez universal do pânículo adiposo é perceptível na criança, juntamente com a palidez. No tecido tegumentar cutâneo, há formação de pregas, sobretudo na face externa das coxas e redução do turgo. Altera-se o tônus muscular; em geral diminui, às vezes aumenta. Atrofia-se a musculatura, assim como o tecido linfóide. Hipotermia e bradicardia são comuns. Não há edema. As funções estáticas e motoras também se ressentem. A

criança não sustenta a cabeça e não se mantém sentada ou de pé a não ser com grande atraso. Tornando-se irritável ou então deprimida, apática, indiferente. Com o correr do tempo à própria altura vai-se retardando.

**Figura 2-** Desnutrição marasmática



**Fonte:** <http://mt62.spaces.live.com/blog/cns!F9C9335DA3678683!3880.trak>

Nota-se que o marasmo acomete principalmente, crianças que não recebem nos primeiros seis meses de vida aleitamento exclusivo.

Carrazza; Cardoso, 2003, p 326.

O aspecto físico da criança marasmática é daquela que consumiu todas ou quase todas as suas reservas de gorduras e muscular. É uma criança com baixa atividade, pequena para a idade, com membros delgados devido à atrofia muscular e subcutânea, com desaparecimento da bola de Bichat (dando um aspecto de indivíduos envelhecidos), as costelas proeminentes, a pele mostra-se solta e enrugada na região das nádegas, que está plana, vazia. Está comumente irritada e o apetite é variável. As proteínas séricas, as enzimas hepáticas e os minerais são normais.

Albuquerque (2005) ressalta que, crianças desnutridas são apáticas, menos curiosas e criativas, além de apresentarem declínio na atenção e na capacidade de dedução/indução e resolutividade de problemas.

### 3.3.2 kwashiorkor

Por muitos anos, a forma clínica hoje conhecida como kwashiorko não foi reconhecida como desnutrição. Em 1933 Cicely Williams, passou a reconhecê-la como desnutrição. O termo kwashiorko na língua Ga de Ghana significa “doença do primeiro filho quando nasce o segundo” (CARRAZA, CARDOSO 2003).

Observa-se que essa forma de desnutrição, surge preferencialmente com o nascimento do segundo filho, quando o primeiro apresenta as características da desnutrição.

Pernetta (1987) caracteriza o kwashiorko, como uma doença de carência, ligada a falta de alimentação ou alimentos essenciais ao organismo, em particular a proteína.

Sawaya (1996) demonstra que, o kwashiorkor ou desnutrição edematosa, por sua vez, pode ainda ser descrito como uma doença de patogênese duvidosa. A perda de peso é geralmente é menos severa do que no marasmo, embora seja muito variável, sendo que muitas crianças têm baixo peso enquanto outras têm peso normal para a idade, mesmo após a perda do edema. O kwashiorkor está associado a uma série de anormalidades bioquímicas que podem ser observadas muito antes do aparecimento da doença

TORUN; CHEW, (1994) apud Voltarelli e Mello (2008) descrevem o kwashiorko como uma manifestação que passar a existir com maior frequência nos três primeiros anos de vida, especialmente no segundo. Apresentando sintomatologia bem definida com quatro sinais sempre presentes: edema, atraso no crescimento, alterações psicomotoras com fraqueza muscular, alterações na pele e nos olhos.

Percebe-se que o kwashiorkor diferencia do marasmo quanto as alterações que a no desenvolvimento físico da criança.

O aspecto físico do kwashiorkor é sempre de miséria extrema e de penúria. Possui uma apatia exagerada e raramente responde a estímulo, sejam dolorosos ou prazerosos. Por isso que se diz que a criança com kwashiorkor que sorri está. Ao contrário do marasmo, o kwashiorkor não demonstra apetite. A idade de prevalência do o kwashiorkor é no segundo e no terceiro anos de vida (Carrazza e Cardoso, p 327, 2003).

Monteiro et. al (2009), afirma que o kwashiorkor consiste basicamente em deficiência protéica, que pode ser associada também na deficiência de calorias. A criança que apresenta esta síndrome tem como quadro clínico, algumas alterações na pele dos membros inferiores, atraso no crescimento, perda da gordura subcutânea e muscular (menos intensas que no marasmo, apresentam edema, fraqueza muscular, distensão abdominal, hepatomegalia e dificilmente responde a estímulos).

**Figura 3-** Desnutrição kwashiorkor



**Fonte:** Monteiro, 2008

SAWAYA (1985) afirma que a presença de edema no kwashiorkor é considerada como diagnóstico crucial para diferenciar as duas síndromes, apesar de na sua forma típica, outras diferenças aparecerem. Os pacientes com kwashiorkor edematoso têm freqüentemente cabelos finos e dermatose típica, enquanto no marasmo existe uma perda severa de gordura subcutânea e músculo, com marcante perda de crescimento, mas sem edema (apud Sawaya,1996).

### **3.4 Classificação de Gomez**

Para Carrazza e Cardoso (2003), a desnutrição originou-se a partir de um estudo em 1956 sobre o prognóstico de mortalidade de crianças desnutridas internadas. Inicialmente, essa classificação baseou-se nos déficits percentuais, em relação ao percentil 50. Posteriormente cada região passou a adotar o padrão de referencia que fosse mais adequado à sua condição. A criança é considerada normal quando seu peso para a idade for superior a 91% do padrão adotado.

O critério de Gómez (1956) considera o peso por idade em relação à média (p 50) da curva de referência. Em geral, é utilizada para crianças menores de dois anos, pois nesta faixa etária o peso é mais sensível aos agravos nutricionais e reflete melhor a avaliação do crescimento. É centrada na intensidade da desnutrição, definindo quatro categorias considerando os pontos de corte de P/I. Não considerando a estatura, ela não permite avaliar temporalmente o processo de desnutrição, não identificando se é atual, crônica ou progressiva (MELLO, 2005, p156)

Sigulem, Devincenzi e Lessasugerem (2000) sugerem que, a metodologia proposta por Gomez, tinha como função a determinação do prenúncio de morbimortalidade de crianças hospitalizadas de acordo com a sua condição nutricional. Entretanto, esse critério passou a ser utilizado como classificação nutricional. Apesar das críticas, essa metodologia, por sua simplicidade, tem sido utilizada em vários países, particularmente na América Latina. Essa classificação é recomendada para crianças menores de dois anos. Nessa faixa etária, o peso é o parâmetro que tem maior velocidade de crescimento, variando mais em função da idade do que do comprimento da criança, o que o torna mais sensível aos agravos nutricionais, sendo o primeiro a modificar-se nesta ocasião.

Observa-se a concordância de diversos autores na importância da identificação e classificação da desnutrição segundo a teoria de Gómez, bem como as conseqüências que poderá ter se não tratada.

**Tabela 3-** Classificação de Gómez Modificada por Bengoa

| <b>Porcentagem de adequação do P/I</b>  | <b>Estado nutricional</b>            |
|---|--------------------------------------|
| <b>Acima de 91%</b>   | Normal ou eutrofia                   |
| <b>Entre 90 a 76%</b>   | Desnutrição I grau – DI( Leve)       |
| <b>Entre 75 e 61%</b>   | Desnutrição II grau –DII (moderada)  |
| <b>Menos de 60%</b>   | Desnutrição III grau – DIII (severa) |
| <b>Na presença de edema comprovadamente nutricional, independentemente do P/I, será considerado desnutrição de 3º grau (Bengao)</b> |                                      |
| Fonte: Ferreira, 2005   |                                      |

### **3.5 Classificação de Waterlow**

Foi proposta em 1973, possibilitando o estabelecimento de prioridades de intervenção, uma vez que estabelece o tipo de desnutrição. Baseia-se nos índices de estatura/idade (E/I) e peso/ estatura (P/E). É preconizada para crianças de 2 a 10 anos de idade. Nessa fase, o crescimento é mais lento e constante, predominando a estatura, fazendo com que o peso da criança varie mais em função de sua estatura do que da idade. Como conseqüência, os agravos nutricionais serão melhor avaliados pela relação E/I, seguida de P/E.(SIGULEM, DEVINCENZI E LESSASUGEREM, 2000).

A classificação proposta por Waterlow discrimina o tipo de desnutrição em aguda, crônica ou pregressa, mas não avalia a intensidade do agravo. Originalmente definida quatro diagnósticos, mas, recentemente foi ampliada incluindo os critérios de sobrepeso e obesidade (FERREIRA, 2005).

A Organização Mundial da Saúde passou a recomendar, desde 1976, o critério descrito por Waterlow, que combina peso para a estatura e estatura para a

idade. Trabalha, assim, com parâmetros que tornam possível identificar a gravidade e o tipo da desnutrição, uma vez que os déficits de peso e de estatura demonstram distintos processos de desnutrição que se originam e evoluem de formas diferentes. (BEZERRA, 2005).

**Tabela 4-** Classificação de Waterlow modificada

| ESTATURA/<br>IDADE | PESO/ESTATURA                                  |  |                                       |  |   |
|--------------------|--|--|---------------------------------------|--|---|
|                    | < ou = 90%                                     |  | >90<<br>110%                          | >ou =<br>110<<br>120%                      | >ou =120%                               |
| >95 %              | Desnutrição<br>atual Wasted                    |  | Eutrofia                              | Sobrepeso                                  | Obesidade                               |
| <ou = 95%          | Desnutrição<br>crônica<br>(stunted e<br>wasted |  | Desnutrição<br>progressiva<br>stunted | Sobrepeso<br>com<br>déficit de<br>estatura | Obesidade<br>com déficit<br>de estatura |

**Fonte:** Ferreira, 2005

## 4 Enfermagem X Desnutrição

Mais de trinta anos se passaram desde que estudos relacionados aos altos índices de desnutrição protéico calórica em pacientes admitidos em setores hospitalares. As conseqüências para os pacientes, para a instituição hospitalar ou para o órgão financiador são o aumento de custo e de dias de internação. (SANTOS, CERIBELLI;2006).

Segundo Batista et. al (2004), a desnutrição é ainda um problema de saúde pública no Brasil, apesar do declínio de sua prevalência mostrada em estudos nacionais.

A prática de puericultura persistiu durante décadas e continua a existir na atualidade, sob o codinome de “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança” embasado em um corpo conceitual que se traduz por normas e regras higiênicas a serem cumpridas pelas mães e pelos profissionais da saúde (MONTEIRO; FERRIANI, 2000).

Uma mãe pode levar seu filho ao serviço de saúde porque a criança tem uma doença aguda. A criança talvez não tenha queixas que indiquem desnutrição ou anemia. Porém uma criança doente pode estar desnutrida e a equipe de saúde juntamente com ou a família da criança talvez não notem o problema. Uma criança com desnutrição está mais exposta a vários tipos de doenças, como infecções mais graves e maiores risco de morrer. Mesmo crianças com desnutrição leve e moderada têm um crescente risco de morte, devido à carência de nutrientes essenciais a manutenção da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2003)

O profissional da saúde deve estar atento para identificar precocemente crianças com risco para desnutrição e as que já a possuem, enfatizando aos responsáveis alguns cuidados com a alimentação, como: alimentar a criança com maior freqüência e variedade, cozinhar bem os alimentos para que a digestão seja feita mais facilmente; manter o aleitamento materno e complementar a dieta com vitaminas A, D e ferro (Muradas; Carvalho, 2008)

Verifica-se a responsabilidade do enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar no Programa Saúde da Família, sendo primordialmente para a



obtenção da prevenção e detecção precoce há crianças desnutridas ou em risco à desnutrição. Essa prevenção diminuirá sofrimento ao paciente e custo de internação dia aos governos, seja ele municipal estadual ou federal.

#### **4.1 Diretrizes e atribuições do enfermeiro na prevenção e tratamento de desnutrição infantil**

Dentro às muitas atribuições destinadas ao enfermeiro, está à supervisão da equipe multiprofissional, a participação e monitorização de atividade, a formação de grupos de famílias suscetíveis ao adoecimento. Quando a avaliação primária não for o suficiente e na consultas de puericultura forem identificadas crianças com características da doença, essa deve ser avaliada com maior critério, se diagnosticado a doença, deve-se iniciar a classificação da desnutrição, o grau em que se encontra e os fatores predisponentes, os quais contribuíram para o aparecimento da doença. Os exames de rotina devem ser realizados durante todo o tratamento e por um período após o tratamento, no período de acompanhamento (LEÃO, 1988).

São atribuições específicas do Enfermeiro do Programa Agente Comunitário de Saúde.

I planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; II supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualidade e educação perante dos ACS, com visitas ao desempenho de suas funções; III facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada; IV realizar consultas e procedimento de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade; V solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normalidades técnicas estabelecidas pelos gestores municipais ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; VI organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; VII participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Nota-se que, a atuação da enfermagem no Programa Saúde da Família e puericultura, baseia-se em aplicações de protocolos diversos, de acordo com cada município, os quais permitem ações na prevenção, promoção e tratamento da

criança. Sem a presença dos mesmos, o enfermeiro do Programa Saúde da Família, ficará restrito a algumas funções. Porém não significa que o Enfermeiro não poderá trabalhar com orientação e medidas preventivas à população.

O enfermeiro deverá orientar a família a terem uma alimentação saudável e a procurar auxilia nas instituições, como a Pastoral da Criança presente no bairro. Essas instituições usam no tratamento da desnutrição infantil a multimistura, uma pratica alternativa na alimentação da criança. (LEÃO, 1988).

## **4 2 Tratamento da Criança desnutrida**

Alimentar-se corretamente constitui uma das condições fundamentais para o crescimento e a manutenção da saúde, porém, a cada dia torna-se mais difícil às pessoas ingerirem os alimentos necessários. No Brasil, grande parte de seus habitantes padece de algum tipo de doença relacionada à fome. As doenças ligadas a fatores alimentares deficientes são chamadas carências e acometem principalmente as crianças, as gestantes, as nutrizes e os idosos (BATISTA et. al. 2004).

Para iniciar o tratamento, o enfermeiro deverá realizar uma avaliação do Estado Nutricional da Criança, posteriormente, obter informações do estado nutricional pregressa. Os antecedentes com, peso e estatura da criança ao nascer, Condições de preenchimento da caderneta de saúde da criança, ocorrência de diarreia e vômitos atual e nas duas últimas semanas, história da amamentação: duração do aleitamento materno exclusivo e idade da suspensão total do aleitamento materno (MINAS GERAIS, 2004).

A conduta na criança desnutrida dependerá da gravidade e o tipo de desnutrição (MINAS GERAIS, 2004).

Para Muradas e Carvalho (2008), o tratamento proposto para as crianças com desnutrição, leve ou moderada, é em casa, com a participação de uma equipe multidisciplinar e principalmente da família. Na desnutrição grave o tratamento é hospitalar. O profissional da saúde deve estar atento para identificar precocemente crianças com risco para desnutrição e as que já a possuem, enfatizando aos responsáveis alguns cuidados com a alimentação, como: alimentar a criança com

maior freqüência e variedade, cozinhar bem os alimentos para que a digestão seja feita mais facilmente; manter o aleitamento materno e complementar a dieta com vitaminas A, D e ferro.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (p 75, 2003) “[...] os casos graves devem ser referidos ao hospital para tratar as complicações mais freqüentes, receber alimentação especial, transfusões de sangue ou um tratamento particular para a doença que contribui para a desnutrição”.

Verifica-se que o tratamento da desnutrição grave deve ser realizado em área hospitalar e a desnutrição leve ou moderada realizada pela equipe do Programa Saúde da Família.

O sucesso no tratamento depende de ações adequadas de assistência e principalmente de orientação-educação. Esta deve ser clara, entendida totalmente por aquele que a recebe. Para que isto ocorra, o enfermeiro deve-se esforçar para que o usuário compreenda completamente a doença do seu filho e busque junto com ele, soluções para tal, e assim, aumentar a adesão ao tratamento e a recuperação da criança (MURADAS; CARVALHO, 2008).

Nota-se que o tratamento da desnutrição leve ou moderada faz-se necessário a orientação prestada pelo enfermeiro para a mãe em relação aos cuidados com a criança.

A criança que apresenta ganho de peso insuficiente, o enfermeiro e sua equipe deveram investigar e identificar as causas. Quando não obtiver resultados essa criança deve ser encaminhada para o pediatra (MINAS GERAIS, 2003).

#### 4.2.1 Crianças até os seis meses de idade

Na consulta, o enfermeiro deverá olhar a situação geral da criança. Indagando a mãe sob a aceitação da dieta, choro, atividade, funcionamento intestinal, diurese e sono. Deve orientar a somente alimentar a criança com leite materno (MINAS GERAIS, 2004).

O leite materno contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos adequados para o organismo do bebê. Possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não é encontradas no leite de vaca e em nenhum outro leite. O leite da

mãe é adequado, completo, equilibrado e suficiente para o seu filho. Ele é um alimento ideal. Não existe leite fraco; É feito especialmente para o estômago da criança, portanto de mais fácil digestão (UNICEF, 2007).

Sabe-se que o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade é suficiente e é a única alimentação adequada ao bebê nessa idade.

O leite materno dá proteção contra doenças porque, só ele tem substâncias que protegem o bebê contra doenças como: desnutrição, diarreia (que pode causar desidratação, desnutrição e morte), pneumonias, infecção de ouvido, alergias e muitas outras doenças (UNICEF, 2007).

Para Monte e Giugliani (2004) a iniciação precoce dos alimentos complementares pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a freqüência da amamentação é mantida, muitas vezes são nutricionalmente inferiores ao leite materno. Uma menor duração da amamentação exclusiva não resguarda o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva até os seis meses.

Observa-se a importância do incentivo prestado pelo enfermeiro para a mãe manter o aleitamento exclusivo até os seis meses como método de prevenção e tratamento da desnutrição nessa faixa etária.

#### 4.2.2 Crianças com seis meses até os cinco anos

Após os seis meses, a mãe deverá oferta à criança alimentos com alto valor nutritivo, levando em consideração o equilíbrio entre os nutrientes e a densidade energética (MINAS GERAIS, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) a criança partir dos seis meses, poderá receber outros alimento os quais são chamados de alimentos complementares. A alimentação complementar, como o nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo. A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. O bebê tende a rejeitar as primeiras ofertas do(s) alimento(s), pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor. No início, a quantidade de alimentos que a criança ingere é pequena e a mãe pode oferecer o peito após a refeição com os alimentos complementares. Há crianças que

se adaptam naturalmente às novas etapas e aceitam muito bem os novos alimentos. Quando introduzir a alimentação complementar, é importante que a criança receba água nos intervalos das refeições. Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças.

O enfermeiro devera orientar a mãe há proporcionar refeições com freqüência diária, com um maior número de proteínas, a evitar alimento muito diluído, com alta concentração de açúcares, estimular a criança a consumir mais frutas, folhas verdes, prescrever suplementos vitamínicos, caso haja protocolos de atendimento. E orientar a realizar refeições usando alimentos variados e naturais, como a multimistura fornecida pelas pastorais da criança dos bairros.

#### 4.2.2.1 Farinha Multimistura

A Pastoral da Criança, organização de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) afirmam que, das medidas adotadas para diminuir o quadro de desnutrição no Brasil está relacionada aos Programas de Suplementação Alimentar, nos quais se inclui a utilização de misturas à base de farelo de cereais, popularmente denominadas de “multimistura” (MADRUGA et. al , 2004).

### **4.3 A rotina do acompanhamento da criança desnutrida**

De acordo com Minas Gerais (2004) o acompanhamento das crianças com desnutrição, faz-se necessário organizar um calendário especial de atendimento, no qual devem ser observados os seguintes pontos:

- Para criança menores de dois anos, o intervalo máximo entre os atendimentos de enfermagem é de 30 dias.
- Para crianças maiores de dois anos, o intervalo máximo entre o atendimento deverá ser de 60 dias.

- As crianças mais graves, com situação de risco, deveram ser atendidas em intervalos menores, quinzenalmente ou semanalmente.
- Os atendimentos individuais deveram ser intercalados com atendimentos de grupo e com atividades educativas e de promoção à saúde.
- À medida que a criança for recuperando, os atendimentos poderão ser mais espaçados.
- O acolhimento do desnutrido e o atendimento não-programado em situação emergencial devem ser garantidos, ainda que não haja agendamento.

Em reuniões em grupo, o enfermeiro deverá pesar e registrar o peso da criança reforçar o vínculo do binômio, promover atividades educativas com, a importância do aleitamento materno, vacinação, crescimento e desenvolvimento, além de oficinas de cozinha para o preparo de alimentos (LEÃO, 1988).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir que a desnutrição infantil continua a ser um dos grandes problemas de saúde pública e que Enfermeiro do Programa Saúde da Família, juntamente com sua equipe tem importante papel na evolução do estado nutricional das crianças desnutridas, pois trabalha na área preventiva, em uma atenção primária a saúde

Além disso, é necessário que o enfermeiro promova mais ações preventivas e educativas. Essas ações podem iniciar na identificação de gestantes de baixo peso, durante o pré-natal, passando pela orientação da importância do aleitamento materno e a alimentação complementar após os seis meses da criança.

Quando as estratégias de prevenção não foram suficientes e forem identificadas crianças com baixo peso ou desnutridas, o enfermeiro deve promover ações para a diminuição dos agravos da doença. Quando obtiver resultado satisfatório a criança ainda deverá ser acompanhada por alguns meses no intuito de não haver recaído futuras. Para a obtenção de melhores resultados, a equipe de enfermagem poderá contar com a ajuda de Pastorais da Criança, Bolsa família e a educação nutricional continuam do membro da família.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Eliandre Sozo de; et. al. **Efeitos da desnutrição protéica em ratos**. XVII CONGRESSO DE INICIÇÃO CIENTIFICA. X encontro de pós graduação., 2008.

ADRIANO, Jaime Rabelo; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; SANTOS, Max André dos; SOUZA, Rita de Cássia. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro v.5 n.1. 2000.

ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de. **Educação popular em saúde no cuidado da desnutrição infantil**. FUNDAÇÃO Tese (Mestrado em educação em saúde centro de ciências da saúde) –. Edson Queiroz Universidade de Fortaleza – UNIFOR, FORTALEZA 2005

Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria** - Vol. 76, Supl.3, 2000.

AMARAI, João Joaquim Freitas do; et. al . Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste. Rev. Saúde Pública, Brasil, São Paulo, v.42 , n.4 ago. 2008.

AMORIM. Marinete Martins; ANDRADE. Edson Ribeiro de. Atuação do enfermeiro no psf sobre aleitamento materno. [WWW.perspectivasonline.com.br](http://WWW.perspectivasonline.com.br). Vol.3 numero 9, 2009

ARAÚJO. Romeiro, Andhressa; et. al. **Programa Bolsa Família: condicionalidades da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição.

Banco de Alimentos e Colheita Urbana: Noções básicas sobre alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: SESC/DN, 2003. 20 pág. (Mesa Brasil SESC. - Segurança Alimentar e Nutricional). Programa Alimentos Seguros. Convênio CNC/CNI/SENAI/ANVISA/SESI/SEBRAE.



BEZERRA, Vera Lúcia Vilar de Araújo; GIUGLIANO, Rodolfo; JÚNIOR, Dioclécio Campos; CRUZ, Cátia Barbosa da. **Avaliação do estado nutricional de crianças de até 24 meses pelo critério de waterlow modificado**. Artigo original, Brasília Med 2005; 42(3/4):4-9.

BONOMO. Elido. et. al. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(5):1461-1471, set-out, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Área da Saúde da criança. Programas e Projetos da Saude da Criança responsabilidades compartilhadas em beneficio das crianças brasileiras. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Vol 2. Nº2 Recife. May/Aug. 2002

BRASIL, UNICEF. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Escritório da Representante do UNICEF no Brasil, 2006

BRASIL, UNICEFE. **Infância ainda vulnerável**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 4, 2001, pp. 3-69.

BRASIL. Ministério da Saúde Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Secretaria municipal de Saúde de Campinas. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde **MANUAL TECNICO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO, atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. w Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**.– Brasília:, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2** / – 2. ed. Brasília, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **MANUAL DE ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO GRAVE EM NÍVEL HOSPITALAR**– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Brasília : 2009.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília:, 2009.

CARRAZZA, Francisco R.; CARDOSO, Ary Lopes. **DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICA-PROTÉICA**. Seção II Distúrbios Nutricionais Crônicos. Livro PEDIATRIA BÁSICA : pediatria clinica geral. Tomo II. 9 ed São Paulo, 2003

CARVALHO, Michelle Figueiredo. et. al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):675-685, mar, 2008.

CARVALHO. Denise Siqueira de; NOVAES. Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S220-S230, 2004

COSTA, Glauce .Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**. Brasília, jan-fev; 62(1): 113-8. 2009.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SILVA, Maria Iracema Tabosa da. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**. UERJ 2004; 12:272-9. 2004.

COTRAN, Robbins, **Fundamentos de Patologia**. 7 ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CUERVO. Maria Rita M. et. al. Vigilância do estado nutricional das crianças de um distrito de saúde no Sul do Brasil. **Jornal. Pediatra**. (Rio J.) v.81 n.4 Porto Alegre jul/ago. 2005.

CUNHA. Margarida de Aquino. et. al ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DESEMPENHADAS POR ENFERMEIROS. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jan-mar; 13 (1): 00-00

DEL CIAMPO, Luiz Antonio; RICCO, Rubens Garcia; DANELUZZ, Julio César i; DEL CIAMPO, Ieda Regina Lopes; FERRAZ, Ivan Savioli; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):739-743, 2006.

Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria** - Vol. 76, Supl.3, 2000

**Estatuto da Criança e adolescente. Lei 8.069. Brasíl, 13 de julho de 1990**

FERREIRA. José Paulo Diagnóstico e tratamento pediátrico. Porto alegre Artmed ,2005.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves ; MELLO, Débora Falleiros de. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11 , n.4 , jul./ago. 2003.

FILHO. Malaquias Batista; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. vol.19. Rio de Janeiro, 2003.

GIATTI, Leandro Luiz; Rocha, Aristides Almeida; Santos, Francisca Alzira dos Bitencourt; Selma Cristina; Pieron Susana Rodrigues de Melo. Condições de saneamento básico em Iporanga, Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.38 , no.4 Aug. 2004.

GONDIM. Larissa. Análise da situação do aleitamento materno no Município de Mogi das Cruzes, São Paulo. **Rev Paul Pediatria** 2006;24(1):14-9

GUIMARÃES, RN; WATANABE, S; FALCÃO, MC; CUKIER, C; MAGNONI, CD **Prevalência da desnutrição infantil à internação em hospital geral**. Artigo original, Rev Bras Nutr Clin 2007;22(1):36-40.

HELLER, Leo . **Saneamento e Saúde**. Organização pan-americana da saúde Brasil. Brasília, 1 997

KEL. Fernando Siqueira . **Mortalidade infantil e baixo peso ao nascer na região sul do Brasil: associação com fatores socioeconômicos e de serviços de saúde, 2000-2003.** 2006. Tese (conclusão do Curso de Graduação em Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina.

LEAL. Maria do. et. al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2004.

LEÃO, Ennio. **Pediatria Ambulatorial** Relatório do Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição – PBH; Análise do Impacto do Projeto de Prevenção e Combate à Desnutrição - PBH 1988.

LIMA. Geânia de Sousa Paz; SAMPAIO .Helena Alves de Carvalho. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol.4 no.3 Recife July/Sept. 2004.

LIMA. Yara Macambira S. .MOURA. Maria Aparecida V. Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **Revista de Pesquisa.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 9, n. 1/2, p. 93-99, 1./2. sem. 2005.

MADRUGA. Marta Suely. at.al. . Avaliação nutricional de uma dieta suplementada com multimistura: estudo em ratos. **Ciênc. Tecnol. Aliment., Campinas, 24(1): 129-133, jan.-mar. 2004.**

MANGANARO, Márcia Marcondes. DESNUTRIÇÃO Capítulo 1 Nutrição aplicação a Enfermagem. Livro, Saberes e Prática volume 3 4º edição.

MARAVILHA, Cristiane de Alencar. et. al. **A criança desnutrida: relato de caso.** Arq. Apadec, 8(supl.): Mai, 2004. Universidade Estadual de Maringá/UEM.

MINAS GERAIS. **Atenção à Saúde da Criança: viva vida viva vida.**Belo Horizonte,2004.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério.** 2ª Edição Belo Horizonte.

MONTE. Cristina M. G. Monte; GIUGLIANI Elsa R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Jornal de Pediatria.**- Vol. 80, N°5(supl), 2004.

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

MONTEIRO, Bárbara; OLIVEIRA, Etiele; LOPES, Joyce; DINIZ, Kelly. **A desnutrição infantil energético-protéica e suas implicações no processo de memória e aprendizagem motora.** ANAIS DO VI CONGRESSO GOIANO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, GOIÂNIA 10 A 12 DE JUNHO DE 2009..

MONTEIRO. Akemi Iwata. FERRIANI. Maria das Graças Carvalho COMUNITÁRIA. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 1 - p. 99-106 - janeiro 2000.

MONTEIRO, Carlos Augusto. **O espetacular declínio da desnutrição.** Globo, 2008.

MONTEIRO, Carlos Augusto. et. al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública. São Paulo, v.43, n.1, Feb. 2009**

MONTEIRO. Akemi Iwata. FERRIANI. Maria das Graças Carvalho. **ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PERSPECTIVA DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

MORAIS, Eduardo Oliveira; SILVA, Karine Arthuso e GUEDES, Prof:<sup>a</sup> Helisamara Mota. Atuação do enfermeiro da estratégia saúde da família na redução do índice de mortalidade infantil e materna. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v.1, n.1, nov./dez. 2008.

MURADAS, Márcia Regina; CARVALHO, Silvana Denofre. Fatores que influenciam a desnutrição infantil em um centro de saúde do município de Campinas (SP). **Cienc Cuid Saude** 2008 Jan/Mar; 7(1):053-057

OLIVEIRA, Álida Maria de; CARVALHO, Prof:<sup>a</sup> Dr:<sup>a</sup> Silvana Denofre. **Ações assistenciais de Saúde empregadas na prevenção e controle da desnutrição**

**infantil em uma Unidade Básica de Saúde. Faculdade de Ciências Médicas,**  
Departamento de Enfermagem Unicamp. PIBIC/SAE/ Unicamp.

PÉREZ, Elisenda Rentería; TURRA, Cássio Maldonado. **Desigualdade social na mortalidade no Brasil: diferenciais por escolaridade entre mulheres adultas.** Trabalho apresentado no XVI Encontro da ABEP realizado nos dias 29 de setembro a 03 de outubro de 2008 em Caxambu, Brasil.

PERNETTA, César, Terapêutica Pediátrica. 7ª edição, Rio de Janeiro. Ed. Livraria Atheneu, 1987

Portaria nº 648/GM (2006) BRASIL

PUCCINI. Rosana Fiorini. et.al. Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** vol.19. n1. Jan./Feb.2003

PUCCINI. Rosana Fiorini. et.al. Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):35-45, jan-fev, 2003.

RICCO. Rubens Garcia. et.al. Aleitamento exclusivamente ao seio, morbidade e utilização de serviço pediátrico em unidade básica de saúde. **Pediatria**, São Paulo, 2001, 23:193-198.

ROSA, Rebeca dos Santos Duarte; SOUZA, Antonielli Camargos; MACIEL, Joice Batista; PEREIRA, Juliana Dias Martins; RUFO, Juliana Fernandes. **Projeto Rede Creches: Atuação da Enfermagem na Saúde da Criança.** Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004.  
SANTOS. Deolinda Marçal Vieira dos; CERIBELLI. Maria Isabel Pedreira de Freitas. Enfermeiros Especialistas em Terapia Nutricional no Brasil: onde e como atuam. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2006 nov-dez; 59(6): 757-61.

SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília 2009

SAWAYA, Ana Lydia. **ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS NA DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTÉICA.** [1985 a 1996].

SIGULEM, Dirce M.; DEVINCENZI, Macarena U.; LESSA, Angelina C..SILVA, Anamaria Cavalcante. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará : uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** . São Paulo, 2003.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; e ARAUJO, Thelma Leite de. Avaliação nutricional de crianças de seis a sessenta meses. **Revista brasileira de enfermagem**. [online]. 2004, vol.57, n.5, pp. 534-536. ISSN 0034-7167.

SOUZA, Nali de Jesus. **INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO**. Desenvolvimento Econômico. 5a ed. São Paulo: Atlas, 2005.

SOUZA. Gabriela Victor de Oliveira et.al. Importância da atuação do enfermeiro frente ao pré-natal de gestantes na policlínica Dr. Antônio Rogério de Castro do município de Muriaé. **Revista Científica da FAMINAS, Muriaé**, v. 4, sup. 1, jan.-abr. 2008.

UNICEF. Ministério da Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. 2007.

VI Semana de Enfermagem. RODRIGUES, Danuza; SLOMP, Fátima Martinez;

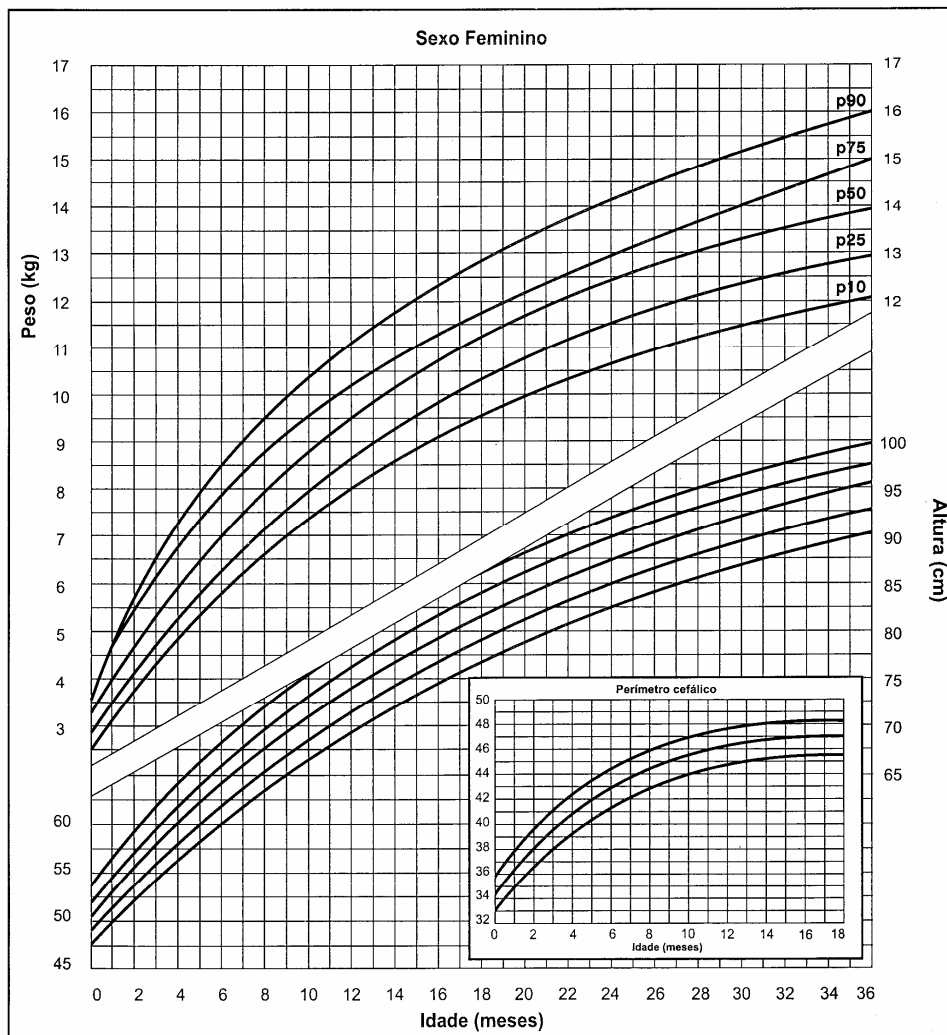
VOLTARELLI ,Fabrício Azevedo; MELLO, Maria Alice Rostom de. **Desnutrição: metabolismo protéico muscular e recuperação nutricional associada ao exercício**. UNESP Rio Claro, SP, v.14 n.1 p.74-84, jan./mar. 2008.

## ANEXOS



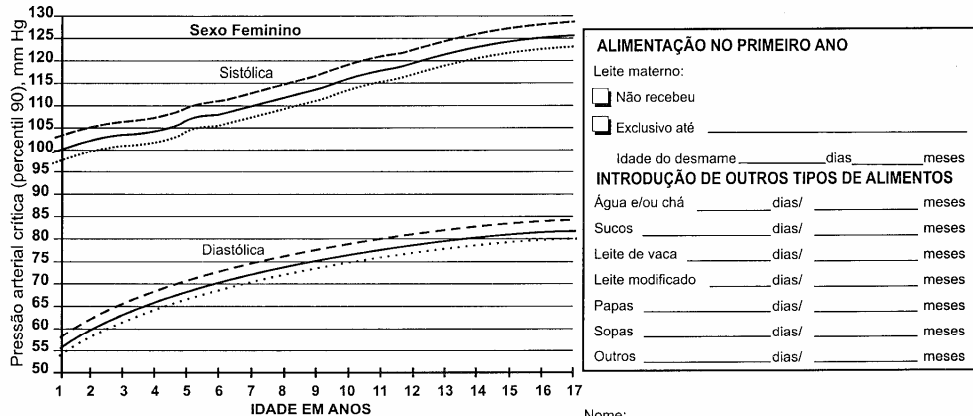
Anexo A- Ficha de controle de crescimento e desenvolvimento  
**DADOS DO PACIENTE SEXO FEMININO**

|   |  |  |                    |
|---|--|--|--------------------|
| NOME  |  | SEXO   | DATA DE NASCIMENTO |
| FILIAÇÃO - MÃE  |  | PAI  |                    |
| ENDEREÇO  |  |  | NÚMERO             |
| MICRO ÁREA  |  | Nº   | ESTADO             |
| <b>CONDIÇÕES DE NASCIMENTO</b>                                      |  | <b>HISTÓRIA GESTACIONAL</b><br>Intercorrências Pré-Natais _____<br>_____   |                    |
| Idade gestacional em semanas:<br>Obstétrica: _____ Pediátrica _____ |  | Pré-Natal _____ Consultas _____<br>Tipo do Parto <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Forcepes _____ |                    |
| Apgar: (1') _____ (2') _____ (5') _____                             |  | Indicação _____  |                    |
| Peso: _____ g P.C _____ cm  |  | <b>TESTE DO PEZINHO</b><br>Idade de Realização _____ PKU _____ T4 _____ TSH _____  |                    |
| Altura _____ cm P.T. _____ cm                                       |  | Outros _____   |                    |
| Intercorrências Neonatais _____                                     |  | Conclusão _____  |                    |



Anexo B- Ficha de controle de crescimento e desenvolvimento

## DADOS DO PACIENTE SEXO FEMININO



### FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

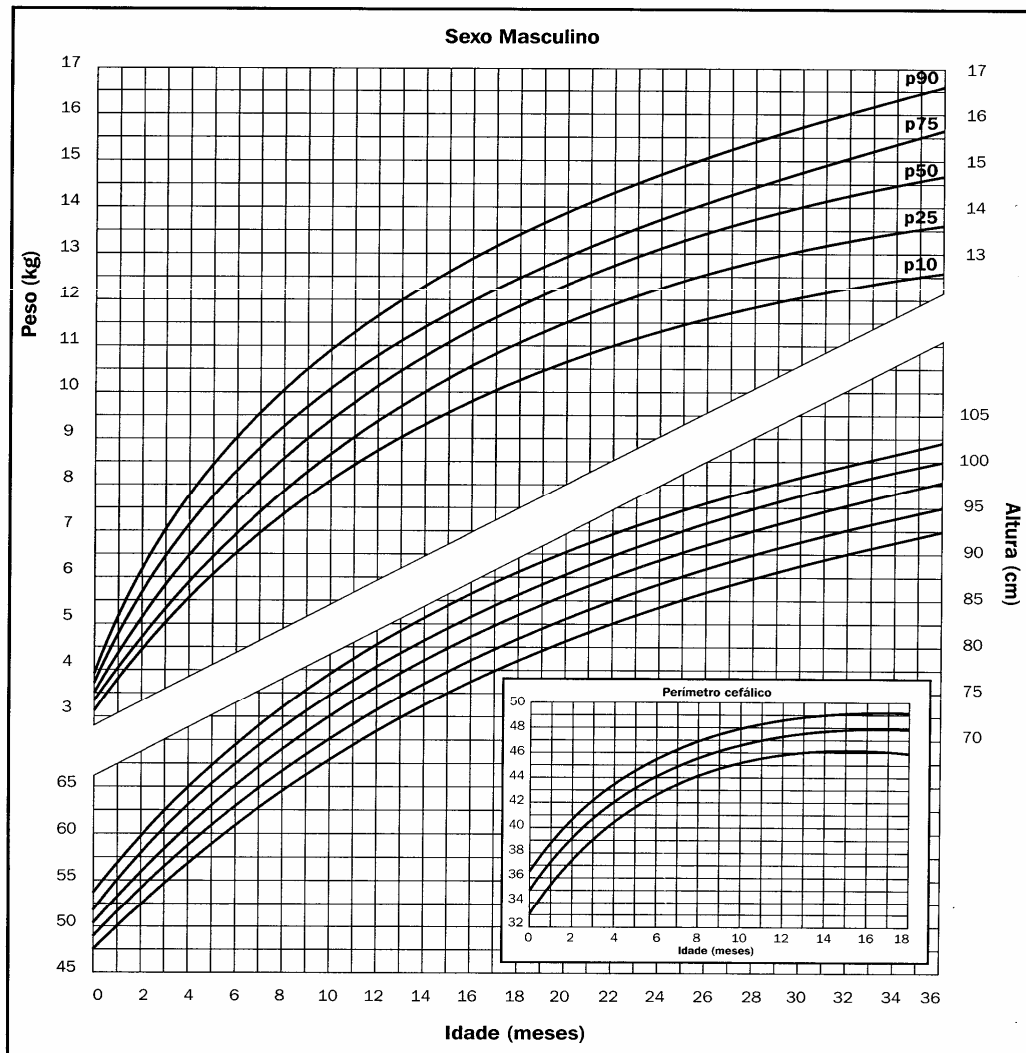
Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

| ÉPOCA DA CONSULTA | DATA DE NASCIMENTO | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)                              | IDADE (MESES) |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|-------------------|--------------------|--|---------------|----|----|----|----|--------------|---|---|---|----|----|----|----|--|--|--|
|                   |                    |  | 1             | 2  | 3  | 4  | 5  | 6            | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 15 |  |  |  |
| 1<br>mês          |                    | Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro).        |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada. |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Olha para a pessoa que a observa.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 2<br>meses        |                    | Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente.                      |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Sorri espontaneamente.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.                              |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 4<br>meses        |                    | Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço. |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Alcança e pega objetos pequenos.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Emite sons - Vocaliza.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 6<br>meses        |                    | Levantada pelos braços, ajuda com o corpo.                                 |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Segura e transfere objetos de uma mão para a outra.                        |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.                      |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 9<br>meses        |                    | Senta-se sem apoio.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Arrata-se ou engatinha.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas                   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 12<br>meses       |                    | Anda com apoio.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau; de não; bate palmas; etc.)        |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.                                  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| ÉPOCA DA CONSULTA |                    | MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)                              | IDADE (MESES) |    |    |    |    | IDADE (ANOS) |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    |  | 11            | 14 | 15 | 18 | 21 | 2            | 3 | 4 | 5 | 6  |    |    |    |  |  |  |
| 18<br>meses       |                    | Anda sozinha; raramente cai.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Combina pelo menos 2 palavras.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Tira qualquer peça do vestuário.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 2<br>anos         |                    | Corre e/ou sobe debruços baixos.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente.                      |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Diz seu próprio nome.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 3<br>anos         |                    | Fica sobre um pé momentaneamente.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Usa frases.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Veste-se com auxílio.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 4<br>anos         |                    | Pula sobre um só pé.   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Brinca com outras crianças.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Reconhece mais de duas cores   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
| 5<br>anos         |                    | Pula alternadamente com um e outro pé                                      |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Veste-se sozinha.  |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |
|                   |                    | Pede ajuda quando necessário   |               |    |    |    |    |              |   |   |   |    |    |    |    |  |  |  |

## DADOS DO PACIENTE SEXO MASCULINO

|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| <b>NOME</b>                             |  | <b>SEXO</b>  | <b>DATA DE NASCIMENTO</b><br>/ / |
| <b>FILIAÇÃO - MÃE</b>                   |  | <b>PAI</b>   |                                  |
| <b>ENDEREÇO</b>                         |  |  | <b>NÚMERO</b>                    |
| <b>MICRO ÁREA</b>                       |  | <b>Nº</b>  | <b>ESTADO</b>                    |
| <b>CONDIÇÕES DE NASCIMENTO</b>          |  | <b>HISTÓRIA GESTACIONAL</b>  |                                  |
|   |  | Intercorrências Pré-Natais _____<br>_____  |                                  |
| Idade gestacional em semanas:           |  | Pré-Natal _____  | Consultas _____                  |
| Obstétrica: _____ Pediátrica _____      |  | Tipo do Parto <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Forceps |                                  |
| Apgar: (1') _____ (2') _____ (5') _____ |  | Indicação _____  |                                  |
| Peso: _____ g P.C. _____ cm             |  | <b>TESTE DO PEZINHO</b>  |                                  |
| Altura: _____ cm P.T. _____ cm          |  | Idade de Realização _____ PKU _____ T4 _____ TSH _____   |                                  |
| Intercorrências Neonatais _____         |  | Outros _____   |                                  |
|   |  | Conclusão _____  |                                  |



Anexo D- Ficha de controle de crescimento e desenvolvimento

## DADOS DO PACIENTE SEXO MASCULINO

