

Melhoria do padrão nutricional das crianças de 6 meses a 4 anos de idade do bairro Pe. Palhano entre abril e agosto de 1999

Andréa de Souza Gonçalves Pereira¹,
Francisca Júlia Santos Sousa²

Resumo - A partir das altas taxas de desnutrição encontradas no bairro Pe. Palhano, principalmente entre as crianças de 6 meses a 4 anos de idade, percebemos a necessidade de ter um controle mais rigoroso das crianças desnutridas inscritas no Programa de Combate às Carências Nutricionais. Para atingir nosso objetivo, elaboramos uma rotina a ser seguida por todos os membros da equipe, coordenados por uma enfermeira e uma médica, no sentido de detectar e acompanhar todos casos de desnutrição de acordo com gráfico proposto pelo AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), bem como intervir de forma integral, tanto através da redução das taxas de desnutrição propriamente ditas, como diminuição da anemia, parasitoses, hipovitaminoses, infecções respiratórias de repetição entre outras, além de estimular o vínculo mãe-filho. Para tanto, foram feitas oficinas, controle sistemático do peso, internamento na unidade para os casos mais difíceis, sempre enfatizando a dieta do AIDPI. O material utilizado, inclusive a dieta, foi de muito baixo custo e de fácil execução com resultados significativos tanto na desnutrição como melhora na qualidade de vida dessas crianças.

Introdução

O bairro Pe. Palhano, que conta hoje com uma população de 7.938 habitantes, surgiu a partir de uma invasão em 1990, sendo dado posse da terra pela então primeira dama do município. Rapidamente expandiu-se de forma completamente desordenada, sem as mínimas condições de vida e moradia.

A maioria da população em idade produtiva é desempregada ou subempregada e os que têm renda fixa em sua maioria são funcionários das indústrias locais (Grendene, Fábrica de Cimento).

De acordo com o cadastramento das famílias realizado em 1998 pelas agentes comunitárias de saúde, 42% das casas do bairro eram de taipa, sendo a média de habitantes por residência de 4,2; 89% tinham água potável; 82% possuíam energia elétrica. Entretanto, sabe-se que esta realidade muda freqüentemente, já que o bairro recebe migrações constantemente e está sendo beneficiado por importantes medidas de melhoria sanitária e habitacional.

Em março de 1997, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), visando melhorar as condições de saúde da população a partir do investimento na atenção primária à saúde. Inicialmente apresentava uma equipe composta de um médico, dois enfermeiros e quatro agentes de saúde, tendo como área de abrangência os bairros Pe. Palhano e Sumaré. A partir de maio de 1998 houve redução da

¹Médica do Programa Saúde da Família de Sobral, Especialista em Pediatria.

²Enfermeira do Programa Saúde da Família de Sobral.

área, tendo sido instalada uma outra equipe no Sumaré. Em abril de 1999, foi criada mais uma equipe no Pe. Palhano formada por um médico e um enfermeiro. Portanto, no momento, o bairro conta com duas equipes do PSF (dois médicos e três enfermeiros).

Em junho de 1998, teve início a construção da rede de saneamento básico, pela Prefeitura de Sobral, abrangendo 80% do bairro. Também está em andamento a construção de 300 banheiros, iniciado em janeiro de 99 numa parceria entre a Fundação Nacional de Saúde, Prefeitura Municipal de Sobral e moradores.

Apesar destas mudanças positivas, vários fatores concorrem para que a população do Pe. Palhano permaneça em situação de risco do ponto de vista da morbimortalidade. Entre eles destacam-se: a baixa renda per capita, alto índice de analfabetismo, condições de miserabilidade em que vive grande parte de sua população.

Assim sendo, as crianças, principalmente os menores de dois anos, refletem claramente essas dificuldades, através de altos índices de desnutrição calórico-protéico, infecções respiratórias de repetição, anemia, parasitoses, diarreia, entre outras, estando todas interrelacionadas.

Nesse trabalho, enfocaremos a desnutrição, devido a sua gravidade e acentuada influência nas condições de vida e saúde da criança. A desnutrição torna a criança muito mais susceptível a adoecer e morrer, bem como dificulta seu processo de aprendizado com o meio externo, podendo levar a atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, muitas vezes irrecuperáveis.

Proposta de intervenção

Motivados pelos números tão elevados e na tentativa de diminuir os índices de desnutrição, passamos a ter um controle mais rigoroso do peso, dos agravos e do cumprimento da dieta do AIDPI.

O AIDPI propõe uma padronização para o atendimento médico e de enfermagem de crianças de 0 a 5 anos de idade de forma integral, enfocando principalmente como identificar sinais de perigo; avaliação dos grupos mais comuns de morbidades a partir dos sinais mais freqüentes: diarreia, tosse, problema no ouvido, entre outras, enquadrando-os em classificações com protocolos de tratamento estabelecido. Além disso, apresenta dietas baseadas em alimentos de baixo custo contendo os nutrientes necessários para a recuperação dos desnutridos, sendo estes fornecidos no programa de atendimento às carências nutricionais. São eles: leite, óleo, açúcar, arroz, feijão e carne moída, preparados em quatro combinações diferentes, devendo ser oferecidos alternados, a cada três horas, variando as quantidades de acordo com o peso da criança.

Atividades realizadas

Por entendermos a desnutrição não apenas como a diminuição na oferta de alimentos, mas sim como parte do contexto de vida inadequado da criança, criamos uma rotina de acompanhamento a ser usada por qualquer membro da equipe que visite o domicílio de uma criança desnutrida:

1. Cumprimentar a família, fazendo exposição sobre que é a desnutrição, os riscos para a criança e a necessidade de seguimento das orientações.

2. Checar peso x idade

- Peso baixo (entre percentil 2 e 3): orientar dieta AIDPI 6 vezes do dia; pesar em 15 dias e reavaliar. Ver necessidade de internamento na unidade.

- Peso muito baixo (percentil igual a 2): orientar dieta AIDPI 8 vezes ao dia; pesar em 5 dias, verificando se houve o ganho de 5 g/kg/dia pela criança. Se a criança ganhou peso suficiente parabenizar a mãe. Se não, levar a mãe e a criança à unidade de saúde para que aprenda a dieta, sob orientação de médico e/

ou enfermeiro, mantendo-os internados o tempo necessário para cumprimento adequado da prescrição bem como para o aprimoramento dos cuidados necessários com a criança.

- Nos cinco primeiros dias da dieta o agente de saúde deve comparecer à casa da criança quantas vezes forem necessários para garantir a dieta correta, tentando evitar o internamento desnecessário da criança na unidade.

3. Checar condições de higiene

4. Verificar e fazer, quando necessário: anti-parasitário, vitamina A, ferroterapia. Encaminhar imediatamente para o médico no caso de anemia grave.

5. Checar vacinação e doenças, avaliando necessidade de consulta médica. Os com peso muito baixo devem sempre serem vistos pelo médico ao primeiro sinal de doença.

6. Ver o estado nutricional dos irmãos e fazer orientação alimentar, mesmo aos maiores de 5 anos. Checar anemia, parasitose e necessidade de encaminhamento ao médico.

7. Listar todas as crianças maiores de 6 anos fora da escola e encaminhá-las à enfermeira responsável pelo projeto.

Esta rotina foi implantada em abril, promovendo uma constante diminuição dos internamentos na unidade de saúde. No mês de maio, foram realizadas 4 oficinas com as mães destas crianças, com o objetivo de ensinar o preparo das dietas e principalmente, através de dinâmicas de grupo, trabalhar a auto-estima, a solidariedade no grupo, a proximidade com a equipe de saúde e o vínculo mãe-filho. Também foram distribuídos brindes, como forma de premiar os participantes que responderam corretamente as perguntas elaboradas com base nos temas abordados nas oficinas.

Facilidades e dificuldades

Uma parte das mães, que claramente não ofereciam alimentação adequada aos seus filhos por falta de orientação, mostraram-se bastante interessadas e passaram a fazer bom uso da matéria-prima oferecida. Isto gerou bons resultados, reduzindo as necessidades de internamento na unidade. Essas crianças continuam sendo acompanhadas em seus lares e realizando visitas periódicas à unidade de saúde. Algumas mães de crianças desnutridas, entretanto, não conseguiram aderir ao tratamento por várias dificuldades: déficit cognitivo, falta de interesse por motivações diversas, ambiente familiar adverso, trabalho externo etc. Devido a este fato, seus filhos ficaram internados na unidade de saúde, tendo sido obtida a reversão da maior parte dos casos (vide Tabela II).

O espaço físico precário da unidade, sem local adequado para a estada das crianças, constitui uma dificuldade no trabalho.

Contamos com a colaboração e empenho da equipe do PSF e da Secretaria Municipal de Saúde, no sentido da disponibilidade do material utilizado, do preparo dos alimentos e da cooptação diária pelos agentes de saúde das mães resistentes ao tratamento.

Recursos utilizados

Os recursos financeiros necessários foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social e pela equipe do PSF.

Os materiais utilizados foram: alimentos para realização da dieta do AIDPI, brinquedos educativos, material de higiene pessoal, cartolinas, revistas, papel ofício, tinta guache, plástico adesivo, copos, panelas, pratos e colheres.

Com relação aos recursos humanos, houve participação de toda a equipe do PSF, enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, auxiliares de serviços gerais e algumas mães voluntárias.

Resultados

Comparando os dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica -SIAB, relacionados à condição nutricional das crianças do bairro Pe. Palhano, nos meses de abril e agosto de 1999 (Tabelas I e II), observamos que houve uma redução de 75% da taxa de desnutrição entre as crianças com percentual = 2 e 45% entre as que estavam $> P_2 < P_3$. Houve um aumento de 7% no número de crianças nutridas (Tabela II).

Durante o processo de recuperação nutricional, tinha-se em abril dez crianças internadas na unidade, sendo que destas oito foram recuperadas. Outras crianças vêm sendo acompanhadas em domicílio, sendo que as de peso muito baixo são pesadas semanalmente na unidade de saúde.

Além da recuperação do peso, houve uma aceleração no desenvolvimento neuropsicomotor, já que praticamente todas as crianças apresentavam atraso. Este resultado foi alcançado através do estímulo ao fortalecimento do vínculo mãe-filho.

Houve também controle dos agravos sucessivos (como diarreia e infecções respiratórias), da anemia e das parasitoses.

Tabela I - Distribuição das crianças residentes no bairro Pe. Palhano cadastradas pelos agentes de saúde, segundo estado nutricional, Sobral, abril de 1999.

Percentil de peso	Crianças < 1 ano		Crianças 1 - 4 anos	
	Nº	%	Nº	%
$< P_2$	5	2	7	1
$> P_2 < P_3$	10	5	66	10
$> P_3$	197	93	559	89
Total	212	100	632	100

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

Tabela II - Distribuição das crianças residentes no bairro Pe. Palhano cadastradas pelos agentes de saúde, segundo estado nutricional, Sobral, agosto de 1999

Percentil de Peso	Crianças < 1 ano		Crianças 1 - 4 anos	
	Nº	%	Nº	%
$< P_2$	-	0	3	0,5
$> P_2 < P_3$	5	2	37	5,5
$> P_3$	266	98	624	94
Total	271	100	664	100

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

Perspectivas de atuação

Nosso objetivo principal é erradicar a desnutrição do bairro Pe. Palhano e as mortes por causas evitáveis. Para isso, estamos intensificando a cobertura do pré-natal, orientando aleitamento materno exclusivo até seis meses e dieta de transição adequada, puericultura mensal até um ano, enfocando cuidados básicos de higiene e prevenção de doenças.

Para os casos de desnutrição já instalados, além da continuidade das medidas que foram apresentadas estamos implantando:

¹ Projeto de agentes comunitários em parceria com a SAFS (Sociedade de Apoio a Família Sobralense), que consiste na formação de grupos de mães com caráter de madrinha, sendo que cada uma delas acompanha oito crianças desnutridas na sua rua ou na proximidade de sua residência, tendo como função fortalecer o trabalho desenvolvido pelo agente de saúde no acompanhamento dessas crianças. Trata-se de um trabalho voluntário e as mães passam por treinamento periódico.

² Sala de estimulação precoce a ser instalada na nova unidade de saúde em construção, com o objetivo de prevenir e recuperar o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor secundário principalmente se provocado pela desnutrição e a outras causas, sob a supervisão de um fisioterapeuta.

Referência Bibliográfica

OPAS/OMS. Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Ministério da Saúde/COMIN, 1997.