

ARTIGO DE PESQUISA

RECONHECENDO A MULTICAUSALIDADE NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

Recognizing the multicausality in infant malnutrition: contributions to planning the nursing assistance in the community

Reconociendo las causas múltiples de la desnutrición infantil: contribuciones para la actuación de la enfermería en la comunidad

Livia Rocha¹, Eliane Tatsch Neves Vernier², Tatiana Engel Gehardt³

Resumo

Reconhecer a multicausalidade da desnutrição infantil, problema nutricional que acomete milhares de crianças no mundo todo e no Brasil, contribui para o planejamento das ações de enfermagem na comunidade, visando o tratamento e prevenção deste agravo. Assim, esta pesquisa objetivou identificar os principais fatores de risco associados à desnutrição infantil de crianças acompanhadas em uma unidade de saúde de Santa Maria (RS). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, cujos dados foram produzidos em entrevistas com 10 famílias de crianças desnutridas durante visita domiciliar. Entre os fatores multicausais identificados destacamos: acesso ao pré-natal, baixo peso ao nascer, idade e baixa escolaridade materna, infecções recorrentes na criança, falta de saneamento básico. Concluiu-se que a multicausalidade está presente em todos os casos, necessitando ser reconhecida para o desenvolvimento de ações educativas tendo a família como centro do cuidado, fornecendo a ela subsídios para a transformação individual e coletiva necessária.

Descritores: Enfermagem pediátrica; Desnutrição infantil; Fator de risco

Abstract

The infant malnutrition affects thousands of children in the entire world and in Brazil, as well. Recognizing the multicausality of malnutrition is a decisive factor in the planning of nursing treatment and prevention actions to community. This study aimed at identifying the main risk factors related to malnutrition among children following in a primary care setting in southern Brazil. An exploratory and descriptive study was developed with 10 families of undernourished children during home visits. Among the multicausal factors identified we highlight: access to health services during pregnancy, low birth weight child, young mothers, mothers who had a few years of educational background, child with recurrent infections, and precarious social environments. In conclusion, the multicausality was present in all cases. In this way, it is necessary to recognize this multicausal factors so that educative actions which have the family as the center of care can be developed, giving these families the essential subsidies to individual and social transformation.

Keywords: Pediatric nursing; Infant malnutrition; risk factor

Resumen

Reconocer las causas múltiples de la desnutrición infantil, problema nutricional que acomete a millares de niños en el mundo todo y en Brasil, contribuye para el planteamiento de las acciones de enfermería en la comunidad, mirando el tratamiento y prevención de este agravo. Así, esta investigación objetivó identificar los principales factores de riesgo asociados a la desnutrición infantil de niños acompañados en una unidad de salud de Santa Maria. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo cuyos datos fueron producidos en entrevistas con 10 familias de niños desnutridos durante una visita domiciliar. Entre los factores de causas múltiples identificados destacamos: acceso al prenatal, bajo peso al nacer, edad y baja escolaridad materna, infecciones recurrentes en el niño, falta de saneamiento básico. Se concluyó que las causas múltiples están presentes en todos los casos, necesitando ser reconocidas para el desenvolvimiento de acciones educativas teniendo la familia como centro del cuidado, abasteciendo a ella subsidios para la transformación individual y colectiva necesaria.

Descriptores: Enfermería pediátrica; Desnutrición infantil; Factor de riesgo

¹Enfermeira, Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI Campus Santiago. Mestre em Enfermagem pela UFRGS.

²Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestre em Enfermagem pela UFRGS. Doutoranda em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ / McGill University - Canadá - bolsista CAPES.

³Enfermeira. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Antropologia Social pela Université de Bordeaux 2/ França.

INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil é um problema nutricional que acomete milhares de crianças no mundo todo, sendo responsável por 55% de óbitos de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. A despeito de ser uma taxa decrescente, no Brasil, sua prevalência entre as crianças nessa faixa etária é de 7,0% (BRASIL, 2004). Destaca-se a invisibilidade da desnutrição nas taxas de mortalidade, visto que esta é uma causa intrínseca ao desenvolvimento de outros agravos à saúde da criança. Dessa forma, França *et al.* (2001) relacionam a morbimortalidade por esta causa ao complexo diarreia-pneumonia-desnutrição, especialmente, no grupamento infantil pós-neonatal.

Ações governamentais, tendo por base os dados epidemiológicos e os fatores comumente ligados à enfermidade, têm reformulado o sistema de saúde priorizando a atenção básica através de políticas e programas que valorizem as ações preventivas e de alcance coletivo. Como exemplo, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, que permite um melhor conhecimento do comportamento dos problemas nutricionais e serve de suporte para o desenho e o ajuste dos programas sobre alimentação e nutrição no País. Nesse sentido, este programa prevê o monitoramento do estado nutricional como uma prática a ser desenvolvida na atenção básica da rede do serviço de saúde e incorporada às rotinas de atendimento (BRASIL, 1999).

Proporcionar à criança condições de crescimento e desenvolvimento saudáveis é um dos seus direitos fundamentais previstos em lei (BRASIL, 2005). Assim, novas alternativas de combate a esse distúrbio devem apontar no sentido de implementar políticas públicas de saúde que garantam o acesso a alimentos saudáveis e necessários a todas as crianças que vivem em condições socioeconômicas precárias. Tais esforços são necessários para evitar o comprometimento potencial de crescimento e desenvolvimento infantil em uma fase da vida em que o processo de formação é mais intenso e determinante para um futuro saudável da criança (MONTE, 2000; MONTEIRO *et al.*, 2000).

A questão da desnutrição infantil comumente é vista sob uma ótica reducionista ligada apenas à questão

alimentar e, partindo disso, a atuação restringe-se ao controle de peso e à prescrição de mudança nos hábitos alimentares. Com isso, em geral, as ações de saúde não alcançam toda a complexidade e amplitude que envolve a desnutrição infantil. Entretanto, apesar da estatística sofisticada, o risco visto de forma isolada não consegue elucidar a complexidade social envolvido nesta síndrome carencial e que varia de caso para caso (CAPONI, 2003).

Ademais, tratando-se de desnutrição infantil deve-se ir além. Com base na epidemiologia do risco, alguns autores pontuam outras condições que estão relacionadas diretamente com o problema, tais como: a idade e a baixa escolaridade materna, a infância materna problemática, a concepção de muitos filhos em intervalos de tempo reduzido, o uso de drogas na gestação, a doença mental materna, a falta de acesso aos serviços de saúde, incluindo o acesso ao pré-natal, o baixo peso ao nascer, o fraco vínculo mãe-filho, a ausência do pai, a pobreza, a rede social frágil, a falta de saneamento básico, as freqüentes infecções na criança, entre outros (LOPES; MACHADO; VIEIRA, 2003; SAWAYA; SOLYMOS, 2003; MORAIS, 1999; CARVALHÃES; BENÍCIO, 2002; NÓBREGA; CAMPOS, 1998; NÓBREGA, 1998).

Esse leque de fatores é importante para compreender o problema, porém, levam a pensar que a desnutrição é um problema somente de crianças pobres. Nota-se que há uma tendência a homogeneizar a pobreza, as pessoas e as situações de vida em que elas vivem; bem como de formular propostas de atuação sobre as classes sociais, as quais são operacionalizadas com base nas questões de renda e educação da população, como se estas fossem variáveis estanques e fáceis de mensurar.

Normalmente, essas políticas são feitas para um grupo que apresenta características ou comportamentos de risco, e este é fundamentado em variáveis construídas mecanicamente sem considerar a relação dos aspectos histórico-sociais e culturais. Além disso, as pessoas e os indivíduos que se enquadram sob a idéia de ameaça à saúde e seus indicadores, devem ser vigiados e corrigidos, deixando ao esquecimento uma outra parcela que não se enquadra nos fatores pontuados e que ficam à mercê das propostas de ação (CASTIEL, 2003; CZERESNIA, 2004; PERINI, *et al.*, 2001).

Essa idéia mais ampliada refere-se ao caráter

multicausal que permeia a problemática, resultando da relação dinâmica de inúmeros aspectos sociais, culturais, psicológicos, ambientais, etc. correlacionados e que atuam conjuntamente. Tais fatores variam de forma singular, pois são fortemente influenciados pela ação dos sujeitos sociais, impedindo a construção de modelos causais estanques e replicáveis em todos os contextos (ROCHA, 2006).

O que se tem observado durante a prática de enfermagem na comunidade é que o acompanhamento de crianças é feito por meio de ações descontextualizadas que se tornam inócuas em relação ao seu objetivo de combater e prevenir a desnutrição infantil. Assim, este estudo objetivou investigar famílias de crianças desnutridas acompanhadas em uma unidade básica de saúde de Santa Maria (RS), identificando os fatores de risco da desnutrição e as condições socioeconômicas e culturais em que viviam essas crianças e suas famílias.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo, que teve uma abordagem qualitativa exploratória descritiva, foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde de uma comunidade de baixa renda localizada na região norte de Santa Maria (RS). Nessa unidade é desenvolvido um projeto de extensão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), incluindo ações de saúde, à época vinculadas ao Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Assim, este estudo foi desenvolvido durante a realização do Estágio Supervisionado de Enfermagem do referido Curso.

Os sujeitos do estudo foram famílias de crianças desnutridas acompanhadas no PAISC da unidade de atendimento. Elas foram selecionadas mediante avaliação antropométrica, caracterizando o grau nutricional das mesmas. Além disso, foram utilizadas a evolução do traçado gráfico no Cartão da Criança e a tabela de avaliação do estado nutricional de crianças aplicada pela Secretaria de Saúde e Meio Ambiente – RS.

Foram entrevistadas 10 grupos familiares durante visita domiciliar previamente agendada para este fim. As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um formulário contendo questões abertas e fechadas. As

informações coletadas nos formulários foram complementadas com as anotações de um diário de campo. As observações feitas *in loco* durante a visita domiciliar também auxiliaram na análise quantitativa dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição (Protocolo N. 116/2003 – CEP/UFSM) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Tendo em vista a multicausalidade, alguns fatores pregressos são bastante relevantes, como é o caso das condições da gestação. A totalidade das mães afirmou ter realizado o pré-natal, porém este dado gera questionamentos quando se prevê um mínimo de seis consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como a qualidade destas. O não planejamento da gravidez (80%) da criança em questão, muitas vezes, compromete a aceitação e o investimento nesta nova vida gerada, tornando-as mais predispostas a doenças, falta de afeto e maus tratos.

Oitenta por cento das crianças nasceram com peso superior a 2.500g., sendo que 30% delas nasceu pré-termo, e a mesma incidência apresentou intercorrências no nascimento, tais como: icterícia, asfixia neonatal e hiperglicemia. O peso ao nascer representa importante causa ou agravamento de situações mórbidas, contudo, neste estudo essa pode não ser uma causa de relação direta uma vez que a maioria das crianças não apresentou baixo peso ao nascer. Entre elas, 70% foi aleitada ao seio, sendo que a média de tempo de aleitamento materno foi de 17,5 meses.

Evidenciou-se um elevado número de filhos nessas famílias, com uma média de 3,6, por família, quase sempre gerados em intervalos mínimos de tempo (média de 15 meses) entre uma gestação e outra.

Em relação ao sexo, a maioria das crianças (70%) eram do sexo feminino. A faixa etária variou entre 7 meses e 6 anos de idade. Os dados mostraram um percentual maior de crianças (60%) entre 25 e 72 meses (2 a 6 anos). Dessa forma, percebe-se a existência de um agravo crônico, visto que a maioria das crianças apresentava um comprometimento nutricional persistente desde os primeiros meses de vida, de acordo com dados

complementares provenientes da análise do Cartão da Criança que se constituiu em fonte secundária de dados.

Sobre a existência de afecções anteriores que pudessem ter contribuído ou agravado o quadro de desnutrição da criança, 100% delas apresentaram diversos episódios de diarreia no curso de suas vidas. A associação de desnutrição infantil com infecções é um fato concreto, resultante de vários fatores, tais como condições precárias de saneamento básico, manipulação e condicionamento inadequado dos alimentos e práticas de higiene deficientes.

No que se refere ao acompanhamento da criança por profissionais de saúde, constatou-se que todas as crianças eram acompanhadas pela Pastoral da Criança, o que lhes permitia um certo suporte e/ou outras possibilidades de solucionar seus problemas. Porém, vale ressaltar que, além da Pastoral, os profissionais mais procurados foram o médico (60%) e os agentes comunitários de saúde (40%). A enfermagem, por sua vez, que desenvolve um serviço de acompanhamento mensal de caráter preventivo, foi citada por uma minoria. De certa forma, esse fato denotou a fragilidade do serviço de saúde no que tange à identificação e captação dessa clientela na comunidade bem como um modelo de assistência clínico centrado na patologia e na medicalização do agravo.

Quanto às questões relacionadas à alimentação da criança, todas elas consumiam os mesmos alimentos do restante da família, salientado que muitas mães não haviam seguido a forma correta de desmame, introduzindo precocemente alimentos inadequados. Em relação à alternativa alimentar multimistura distribuída pela Pastoral da Criança, todas as crianças pesquisadas faziam uso dela. Entretanto, apesar de as mães mencionarem uma grande melhora no quadro nutricional da criança, a desnutrição ainda não havia sido revertida.

No que se refere à idade materna, observou-se uma frequência maior de mães entre 20 e 29 anos (60%), caracterizando uma concentração de mães jovens entre as famílias pesquisadas. Quanto à variável relacionada à escolaridade materna, uma baixa escolaridade foi evidenciada, sendo que 50% das mães possuíam o ensino fundamental incompleto, ou seja, menos do que cinco anos de estudo formal. Somado a isso, elas eram responsáveis pelo sustento e cuidados dos filhos, uma

vez que a ausência do pai, por motivo de falecimento ou abandono, foi um aspecto presente em 40% das famílias.

Quanto às condições de moradia, a maioria das famílias investigadas (70%) vivia em casas de madeira, podendo ser consideradas “barracos”, evidenciando condições de moradia precárias. Em todos os casos, as habitações eram pequenas, com uma média de distribuição de 3 pessoas por cômodo e uma média de 6,2 pessoas por família.

Sendo o saneamento básico um fator de risco relevante na desnutrição infantil, constatou-se que 80% das famílias não possuía acesso à rede pública de tratamento de esgoto. Essas famílias tinham como destino dos dejetos, incluindo o lixo doméstico, um arroio que era cenário vizinho de muitas casas e local onde as crianças brincavam, principalmente no verão. Um aspecto positivo a destacar é a presença de luz elétrica e a água encanada em todas as residências.

Quando se analisou o dado referente à renda mensal das famílias, percebeu-se que a maioria (60%) vivia com apenas um salário mínimo nacional (valor estimado, à época, era de R\$ 250,00, equivalente a aproximadamente \$113,00 dólares americanos). Agrega-se a isso o fato de as famílias serem numerosas, sendo que a ausência de renda foi constatada em 20% das famílias do estudo.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, as mães referiram procurar a unidade básica de saúde somente nos casos de presença de doença e apenas uma das crianças pesquisadas freqüentava o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC, sendo que os demais se dirigiam à unidade, exclusivamente para consultas médicas, recebimento de medicamentos na farmácia e vacinas.

Quanto ao suporte recebido pela rede social, este foi citado por todas as famílias. Constituinte dessa rede de apoio destaca-se o marido/companheiro, a sogra, a mãe ou a irmã, entre outros. São esses laços que permitem amenizar as tensões e facilitam a superação dos eventos críticos servindo, muitas vezes, de proteção para a desnutrição infantil.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Ao se analisar as características das crianças pesquisadas identificou-se inúmeros fatores de risco à

desnutrição, muitos dos quais poderiam estar agravando ou mesmo impedindo a reversão do quadro nutricional da criança, corroborando outros estudos desenvolvidos na área (SAWAYA; SOLYMOS, 2003; MORAIS, 1999; CARVALHÃES; BENÍCIO, 2002; NÓBREGA, 1998).

Entre os fatores destacados como multicausais, os pregressos são relevantes para a determinação da desnutrição, entre eles as condições da gestação e o baixo peso ao nascer. Este último é relacionado ao retardo no crescimento intra-uterino, cuja principal causa é a desnutrição materna aliada às más condições de vida e a falta de uma assistência pré-natal adequada (SIGULEM; TADDEI, 1998). O peso ao nascimento é tão importante como causa ou agravamento de situações mórbidas, que torna o risco de morte durante a infância três vezes maior em crianças que nascem com peso abaixo de 2500 gramas (NÓBREGA, 1998).

Outra importante variável a ser destacada é a idade das crianças desnutridas que ficou entre 2 e 6 anos, caracterizando um período posterior ao desmame e introdução de alimentos. Este é um dado que vem ao encontro a realidade constatada pelo levantamento nutricional realizado no Brasil em 1996, conhecido como Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (BENFAM, 1996).

Gestação na adolescência e em mulheres jovens predispõe à instalação de processos mórbido em seus filhos, como é o caso da desnutrição (MONTEIRO *et al.*, 2000; NOBREGA, CAMPOS, 1998). Isso é resultado, principalmente, da imaturidade fisiológica e psicológica daS mãeS, bem como do pouco conhecimento que apresentam sobre as necessidades e cuidados infantis.

A associação entre os anos de escolaridade da mãe e saúde infantil bem como a relação com a desnutrição é relevante. De acordo com dados mundiais, a educação materna está intimamente relacionada com melhores condições nutricionais e de saúde, com taxas mais altas de sobrevivência infantil e com menor fertilidade, sendo que há um risco 6 vezes maior de mães analfabetas apresentarem filhos desnutridos (SAWAYA; SOLYMOS, 2003). Isso evidencia a necessidade de obtenção de dados junto à família que fundamentem às ações de enfermagem voltadas para a troca de informações com a família, tendo em vista o cuidado às crianças.

Em relação à presença da Pastoral da Criança nas

comunidades, foi constatado em pesquisa sobre o perfil socioeconômico das crianças mais expostas à desnutrição, que aquelas que viviam em comunidades atendidas pela Pastoral, apresentavam condições mais favoráveis de vida, mostrando que a presença dela é relevante, especialmente em caráter preventivo (SAVARANI; DECESARO, 2001). Dado semelhante pode ser encontrado em pesquisas realizadas sobre as práticas alimentares das crianças e das famílias moradoras da Rocinha, na cidade do Rio de Janeiro (ROTENBERG, 2004).

Em se tratando de crianças, o papel de cuidador, sendo aquele que usualmente se mobiliza em prol do seu crescimento e desenvolvimento, é desempenhado pela mulher-mãe. É a ela que, freqüentemente, é delegada a responsabilidade pelo cuidado dos filhos e da família como um todo (VERNIER; CABRAL, 2006). Nesta pesquisa, a ausência da figura paterna nas famílias estudadas reforça essa condição, parecendo estar relacionada à saúde infantil (MORAIS, 1999). Conforme dados do Censo IBGE 2001, 24,9% dos lares brasileiros são chefiados por mulheres, sendo que de 1991 até o último Censo em 2000 houve um aumento de 38% neste indicador. (BRASIL, 2000). Nesse sentido, a mulher é a principal provedora de recursos materiais para o sustento da família e, também, muitas vezes, a principal cuidadora da família (OLIVEIRA; MINAYO, 2002).

As precárias condições de moradia das famílias do estudo, o não recolhimento do lixo e falta de acesso à rede de esgoto denotaram a influência da natureza e do ambiente em que se vive, principalmente sobre a saúde das crianças, as quais, devido sua imaturidade, são mais vulneráveis a agravos. Desse modo, a questão do cuidar ou não de si mesmas, de seus semelhantes e da natureza que as cerca se reflete sobre a qualidade de vida, e conseqüentemente na saúde das pessoas (ANDI, 2003).

As baixas condições socioeconômicas das famílias, um alto índice de desemprego e subempregos, reforçam a relação entre o poder aquisitivo e o estado nutricional. Tendo em vista que o valor de um salário mínimo nacional é considerado a metade do necessário para se prevenir o risco de desnutrição energético-protéica (SAVARANI; DECESARO, 2001), pode-se afirmar que a maioria das famílias do estudo vivia abaixo da linha da pobreza, que corresponde a dois salários mínimos nacionais.

A despeito de as famílias estudadas buscarem primeiramente o setor primário de saúde, isto só acontece em caso de doença da criança, e não para realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desta em um caráter preventivo de saúde. Entretanto, o modelo assistencial vigente ainda é o curativista, fato este demonstrado ao buscarem ajuda somente após a instalação do processo mórbido, tornando difícil uma intervenção preventiva. Em geral, quando a doença não está presente, a família tende a se mostrar inteira, o que possibilita o exercício/manifestação de seu senso de empoderamento, conseguindo dialogar com os profissionais de saúde e compartilhar saberes, promovendo a saúde familiar (MARCON, 2002).

Mães de crianças com problemas nutricionais chegam aos serviços de saúde na busca de apoio ou mesmo para receber leite gratuitamente ou cumprir as obrigações de beneficiária e verificar o peso da criança. Muitas vezes ela se depara com a frieza dos profissionais e a obrigatoriedade do cumprimento de orientações verticais baseadas em conhecimentos científicos. Tais conhecimentos científicos sistematizados causam estranhamento por não pertencerem ao saber popular, atuando sobre os sintomas sem adentrar no mundo dessas famílias. Dessa forma, segundo Sawaya e Solymos (2003), elas se tornam ações descontextualizadas das reais causas do atual problema que tem uma história e vai além da alimentação e do ganho de peso ou estatura.

No que se refere às estratégias utilizadas pelas famílias para enfrentar os problemas, estas podem ser construídas de inúmeras formas, para tanto, os sujeitos normalmente utilizam-se da sua rede social, a qual contribui, muitas vezes, até para a sobrevivência da própria criança (SOARES, 2002).

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Em sua maioria, as crianças desnutridas são do sexo feminino, tendo entre 2 e 6 anos de idade, pertencem a famílias que vivem abaixo da linha da pobreza, com predomínio dos adultos desempregados ou subempregados. Suas mães, que foram as cuidadoras primárias em todos os casos, possuem baixo nível de escolaridade e tiveram seus filhos jovens e com intervalo

entre eles menor do que 2 anos, em média. Essas crianças possuem infecções recorrentes, especialmente diarreia, e são todas acompanhadas pela Pastoral da Criança, utilizando a multimistura, porém ainda não haviam recuperado o estado nutricional adequado.

Dessa forma, no presente estudo pode se reconhecer a multicausalidade, tendo em vista todos os fatores de risco relacionados pela literatura científica pertinente ao assunto. Reconhecer a multicausalidade na desnutrição infantil implica em conhecer a realidade das famílias e suas características econômicas, sociais e culturais, visando uma atuação singular em cada caso. Nesse sentido, destaca-se a importância da construção pela equipe de saúde que trabalha com os desnutridos de um modelo causal, facilitando as ações de prevenção e intervenção. Dessa forma, buscando a não redução da questão da desnutrição a determinantes imediatos, mas a focalização em dados factíveis já reconhecidos como determinantes de tal agravo, facilitando a intervenção e redefinição de estratégias em prol da saúde infantil.

Considerando que a maioria dos programas e profissionais de saúde possui uma visão de passividade dos sujeitos, esta precisa ser substituída pelo juízo de considerá-los como atores sociais protagonistas de sua história. Seres humanos que constroem e reconstróem a sua realidade conforme a concepção que dela têm e dos objetivos almejados. Antes de intervir e co-agir, o profissional deve conhecer o contexto e identificar os sujeitos cuidadores desta criança, suas relações de apoio, as representações subjetivas da doença, seus modos de vida e as estratégias culturalmente construídas para o seu enfrentamento. Com isso, as diferentes disparidades sociais e de saúde, marcadas por graus de vulnerabilidades diversos, são melhores apreendidas e utilizadas para assistir a criança e sua família.

O acompanhamento da criança em risco para a desnutrição deve ser feito, preferencialmente, em nível primário de saúde, com uma equipe multiprofissional que conheça a realidade sociocultural e econômica das famílias. Nesse sentido, deve-se propor ações que envolvam estma como um todo, fornecendo subsídios educativos e assistenciais que as tornem capazes de transformar ou aprimorar o cuidado em prol da prevenção e/ou recuperação de seus filhos, possibilitando a

transformação individual e coletiva necessárias.

As implicações para a prática de enfermagem estão relacionadas às possíveis contribuições desta pesquisa para que outros enfermeiros possam replicar o estudo. Nesse sentido, eles poderão atentar para a importância de se conhecer o contexto dos sujeitos, tendo em vista a multicausalidade da desnutrição no planejamento das ações na comunidade.

Dessa forma, acreditamos que estudos dessa natureza desenvolvidos em diferentes comunidades e com

populações mais amplas poderão influenciar não apenas a melhoria da saúde infantil, mas também contribuir no desenvolvimento e implementação de programas de saúde efetivos pautados nas reais necessidades da população em foco. Assim, o profissional enfermeiro atuando na coletividade com vistas a atender às necessidades sociais e individuais poderá, por meio de estratégias de educação dialógica em saúde, estimular os indivíduos a serem atores sociais e protagonistas da transformação da sua própria realidade.

REFERÊNCIAS

ANDI - Agência de Notícia dos Diretos da Infância. **Alimentação não é um favor, mas um direito humano**. Disponível em: <<http://www.andi.org.br/direto/direto50.htm>>. Acesso em: 24 maio 2003.

BEMFAM. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International, 1996.

BITTENCOURT, S. A. Uma alternativa para a política nutricional brasileira. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 629-36, jul./set. 1998.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos familiares, 2002-2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

_____, Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990. 2. ed. Atualiz. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. 114p. (Série E. Legislação da saúde – MS).

CAPONI, S. A. Saúde como Abertura ao Risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

CARVALHÃES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. D'A. Capacidade Materna de Cuidar e desnutrição Infantil. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 188 - 197, abr. 2002.

CASTIEL, L. D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 79-95.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 447-455, mar./abr. 2004.

FRANÇA, E. *et al.*, Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1437-1447, nov./dez. 2001.

LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filhos. **Rev. Nursing**, Rio de Janeiro, v. 57, n.6, p. 30-34, fev. 2003.

MARCON, S. S. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002.

p. 45-76.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, supl.3, p. S285-S297, 2000.

MONTEIRO, C.A. *et al.* Evolução da Desnutrição Infantil. In: MONTEIRO, C.A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e das doenças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec- Nupens/USP, 2000. p. 421-431.

MORAIS, E. P. **Enfermagem & Família: evitando a negligência**. Santa Maria: Gráfica da Universidade – UFSM, 1999.

NÓBREGA, F. J.. **Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

NÓBREGA, F. J.; CAMPOS, A. L. R.. Fraco vínculo Mãe-Filho como Fator de Risco. In: NÓBREGA, F. J.. **Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 94-99.

OLIVEIRA, H.; MINAYO, M.C. S. Complexidade e Mortalidade Infantil. In: MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p.31-47.

PERINI, E. *et al.* O individuo e o coletivo: alguns desafios da Epidemiologia e da Medicina Social. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, São Paulo, v.5, n.8, p.101-118, fev. 2001.

ROCHA, L. **Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des)construindo idéias, repensando novos desafios**. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. de. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 1, p. 71 - 83 , jan./mar. 2004.

SAVARANI, M.C. C.; DECESARO, M.N. A Enfermagem inserida no projeto de recuperação do desnutrido. **Revista Nursing**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 30 - 34 , jul. 2001.

SAWAYA, A. L.; SOLYMOS, G. M. B. (Orgs). **Vencendo a Desnutrição**. Disponível em: < <http://www.desnutricao.org.br/home.htm>>. Acesso em: 22 mar. 2003.

SOARES, M. L. P. V. **Abordagem Social**. São Paulo: Salus Paulista, 2002. (Coleção Vencendo a Desnutrição).

SIGULEM, D. M; TADDEI, J. A.A. C. Metodologia de Avaliação. In: Nóbrega, F. **Distúrbios da Nutrição**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 55-64.

VERNIER, E. T. N.; CABRAL, I. E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores. Santa Maria (RS). 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. **Rev Soc Bras Enferm Pediatr**. São Paulo, 2006. (No Prelo).