

PERFIL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO INSTITUTO DE PREVENÇÃO À DESNUTRIÇÃO E À EXCEPCIONALIDADE – IPREDE

PROFILE OF THE UNDERNOURISHED CHILDREN TAKEN CARE OF AT THE INSTITUTE FOR PREVENTION OF MALNUTRITION AND EXCEPTIONALITY – IPREDE

PERFIL DE NIÑOS DESNUTRIDOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO DE PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN Y A LA EXCEPCIONALIDAD – IPREDE

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM¹

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA²

VALDOMIRO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO³

VIVIANE MAMEDE VASCONCELOS⁴

Objetivou-se identificar e discutir o perfil de crianças desnutridas que foram atendidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade – IPREDE e avaliar a compreensão da mãe acompanhante de crianças desnutridas, na busca de Serviços de Saúde no Município de Fortaleza – CE. Estudo de caráter descritivo desenvolvido com 22 mães de crianças desnutridas atendidas no Instituto no período de fevereiro a maio de 2005. Os dados foram coletados através de entrevista em que foi retratado o contexto familiar, demonstrado em cada encontro. Fazem-se relevante a inserção do profissional de Enfermagem na articulação do processo de cuidar, as dimensões psicológicas e sócio-econômicas das mães na promoção de uma assistência digna ao binômio mãe-filho e à família da criança desnutrida.

PALAVRAS-CHAVE: *Enfermagem; Transtornos da desnutrição infantil; Cuidado da criança; Perfil de saúde*

The aim of this research was to identify and discuss the profile of undernourished children who had attended the Institute for Prevention of Malnutrition and Exceptionality – IPREDE and to evaluate the mother's understanding of undernourished children, in their search of health services in the City of Fortaleza – CE. A descriptive study developed with mothers of 22 undernourished children who had been attended at the Institute in the period of February to May 2005. The data were collected through interview in which the familiar context was showed and demonstrated in each meeting. It is relevant the insertion of the nursing professional in the articulation of care process, the psychological and social-economic dimensions of the mothers in the promotion of a worthy assistance to mother and baby and the family of the un-nourished child.

KEYWORDS: *Nursing; Child nutrition disorders; Child Care; Health profile.*

Se tuvo como objetivo identificar y discutir el perfil de niños y niñas desnutridos que fueron atendidos en el Instituto de Prevención a la Desnutrición y a la Excepcionalidad – IPREDE y evaluar la comprensión de la madre acompañante de niños desnutridos, en la búsqueda de Servicios de Salud en el Municipio de Fortaleza – CE. Fue un estudio de carácter descriptivo desarrollado con 22 madres de niños y niñas desnutridos atendidos en el Instituto en el período de febrero a mayo de 2005. Los datos fueron recogidos a través de entrevista en la que se retrató el contexto familiar durante cada encuentro. Es notorio y claro la inserción del profesional de Enfermería en la articulación del proceso de cuidar, las dimensiones psicológicas y socioeconómicas de las madres en la promoción de una asistencia digna de madre-hijo y a la familia del niño desnutrido.

PALABRAS CLAVE: *Enfermería; Trastornos de la nutrición del niño; Cuidado del niño; Perfil de salud.*

¹ Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC. Doutora em Enfermagem. Integrante do Projeto “Saúde do Binômio Mãe-Filho”/UFC. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza/UNIFOR. E-mail: karlarolim@unifor.br

² Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza/UNIFOR. E-mail: mirnafrota@unifor.br

³ Enfermeiro do Programa de Saúde da Família do Ceará.

⁴ Aluna do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza/UNIFOR. Bolsista do Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq/PIBIC. Integrante do grupo de pesquisa “Saúde e Humanização do Cuidado da Criança”. E-mail: vivienfermagem@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A desnutrição, que hoje é causa importante de morbidade e mortalidade infantil em menores de cinco anos, apresenta como etiologia não só fatores patológicos mas também envolve a situação social da família acometida por esta afecção, trazendo conseqüências negativas para a saúde da criança nesta faixa etária, interferindo em sua qualidade de vida.

A desnutrição na infância, indicada pelo comprometimento severo do crescimento linear e/ou pelo emagrecimento extremo da criança, constitui um dos maiores problemas enfrentados por sociedades em desenvolvimento, seja por sua elevada freqüência, seja pelo amplo espectro dos danos que se associam a tais condições.

Estima-se que 38,1% das crianças menores de cinco anos que vivem em países em desenvolvimento padeçam de comprometimento severo do crescimento e que 9,0% apresentem emagrecimento extremo¹. A essas condições associam-se, entre outros danos, o aumento na incidência e na severidade de enfermidades infecciosas, as elevações das taxas de mortalidade na infância, o retardo do desenvolvimento psicomotor, dificuldades no aproveitamento escolar e diminuição da altura e da capacidade produtiva na idade adulta.

No Brasil, é estimado que um terço das crianças apresente desnutrição e que grande parcela dessas crianças morrerá de causas relacionadas à desnutrição ou agravos por esta desencadeados. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), atualmente, 200 milhões de crianças sofrem algum tipo de deficiência alimentar, estimando que um bilhão delas, em todo o mundo, será afetada nos próximos 20 anos. Ressalta-se que considera-se a criança desnutrida aquela com atraso no crescimento e desenvolvimento por carência alimentar^{1,2,3}.

Dados de 1995 apontam para uma taxa de mortalidade maior entre as crianças da população rural – com 61 óbitos por mil nascidos contra 49 nas cidades. Em 1970, o índice atingia 69 por mil na população rural, demonstrando um avanço muito baixo². Reconhece-se que 6,6 milhões dos 12,2 milhões de mortes entre crianças menores de cinco anos, ou seja, 55% das mortes infantis em países em desenvolvimento, estão associadas à desnutrição. A perda

em termos de potencial humano traduz-se em custos sociais e econômicos que nenhum país pode sustentar¹. A maior incidência em populações rurais decorre, em parte, da dificuldade de acesso a serviços de saúde, da pobreza e da falta de suporte à agricultura familiar, responsável pelo sustento de milhares de famílias. Também o crescimento do desemprego no campo, em virtude da modernização da agricultura contribuiu para o empobrecimento. Nas cidades, contudo, as melhorias nas condições de saúde e higiene têm, normalmente, impactos imediatos e visíveis na redução dos índices de mortalidade infantil, pela diminuição de doenças infecciosas e queda da desnutrição, principalmente quando a população beneficiada vive em condições extremamente precárias⁴.

Fatores demográficos como o rápido crescimento da população e as desigualdades sociais como a distribuição de terra, levaram pessoas de baixa renda a emigrar para áreas urbanas, superlotando favelas, aumentando a violência e a luta pela sobrevivência.

Com tantos problemas de ordem social, a desnutrição aparece como grande obstáculo à saúde, requerendo maior esforço, atenção e cuidados com aqueles acometidos, que se tornam mais vulneráveis a apresentar outras afecções.

Assim sendo, a criança desnutrida torna-se suscetível a doenças e requer hospitalização mais freqüentemente, levando a mãe a viver dividida entre o domicílio e os serviços de saúde⁵. A desnutrição pode ser prevenida e reduzida por meio de uma combinação de fatores, como: programas de pré-natal; incentivo ao aleitamento materno exclusivo; programas de combate à desnutrição (suplementação alimentar); controle do crescimento e desenvolvimento; e controle das doenças infecciosas parasitárias.

Neste contexto, a Enfermagem apresenta um papel importante no combate à desnutrição, atuando na prevenção do baixo peso ao nascer, mediante cuidados pré-natais adequados, principalmente em gestantes de maior risco gestacional relacionado à desnutrição, como ser adolescente e fumante. Na consulta de puericultura, o enfermeiro atua conhecendo o estado nutricional da criança e detectando, precocemente, eventuais desvios, possibilitando vigiar seu estado geral de saúde e intervindo no que for necessário.

A consulta de puericultura transcende a técnica de medição e a simples orientação de rotina desenvolvida pelo profissional. Representa uma oportunidade para conhecer a dinâmica familiar da criança, percebendo as condições adversas que comprometem a saúde, descobrindo junto à família maneiras adequadas de cuidar, e ainda, formar um vínculo efetivo com seus pais⁶.

Com base nessas considerações, durante o estágio curricular, surgiu o interesse em compreender como as mães lidam com seus filhos desnutridos e o que as leva a procurarem o serviço de saúde. Este texto intenta, pois, compreender o conhecimento materno a respeito dos fatores responsáveis pela desnutrição, suas principais complicações e sobre a relevância da sua participação no tratamento do filho como sujeito ativo, traçando, assim, o perfil dessas crianças que comparecem ao Instituto de Prevenção à Desnutrição e Excepcionalidade – IPREDE, para acompanhamento.

Diante do que foi exposto, este estudo tem como objetivos: Identificar e discutir o perfil de crianças desnutridas atendidas no Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade – IPREDE e discutir a compreensão da mãe acompanhante acerca da desnutrição, na busca de Serviços de Saúde no Município de Fortaleza – CE.

METODOLOGIA

Estudo de caráter descritivo que procura conhecer as situações que ocorrem na vida social, política, econômica e comportamental⁷. Foi realizado no Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade (IPREDE), na cidade de Fortaleza-CE, no período de fevereiro a maio de 2005. O IPREDE é uma entidade de caráter filantrópico, sem fins lucrativos fundada em 16 de Junho de 1986, com o objetivo primordial de prevenir e tratar crianças desnutridas de zero a 60 meses que sofrem de desnutrição, além de prestar assistência socioeducacional às suas famílias⁸.

A amostra foi constituída por 22 mães de crianças desnutridas que procuraram a instituição no período de coleta de dados para acompanhamento de seus filhos ou internamento, no caso dos mais graves. As crianças participantes do estudo pertenciam à faixa etária abaixo dos cinco anos de idade. Não houve restrição de sexo.

A recolha dos dados ocorreu por meio de entrevistas, posteriormente transcritas, para, assim, retratar o contexto entre a informante e o cenário do estudo. Das falas surgidas da entrevista, buscamos identificar os sentimentos das mães, demonstrados em cada encontro. Para tal, utilizamos um instrumento para colher dados do perfil sócio-econômico e da história de saúde da díade mãe-filho.

O investigador neste tipo de pesquisa procura cada aspecto encontrado, relacionando-o, interpretando-o por meio de tabelas e discussões embasadas na literatura, e refletindo, podendo determinar pelo número de vezes que aparece uma determinada característica sua força relativa no evento⁹.

Às mães que aceitaram participar da pesquisa foi garantido sigilo e anonimato. Após esclarecimentos extensivos sobre o estudo, as mães assinaram um termo de consentimento esclarecido com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – MS – Brasil. O projeto recebeu aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização das mães entrevistadas

Observou-se grande variedade na idade das mães que procuram o IPREDE. Das 22 mulheres participantes do estudo, a grande maioria estava no intervalo de 20 a 40 anos, o que foi representado por 18 (81,8%) delas (Tabela 1).

O fato de uma mãe ser adolescente está relacionado diretamente ao risco de seu filho nascer com baixo peso, além do índice de morbidade e mortalidade ser bem mais elevado nessas crianças¹⁰. Apesar de se contar com uma percentagem mínima (9,1%) de adolescentes dentre as mães em estudo, entendemos que é preciso considerar que ainda existem inúmeros fatores que levam à desnutrição, sendo a idade da mãe apenas um de vários outros que se associam ao baixo peso da criança ao nascer e esta, quando não bem assistida, continuará apresentando déficit em seu peso.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO IPREDE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. FORTALEZA, 2005. FORTALEZA, 2005.

IDADE	FREQUÊNCIA	%
ATÉ 20 ANOS	02	9,1
20-30	12	54,5
30-40	06	27,3
> 40 ANOS	02	9,1
TOTAL	22	100

A adolescência é uma fase de profundas mudanças; muitas mães, revelaram nas entrevistas, que assumem responsabilidades que até então não conheciam. Algumas delas, por inexperiência ou desconhecimento, não atentaram para os perigos que seus filhos apresentam por estarem desnutridos, algumas até não aceitando nem a internação quando indicada, por acharem que não há necessidade, sendo considerado pelas mães “uma doença comum”.

No que concerne aos aspectos socioeconômicos, na população brasileira conta-se com inúmeros problemas, dentre os quais podemos citar a desigualdade social e a pobreza, famílias vivendo em absoluta miséria, carentes, algumas vezes não tendo com que se alimentar e outras não se alimentando de forma correta nem em frequência adequada, passando fome e afligindo toda família, inclusive às crianças, que ficam desnutridas^{11,12,13}.

Este problema tão freqüente no País, foi refletido, como se pode observar, na situação da renda familiar das mães que participaram do estudo, as quais, na maioria das vezes, é mínima e insuficiente para sustentar toda a família (Tabela 2).

TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO IPREDE SEGUNDO RENDA FAMILIAR. FORTALEZA, 2005.

RENDA	FREQUÊNCIA	%
Não possui renda	02	9,1
Menos de 1 salário	08	36,4
Entre 1 e 2 salários	10	45,4
> que 2 salários	02	9,1
TOTAL	22	100,00

Notou-se que as mães entrevistadas são pessoas de baixíssima renda. A maioria recebe entre um e dois salários

mínimos ou até mesmo menos de um salário. Somente duas mães (9,1%) referem receber mais de dois salários e duas (9,1%) informam não ter nenhuma renda.

Vale destacar a carência material que constitui a realidade socioeconômica em que se encontram as mães entrevistadas, compreendendo que a “carência material é a casca externa da desigualdade social, cujo cerne está na ‘pobreza política’; tal reconhecimento seria suficiente para perceber que o combate à pobreza não passa em primeiro lugar pela assistência, mas pela reivindicação da cidadania do excluído”^{14: 57-72}. Esse fato ocorre porque o Brasil possui muitas famílias vivendo em absoluta miséria, onde a pobreza permanece presente na população, trazendo como conseqüência a fome, e, logo em seguida, a desnutrição, que atinge principalmente as crianças menores de cinco anos¹¹.

De acordo com o tipo de profissão encontrada, a categoria que mais se sobressaiu foi a de dona de casa (do lar), representada por sete (31,6%) mães. Logo em seguida veio a classificação de doméstica, diferindo da primeira, por esta se referir a um trabalho realizado em outra casa que não a sua, somando estas duas profissões mais de 50%. A classificação de vendedora veio em terceiro lugar. As demais categorias, de lavadeira, diarista e costureira, contaram com menor quantidade, numa frequência de uma (4,5%) ou duas (9,1%) pessoas cada uma. Duas mães relataram não trabalhar, sendo uma estudante.

Algumas das mães do estudo recebem ajuda do Governo na tentativa de melhorar as condições de saúde de seus filhos, o que é representado por 15 (68,2%) delas. Cinco destas são beneficiadas pelo Programa Bolsa – Família e duas pelo Programa Bolsa Alimentação – Fome-Zero, ambos do Governo Federal.

A Bolsa – Alimentação foi um programa criado pelo ex-ministro José Serra em 2001, e tinha como objetivo atender mães com aleitamento exclusivo até os seis meses de vida de seus filhos, gestantes e crianças menores de seis anos, que sofriam de deficiência nutricional e que faziam parte de família com renda baixa¹⁵.

A baixa renda familiar, associada à falta de ajuda até no caso das que têm renda, torna o incentivo, muitas vezes, insuficiente em virtude das condições precárias das famílias. Desse modo, o que deveria ajudar na recuperação da

criança fica compondo o orçamento de todo o grupo familiar, não resolvendo o problema da criança beneficiada.

Quanto ao número de filhos, observou-se no estudo que o quantitativo de filhos, fator reconhecidamente associado às condições socioeconômicas e portanto à desnutrição, observou-se neste sentido que a maioria das mães tem apenas um ou dois filhos. Três mães têm dois filhos, uma tem quatro e duas têm cinco. Três mulheres têm mais de cinco filhos.

Caracterização segundo a situação social e de higiene das famílias envolvidas

A condição financeira e de higiene da família influencia diretamente no problema da desnutrição infantil. É sabido que a diarreia está mais incidente nos desnutridos e é uma das principais causas de mortalidade infantil no País, responsável por quase um terço das mortes de menores de cinco anos. Dentre os fatores de risco está a condição econômica da família, já que se refere ao tratamento da água, à disponibilidade de limpeza desta e saneamento¹⁶.

No perfil traçado das mães envolvidas no estudo, pode-se observar que, embora 20 (90,9%) delas tenham água encanada em casa, 11 (50%) não possuem sistema de esgoto. De acordo com a presença ou ausência de filtro em casa, uma parte significativa delas, que perfaz sete (31,9%), não possui filtro em casa. Descreve-se na tabela a seguir, a distribuição de conformidade com os cuidados com a água por parte das mães.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NO IPREDE SEGUNDO TRATAMENTO DE ÁGUA QUE REALIZAM. FORTALEZA, 2005.

TRATAMENTO DA ÁGUA	FREQÜÊNCIA	%
Filtrada	16	72,7
Não é tratada	02	9,1
Pote	01	4,5
Cuada	01	4,5
Torneira	01	4,5
Não sabe informar	01	4,5
TOTAL	22	100,00

Apesar da maioria das mães referir, durante as entrevistas, cuidados de higiene e condições adequadas de

moradia, isto ainda não é suficiente. Fazem-se necessárias melhores condições de saneamento básico e cuidados com a água que contribuam para a redução na incidência da diarreia em crianças. Um dos aspectos que não se pode deixar de combater são as diarreias persistentes, diretamente relacionadas à desnutrição¹⁶.

Para que não ocorra complicação e comprometimento ainda maior das crianças desnutridas, um dos aspectos importantes a assegurar é o conhecimento das mães na preparação do soro de reidratação oral. Das mães entrevistadas, observou-se que: 11 (50%) referiram que prepararam o soro com água, sal e açúcar; seis (27,3%) disseram preparar com os pacotes que recebem dos Postos de Saúde e cinco (22,7%) nunca prepararam. Observa-se que a maioria refere saber preparar o soro, fato que pode contribuir para evitar possíveis agravos à saúde da criança desnutrida.

Caracterização segundo o estado de nascimento das crianças acompanhadas no IPREDE e a amamentação

Todas as mães participantes da pesquisa, referiram haver realizado pré-natal e, somente cinco relataram menos de seis consultas. Sabe-se que as gestantes têm direito a receber assistência pré-natal, conhecer as alterações que irão acontecer no seu corpo no decorrer da gravidez, os sinais de risco e os cuidados com os recém-nascidos. Durante este tipo de atendimento as mães deverão ser informadas a respeito de vários aspectos importantes da sua vida e da vida de seu filho, inclusive alimentação⁸.

No que se refere ao tipo de parto, durante a entrevista, 17 (77,3%) relataram que tiveram partos normais, três (13,6%) cesarianos e dois (9,1%) a fórceps. Observou-se que a maioria das crianças que fazem acompanhamento no IPREDE nasceu com baixo peso, fator este diretamente relacionado com alguns distúrbios orgânicos, já que esta afecção é fator de risco para alguns dos problemas, como a falta do aleitamento materno essencial para o seu crescimento e desenvolvimento.

Considera-se baixo peso ao nascer a criança que apresenta menos de 2.500g⁹. Das crianças deste estudo, em 15 (68,2%) delas, a mãe referiu que nasceu com peso inferior a 2,5 kg, uma (4,5%) mãe não lembrava o peso e apenas seis (27,3%) reportaram peso considerado satisfatório.

Crianças que já nascem com peso baixo necessitam de acompanhamento mais demorado e sério, pois essa condição também é considerada um risco para mortalidade infantil, além de contribuir para um aumento no número de internamentos e representar despesas bastante significativas para a Sociedade, que recolhe seus impostos aos cofres do Governo¹⁷.

No que se refere ao aleitamento materno, quase todas as mães amamentaram seus filhos. Porém, grande parte delas, representada por nove (40,9%) mulheres, amamentou menos de seis meses.

O desmame precoce, muitas vezes encontrado em famílias influenciadas por anúncios que valorizam os leites artificiais ou por aquelas em que a mãe, por medo de perder o emprego ou por necessidade de encontrar logo um trabalho para arcar com suas despesas, apresenta como consequência a desnutrição; a desnutrição que mais ocorre quando a criança é desmamada é a Kwashiokor, que reflete principalmente a falta ou insuficiência de proteínas^{8,18}.

Caracterização segundo o conhecimento das mães sobre desnutrição e suas consequências

A desnutrição pode ser causada por algumas doenças ou por maneiras incorretas de alimentação, como os alimentos de baixo valor nutritivo que às vezes são preferíveis por serem de preço mais acessível, sendo o fator principal responsável por tal afecção a falta de alimentação¹⁹. No que se refere ao conhecimento das mães sobre o que é desnutrição, as definições que mais se sobressaíram foram aquelas relativas a baixo peso, que não ganham peso e aquelas relacionadas à gravidade da doença, como se pode observar nas falas a seguir:

Criança abatida que não ganha peso.

Uma coisa grave que pode até matar a criança, ela deve ser tratada urgente.

Não sei por que meu filho é classificado como desnutrido.

Algumas mães ainda referem desconhecimento sobre o assunto. Em se tratando da etiologia da desnutrição, que pode ser classificada como primária ou secundária, sendo a primeira decorrente da alimentação inadequada

ou insuficiente e a segunda por modificações fisiopatológicas²⁰. Para as mães envolvidas no estudo, as causas que obtiveram maior ênfase foram a ausência de comida associada à questão financeira, alimentação inadequada, descuido da mãe e falta de higiene, conforme está expresso nos depoimentos:

Falta de alimentos e cuidados da mãe e de dinheiro.

Falta de cuidado, mau alimento, vem da parte da mãe, necessidade financeira, falta de vitamina.

Falta de alimentação (sem alimentos corretos) e falta de higiene.

Também foram relatados entre os fatores da desnutrição, pelas mães, a diarreia, a anemia, doença advinda da mãe, e perda de líquidos. Três mães referiram não saber os fatores relacionados à desnutrição e à sua prevenção. O Brasil é um país que possui grandes áreas de agriculturas, é um grande produtor e exportador de alimentos. Contudo, o país continua apresentando desigualdades sociais, o que repercute na fome e na desnutrição, uma das principais causas de mortalidade infantil e um dos agravos da referida afecção¹⁰. No IPREDE, o conhecimento das mães acerca da fatalidade da desnutrição está presente nos relatos:

Até à morte, atrapalha no crescimento.

Criança fica mais fácil de adoecer, tem mais diarreia, infecção e acaba morrendo.

Morte, internamento, chatice.

A criança fica doente até morrer.

Além da mortalidade, que foi a complicação que mais se sobressaiu, outras afecções estiveram presentes nos relatos das mães como, diarreia, facilidade em adoecer, obstáculos no crescimento e na escola, magreza, cansaço, anemia, fraqueza, internamentos, vômitos, febre alta e pneumonia.

Crianças que apresentam desnutrição são mais suscetíveis de adoecer e quando adoecem, passam mais tempo doentes, além da gravidade ser maior do que naquelas com nutrição adequada, pois a má alimentação e a diminuição da imunidade deixam o organismo menos resistente às infecções, fazendo com que o corpo necessite de um aporte de energia maior, podendo resultar também em febre²¹.

Foi possível notar a realidade no que diz respeito aos problemas encontrados na desnutrição, visto que grande parte, 14 (63,6%) das crianças, toma remédios, sejam estas vitaminas para melhorar a resistência às infecções, ou não.

Além de problemas no desenvolvimento e na estatura, devido à vulnerabilidade na imunidade da criança, a desnutrição se torna responsável pela grande incidência de infecção nos menores de cinco anos. No que se refere aos internamentos, no IPREDE, é comum as mães de crianças desnutridas relatarem que seus filhos já foram internados várias vezes por infecção. A realidade condiz, já que somente quatro (18,2%) crianças acompanhadas nesta instituição e filhos de mães entrevistadas no estudo, não foram hospitalizadas em nenhum momento.

Evidencia-se o fato de que, entre as causas de hospitalização destacou-se a diarreia e a pneumonia. A diarreia é fator importante no que se refere à morbidade e mortalidade infantil, ressaltando que as crianças desnutridas são mais acometidas por este problema do que aquelas com peso satisfatório. A letalidade também é maior nas primeiras¹⁶. A pneumonia, que faz parte das infecções respiratórias agudas, fatores principais de mortalidade infantil, apresenta como causa de complicação e maior gravidade, o baixo peso ao nascer e a desnutrição, já que estes influenciam na imunidade das crianças²².

Tratando-se de outras instituições que atendem crianças desnutridas, foi possível observar que existem Postos de Saúde que contam com Programas contra desnutrição, os quais visam a recuperar o estado nutricional das crianças. Constatou-se, porém, que a maior parte 18, (81,9%) das mães busca o IPREDE. Algumas quinzenalmente, de 20 em 20 dias, mensalmente ou semestralmente. As mães que procuram assistência nos Postos de Saúde são aquelas que participam do Programa Bolsa – Família ou vão em busca de planejamento familiar.

Outros estudos^{23,24} apontam para uma estreita relação entre a desnutrição e a falta de renda fixa, já que sobrevivem de biscates, atividades eventuais e bolsa temporária de órgãos governamentais. As autoras ressaltam ainda a forma como as mães vêem o mundo, por suas experiências e vivências cotidianas, revelando a consciência de que os filhos são desnutridos e a associação

com infecções repetidas. Assim, a desnutrição revela-se como a possibilidade de prejuízo imediato, não como causa e conseqüência das condições sociais e econômicas a que estão expostas, do descaso social do Estado de garantir e assegurar um crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo propiciou que se adentrasse o “mundo” vivenciado pelas mães que fazem acompanhamento de seus filhos no IPREDE. Apresentam certo conhecimento no que diz respeito às complicações a que a desnutrição pode conduzir, inclusive a relação com a mortalidade infantil.

Desta forma, se faz necessário que os profissionais, em especial o enfermeiro, articulem em seu processo de cuidar as dimensões psicológicas e socioeconômicas das mães na promoção de uma assistência digna ao binômio mãe-filho, como também, à família da criança desnutrida.

Observou-se que a maioria das crianças acompanhadas na referida instituição faz parte de família que apresenta uma situação econômica desfavorável, o que pode ser visto diante da renda familiar das entrevistadas. Outro ponto evidenciado foi que a maioria destas crianças já apresentou problemas nutricionais desde o nascimento, o que foi refletido na análise do estudo, quando inúmeras mães referiram que seus filhos foram desmamados precocemente.

A partir do perfil da criança desnutrida que busca atendimento no IPREDE e dos aspectos familiares emergidos nas entrevistas, torna-se importante que cada profissional, ao cuidar, possa inserir-se na realidade dessas famílias, buscando estratégias educativas para reduzir as conseqüências advindas da desnutrição. Dessa forma, enfatiza-se a importância de ações educativas que possam ir além das simples orientações, promovendo o conhecimento em busca de soluções.

Portanto, consideramos necessária maior divulgação e melhor informação à família da criança desnutrida sobre sua condição, permitindo-lhe um bom convívio com a mesma, efetivando a sua plena participação no autocuidado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, n. 11) (Série A. Normas de Manuais Técnicos, n.173).
2. Reis AMC. Prevalência da desnutrição e do aleitamento materno exclusivo-estudos de alguns fatores. Rev. Nursing 2004; 17 (69):17-21.
3. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Profissionalização de auxiliares de enfermagem. Cadernos do aluno 8: Saúde da mulher, da criança e do adolescente. 2ª. ed. Brasília, 2003.
4. Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. Estudos Avançados 2003 maio/ago; 17(48):77-92.
5. Leonard HJ. Meio ambiente e pobreza: estratégias de desenvolvimento para uma agenda comum. Rio de Janeiro: Jorge Zamar; 1992.
6. Moita KMT, Queiroz MVO. Puericultura: concepções e prática do enfermeiro no programa de saúde da família. Rev. RENE 2005 jan./abr; 6(1): 9-19.
7. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. São Paulo: Makron Books; 2002.
8. Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade – IPREDE. [on line] [Acesso 2005 abr. 16]. Disponível em: <www.iprede.org.br >.
9. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Art Médica; 2004.
10. Gama SGN; Szwara Wald CL; Leal MC; Therme FMM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev. Saúde Pública 2001; 35(1):74-80.
11. Frota MA, Barroso MGT. Desnutrição infantil na família: causa obscura. Sobral: Ed. UVA; 2003.
12. Frota MA, Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. Rev Latinoam Enfermagem 2005 nov-dez; 13(6):996-1000.
13. Frota MA, Barroso MGT. Cuidado cultural à criança desnutrida filha de adolescentes. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Saúde da família II – Espaço de incerteza e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores; 2005. p.57-72
14. Demo P. Charme da exclusão social: polêmicas do nosso tempo. 2ª ed. Campinas: Autores Associados; 2002.
15. Ministério da Saúde(BR). Instituto para o desenvolvimento de saúde (IDS). Manual de condutas médicas. Diarréia aguda e persistente. Brasília; 2002.
16. Coutinho D. O Fome zero e a bolsa alimentação [on line] [Acesso 2005 abr. 15]. Disponível em: <www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje>.
17. Mello DF, Rocha SM; Martins DC; Chiozi, SZ. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. Rev. Esc. Enferm. USP 2002; 36(3):262-9.
18. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão social. 2ª ed. São Paulo: Cortez/ Universidade Federal de Campinas; 1989.
19. Silva, MGC. Mortalidade por causas evitáveis em Fortaleza de 1978 a 1995. [tese] Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 1998.
20. Grisi, S, Sarrubbo SAB. Desnutrição. [on line] [Acesso 2004 mar. 26]. Disponível em: <www.medic.med.br/medicos/desnutricao>.
21. Teixeira DEA et al. apud Ribeiro MNS, Hansen NLL, Castro FF. Ocorrência de infecção respiratória aguda e sua associação com a desnutrição e outros fatores de risco em crianças residentes em Parintins, Amazonas. Acta Paul Enf 2002; 15(2):26-35.
22. Ministério da Saúde (BR). Instituto para o Desenvolvimento de Saúde (IDS). Manual de condutas médicas. Pneumonias agudas. Brasília, 2002.
23. Lopes MSV, Machado MAS, Vieira NFC. Percepção das mães sobre a perda de peso e desnutrição dos filhos. Revista Nursing 2003, 57(6):31-3.
24. Machado MFAS, Vieira NFC. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. Rev. Latinoam Enfermagem 2004; 12(1):76-82.

RECEBIDO: 05/04/06

ACEITO: 09/01/07