

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISABEL MARIA GOMES SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: GRUPO PARA
GESTANTES, NUTRIZES E CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS,
DE FAMÍLIAS BENEFICIADAS PELO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE - MG

2011

ISABEL MARIA GOMES SOARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: GRUPO PARA GESTANTES, NUTRIZES E
CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS, DE FAMÍLIAS BENEFICIADAS PELO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2011

Isabel Maria Gomes Soares

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: GRUPO PARA GESTANTES, NUTRIZES E
CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS, DE FAMÍLIAS BENEFICIADAS PELO
PROGRAMA BOLSA-FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família da Universidade Federal de
Minas Gerais.

Orientador: Edison José Corrêa

Belo Horizonte – MG

2011

A meu querido filho Lucas, à minha irmã Heloisa.

E aos meus pais, irmão e amiga Phu

(in memoriam), com todo

o meu carinho.

Agradecimento

Para tornar possível a realização deste trabalho, contei com a ajuda de várias pessoas, às quais gostaria de agradecer.

À minha querida amiga Raíssa, pelo incentivo e estímulo, em momentos decisivos em minha caminhada profissional e pessoal, dividindo conhecimento e experiência, colaborando, assim, com a construção de um projeto de vida.

Aos meus queridos alunos e amigos Hélio Cardoso e Héctor Santa Gema, pela ideia, disposição e ajuda na realização do projeto, iniciando o estudo com o levantamento das crianças desnutridas da Equipe Amarela, etapa essencial para o desenvolvimento da proposta.

A toda a minha equipe: enfermeira Rita, técnicas em enfermagem Valéria e Edilaine e ACS's Luciana, Juliana e Fabiana pela ajuda no levantamento das crianças na organização dos grupos e no delineamento das ações, além do apoio e da amizade a mim dispensados.

Necessário se faz o meu agradecimento a todos os profissionais das outras equipes do Centro de Saúde Santa Mônica, além de todas as crianças e famílias, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, que se dispuseram a participar dos encontros e grupos organizados, viabilizando a construção da proposta de intervenção.

Ao Prof. Edison José Corrêa, meu orientador, pela assistência, na supervisão e correção do trabalho desenvolvido, contribuindo, assim, para minha formação profissional. A todos os professores e tutores do Programa Ágora, sempre atenciosos e disponíveis e aos meus colegas de especialização, com quem compartilhei momentos de alegrias, dificuldades, conhecimentos e descobertas, pela amizade e estímulo.

À minha amiga e comadre, Dirce por sua amizade, além de sua presença incondicional.

À minha irmã Heloisa e meus sobrinhos, por estarem sempre próximos, me apoiando, incentivando e acima de tudo pelo carinho e respeito a mim dispensados.

Lucas, a você, meu filho, pelo amor, carinho, tolerância, afeto e presença constante e intensa em minha vida.

Aos meus pais, Wilson e Madalena, ao meu irmão, Dedé, e a minha amiga, Phumacinha, que embora não estejam mais aqui, se fazem presentes no meu dia-a-dia, enfim a todos, o meu obrigada.

Agradeço, a Deus pela vida; enfim, agradeço a Deus por tudo.

“Quem tem fome, tem pressa!”

(Herbert José de Souza, o Betinho)

LISTA DE ABREVIATURAS

APS: Atenção Primária à Saúde

ACS's: Agentes de Saúde de Família

DPE: Desnutrição proteico-energética

EPS: Educação Permanente em Saúde

ESF/ESF's: Equipe de Saúde de Família/Equipes de Saúde de Família

IVS: Índice de Vulnerabilidade de Saúde

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PBF: Programa Bolsa Família

PBH: Prefeitura de Belo Horizonte

PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNDS: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição

SMS-BH: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS's: Unidades Básicas de Saúde

UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund – Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

O presente trabalho parte da constatação, através de um estudo prévio, que cerca 90% das crianças desnutridas atendidas pelas equipes do Centro de Saúde Santa Mônica, em Belo Horizonte, era pertencentes a famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF). A implantação do Programa Bolsa Família, em 2004, um programa de transferência de renda com condicionalidades, tem a proposta de reduzir a desigualdade social, acabar com a desnutrição e favorecer, assim, as famílias com alto índice de vulnerabilidade. Entretanto, observou-se que, apesar das famílias estarem recebendo o benefício, a desnutrição ainda está presente na população infantil. Somente a transferência de renda não é o bastante, havendo a necessidade de implantação efetiva das condicionalidades relativas à educação, assistência social e saúde. Nessa última, a educação em saúde e o acompanhamento sistemático dessas crianças e famílias. Esse trabalho objetivou recuperar e registrar aspectos conceituais básicos, baseado em evidências científicas publicadas, sobre crescimento e desenvolvimento infantil e desnutrição, em seus aspectos de conceito, diagnóstico e repercussões, e sobre políticas compensatórias, com ênfase no Programa Bolsa Família e suas relações com atenção à saúde. São também apresentadas considerações básicas para proposição de um plano de ação, considerando a importância da educação em saúde, a educação permanente dos profissionais e a definição de ações estratégicas. Um plano de ação e algoritmos registram critérios de priorização no atendimento e as ações necessárias a cada etapa: grupos operativos/oficinas de cuidado integral à saúde para crianças de até cinco anos de idade, gestantes e nutrizes de famílias beneficiadas pelo PBF; acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e estado nutricional, palestras e oficinas focadas em mudança de estilo de vida e hábitos de vida saudáveis. A proposta de ação de controle e prevenção da desnutrição segue um dos princípios do SUS: a equidade, de certa forma, minimizando as diferenças sociais existentes.

Palavras-chaves: crescimento, desenvolvimento, desnutrição, protocolos de desnutrição, Programa Bolsa Família, Educação em Saúde.

ABSTRACT

This study starts on the observation of a previous study that found about 90% of malnourished children from Santa Monica Health Center, Belo Horizonte, belonging to families that are benefited from the Bolsa Família Program (PBF). The implementation of Bolsa Família, in 2004, a program of conditional cash transfer, has the proposal to reduce social inequality, to end malnutrition and support families with high vulnerability index. However, it was observed that while families are receiving the benefit, malnutrition is still present in children. Only the transfer of income is not enough, there is a need of effective implementation of conditionalities related to education, social and health care. In the last one, education for health and systematic monitoring of these children and families. This study aimed to recover and register the basic conceptual aspects, based on published scientific evidence on infant growth, development and malnutrition, in its aspects of concept, diagnosis and consequences and about compensatory policies, with emphasis on the Bolsa Família Program and its relationship to the health care. Basic considerations are also presented for proposing a plan of action, considering the importance of health education, continuing education for professionals and the definition of strategic actions. An action plan and a flowchart are registered for prioritization the attention and the actions required at each stage: operative groups / workshops for integral health care for children up to five years, pregnant and lactating mothers of families supported by PBF, monitoring of growth, development and nutritional status, lectures and workshops focused on change in lifestyle and living habits healthy. The proposed action for control and prevention of malnutrition follows one of the principles of the SUS: the equity, in a way, reducing the social differences that already exist.

Key words: growth, development, malnutrition, malnutrition protocols, Bolsa Família Program, Health Education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Justificativa	11
1. 2. Objetivos	13
1.2.1. Objetivo geral	13
1.2.2. Objetivos específicos	13
1.3. Metodologia	13
2. ASPECTOS CONCEITUAIS BÁSICOS	15
2.1. Crescimento e desenvolvimento infantil	15
2.2. Desnutrição: conceito e repercussões	16
2.3. Desnutrição: diagnóstico	19
2.4. Políticas compensatórias: Programa Bolsa Família	20
2.5. O Programa Bolsa Família e a Atenção à Saúde	21
3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
3.1. Considerações básicas	24
3.2. Cenário	28
3.3. Delineamento da proposta	28
3.4. Proposta de intervenção	28
3.4.1. Educação Permanente e Educação Continuada em Saúde	29
3.4.2. Grupo de Cuidados Integrais	29
4. CONSIDERAÇÕES. FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A	42

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde de Família (PSF), no dia-a-dia, é um fluxo contínuo, um criar e recriar, uma transformação longitudinal, ou seja, ao longo do tempo, e depende das necessidades percebidas pela população adscrita à equipe, na área de abrangência, e dos determinantes sociais de saúde/doença; enfim, do perfil de cada população abordada.

Há um ano e meio, desde que passei a integrar a Equipe Amarela do Centro de Saúde Santa Mônica, realizamos o diagnóstico situacional da população vinculada, o que nos possibilitou planejar e organizar atividades que possam contemplar os principais problemas existentes. A princípio, a área de abrangência da equipe se constituía por setores censitários de médio Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), em que a doença mais prevalente era a hipertensão. Porém o maior problema era o controle rotineiro das crianças e, principalmente, a adesão daquelas que fazem parte do programa Criança que chia.

Entretanto, o Centro de Saúde Santa Mônica passou por um processo de reformulação, com redistribuição da população entre todas as equipes. A nossa equipe assumiu duas microáreas com população de muito elevado risco e, em virtude da mudança do perfil dos nossos usuários, houve uma mudança nos problemas encontrados.

O acolhimento, de acordo com o módulo "Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade", do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, tem por objetivo uma escuta qualificada com postura humanizada e resolutiva (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009). Ele não pode, somente, ser associado à porta de entrada e organização de demanda, mas, principalmente, ser entendido como momento de identificação das necessidades da população e de orientação no planejamento de intervenções específicas.

E, buscando ter no acolhimento uma atitude para os problemas integrais de saúde infantil, foi detectado um grande número de crianças com baixo peso e baixa estatura para a idade. Assim, a desnutrição surgiu para nossa equipe como um evento sentinela, sinalizando a necessidade de uma abordagem específica e diferenciada.

No levantamento realizado com as crianças classificadas como desnutridas pela Equipe Amarela, posteriormente estendido para outras equipes do centro de saúde, pôde-se

perceber que a grande maioria dos desnutridos pertencia a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

Outro achado importante foi o grande índice de absenteísmo às consultas de puericultura/controle, concentrando-se a procura, na unidade básica de saúde (UBS), por parte dessas famílias, somente para os quadros agudos. Percebeu-se, então, a necessidade de um trabalho continuado de avaliação e de conscientização com essa população específica. Trabalho destinado à orientação sobre cuidados integrais e hábitos saudáveis de vida, em um enfrentamento da desnutrição que pudesse vir ao encontro das necessidades de uma população mais carente e em maior risco social.

De acordo com a Oficina 1 das Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2010), os pilares da atenção primária à saúde (APS) são as ações de promoção e vigilância em saúde, de prevenção, de diagnóstico e tratamento e de reabilitação de doenças. Desenvolvendo um trabalho de combate à desnutrição, estaremos atuando de acordo esses fundamentos, já que a desnutrição possibilita maior risco de adoecimento e, conseqüentemente, maior risco de mortalidade dos indivíduos envolvidos, além de interferir no desenvolvimento dessas crianças, em suas habilidades cognitiva, motora e afetiva.

1.1. Justificativa

O Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde (BRASIL, 2009) determina que as famílias beneficiárias sejam assistidas por uma equipe de Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde. E que caiba a essa equipe a orientação das famílias para o cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família, cientificando-as de suas responsabilidades na melhoria de suas condições de saúde e nutrição (BRASIL, 2009). Consta, também, do Manual:

O acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção básica do Sistema Único de Saúde -- SUS foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida conforme descrito em Portaria Ministerial GM 325 de 21 de fevereiro de 2008 incluindo o Indicador sobre o Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa acompanhadas pela Atenção Básica. Desta forma, cada vez mais se destaca o importante papel que o SUS tem na proposta de melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente, desses cidadãos que se encontram dentro da linha de pobreza do país. Quando o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, parte integrante da Política Nacional de

Saúde, reafirmou que a alimentação adequada é um direito humano. A garantia desse direito é fundamental, pois, a alimentação e nutrição adequadas são ingredientes básicos para o desenvolvimento do ser humano, garantindo a ele a realização de sua capacidade de produção, de sua cidadania e do seu bem-estar. Cabe à equipe de saúde ou à unidade básica de saúde identificar se uma família tem garantido todas as condições de acesso aos alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, atendendo aos requisitos nutricionais, de modo permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna, colaborando para o desenvolvimento integral dos indivíduos, que são os princípios de segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2009, p. 5).

Em projeto piloto, iniciado em 2009, no Centro de Saúde Santa Mônica, pôde-se perceber um grande número de desnutridos entre as crianças com alta vulnerabilidade social. O levantamento das crianças desnutridas das sete equipes da unidade mostrou que cerca de 90% delas eram de famílias beneficiadas pelo PBF. Foram encontradas 52 crianças em situação de desnutrição, sendo que 47 são beneficiadas pelo programa de transferência de renda.

A necessidade da criação de uma proposta de intervenção, voltada para o Programa Bolsa Família, surgiu durante a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelo NESCON /UFMG. Uma das atividades realizadas durante o curso foi o diagnóstico situacional, pela da equipe da qual participávamos. A partir desse diagnóstico situacional e da definição dos problemas foi retomada a questão da existência de um grande número de desnutridos em situação de risco pertencentes ao PBF.

As tendências nacionais vêm demonstrando um declínio na prevalência de desnutrição infantil desde a década de 70, e até mesmo um aumento da taxa de obesidade (LIMA *et al.* In BRASIL, 2008). Em oposição a essa tendência, os dados levantados no Centro de Saúde Santa Mônica apontam para o fato de que a desnutrição proteico-energética ainda constitui um problema de saúde pública, pelo menos para uma parcela específica da população, a população mais carente, que vive em situação de pobreza/pobreza extrema, pelo que é atendida pela política compensatória do PBF.

Também foi observado um grande número de absenteísmo às consultas programadas para essas crianças. Elas eram captadas através da demanda espontânea, sempre com uma patologia aguda. O que denota falta de atitude preventiva, por parte dos pais e cuidadores.

Entre as oficinas de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte que vêm sendo realizadas no município, a terceira, sobre territorialização e diagnóstico local (MINAS GERAIS, 2010),

orienta que pelo simples fato de uma determinada família estar inserida no PBF a mesma deve ser classificada como elevado índice de vulnerabilidade à saúde (IVS). Esta classificação é importante para a organização de abordagens diferenciadas para estes indivíduos.

Ante o exposto anteriormente, percebe-se claramente a necessidade de criar uma ação específica, que venha ao encontro das necessidades e da fragilidade desta população. Criar um fluxo mais direcionado, com a finalidade de desenvolver um processo de educação em saúde possibilitando, assim, a modificação dos determinantes sociais de saúde/doença dessa comunidade.

1. 2. Objetivos

Esse trabalho tem os seguintes objetivos:

1.2.1. Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de intervenção em desnutrição em gestantes, nutrizes e crianças até cinco anos de idade em situação de risco, de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

1.2.2. Objetivos específicos

- Atualizar aspectos conceituais relacionados ao crescimento, desenvolvimento, desnutrição.
- Atualizar aspectos ligados ao diagnóstico e a protocolos de atuação na desnutrição energético-proteica em crianças até cinco anos, gestantes e nutrizes.
- Rever aspectos conceituais e operacionais de políticas compensatórias e, especificamente, do Programa Bolsa-Família.

1.3. Metodologia

A fim de realizar uma revisão de aspectos conceituais, diagnósticos, alternativas de atuação e políticas compensatórias, foi realizado levantamento bibliográfico que teve como referência inicial os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da

Família, disponíveis na Plataforma Agora (www.nescon.medicina.ufmg.br/agora) e, em uma segunda etapa, a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>), em suas bases de dados e, ainda, através do Centro de Documentação Científica (CDC) da Associação Médica de Minas Gerais. Foram utilizados os descritores crescimento, desenvolvimento, desnutrição e educação em saúde, bem como as palavras “políticas compensatórias”, “protocolos de desnutrição” e “Programa Bolsa Família”

Para consubstanciar a proposta foram utilizados dados de um estudo piloto da Equipe Amarela do Centro de Saúde Santa Mônica, localizado na região de Venda Nova, cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, em que se fez o levantamento das crianças desnutridas e, com destaque, das atendidas pelo Programa Bolsa Família.

2. ASPECTOS CONCEITUAIS BÁSICOS

Vamos abordar, aqui, os conceitos básicos para o desenvolvimento da proposta, que é o escopo desse trabalho.

2.1. Crescimento e desenvolvimento infantil

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo, em virtude do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros, não só na redução da mortalidade infantil, mas na constituição futura do ser humano.

O crescimento, enquanto processo biológico, é o reflexo de alterações corporais que, através da multiplicação e aumento do tamanho celular, implicam no aumento das dimensões corporais, das quais as mais estudadas são altura, peso e perímetro cefálico. Cada indivíduo nasce com uma carga genética que, para ser completamente expressa, depende das condições de vida a que for submetido. Sendo assim, o crescimento depende de fatores intrínsecos (predisposições genéticas, malformações ou alterações metabólicas) e extrínsecos, dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1995, *Apud* BRASIL, 2002; GOULART *et al.*, *In* LEÃO, 2005).

Os fatores ambientais têm uma influência maior na expressão do crescimento de crianças até cinco anos de idade, se comparado com os fatores genéticos, sendo este um período muito propício para que estímulos externos favoráveis propiciem um crescimento e desenvolvimento adequados desses indivíduos, mas, também, os tornem mais vulneráveis a fatores de risco presentes.

O conceito de desenvolvimento é mais amplo: pode ser entendido como o aumento da capacidade de realizar funções cada vez mais complexas e mudanças físicas, neurológicas, cognitivas e comportamentais -- em uma transformação contínua, dinâmica e progressiva, que inclui a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (BRASIL, 2002; MUSSEN *et al.*, 1991, *Apud* FIGUEIRAS *et al.*, 2005; SILVA *et al.* *In* LEÃO *et al.*, 2005).

Os processos de crescimento e desenvolvimento estão intimamente relacionados e ocorrem em uma sequência específica e ordenada. Esses processos têm início desde o período intrauterino, prolongando-se pela fase pós-natal. Eles dependem de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações) e fatores extrínsecos, tais como alimentação, saúde, higiene, habitação e cuidados gerais com a criança (BRASIL, 2002; SILVA *et al.*. In LEÃO *et al.*, 2005). A avaliação do desenvolvimento e do crescimento infantil deve ser realizada rotineiramente, sistematicamente e de forma programada, a fim de otimizar o atendimento das crianças. Essa avaliação faz parte das ações básicas da atenção integral à saúde da criança, no Brasil (SILVA *et al.*. In LEÃO *et al.*, 2005).

Três aspectos são essenciais para se entender o desenvolvimento da criança: padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais/ambientais. Dentro desta visão o contexto, os ambientes ou entornos, estão representados pelo Estado, na formulação de políticas e marcos institucionais, pela comunidade, através do modelo organizacional e participação e, finalmente, pelas famílias, em seu papel transcendente de proteção, cuidado e satisfação das necessidades imediatas da infância (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Estudos sinalizam para o fato de que vários são os fatores relacionados com atraso no desenvolvimento infantil, dos quais os principais são a pobreza, o baixo peso ao nascer e o índice peso/idade menor ou igual a -2 desvios-padrão da referência, em crianças aos seis meses de vida (HALPERN *et al.*, 2000). Como se pode observar o binômio baixo padrão socioeconômico/desnutrição está intimamente ligado ao desenvolvimento em padrões abaixo da potencialidade do indivíduo.

2.2. Desnutrição: conceito e repercussões

A desnutrição infantil representa um problema universal de Saúde Pública, prevalente, principalmente, nos países em desenvolvimento. Nesse contexto, várias situações apresentam-se como fatores de risco. São elas: família carente, desnutrição materna, desmame precoce, ausência de aleitamento materno, baixo peso ao nascer, gemelaridade, internações hospitalares repetidas, outros casos de desnutrição na família, irmãos falecidos antes de cinco anos de idade, episódios repetidos de diarreia nos primeiros meses de vida, baixa escolaridade materna, fraco vínculo mãe-filho e história de maus tratos na família (MONTE, 2000; FIGUEIREDO *et al.* in LEÃO *et al.* 2005; GOULART e VIANA, 2008).

O termo desnutrição é amplo, pois contempla uma variedade de deficiências nutricionais que abrange desde a deficiência proteico-energética até a carência de vitaminas e oligoelementos específicos. A desnutrição proteico-energética pode acometer crianças de qualquer faixa etária e consiste em uma variedade de condições patológicas decorrentes da falta concomitante de proteínas e calorias, em diferentes proporções (LINDGREN *et al.* 2003; FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.*, 2005). Ela pode ser dividida em: primária, secundária e mista.

Em sua forma primária resulta de oferta insuficiente de energia e nutrientes, estando diretamente vinculada às precárias condições socioeconômicas e à pobreza. Além disso, quando presente após o término do aleitamento materno, pode ser uma continuação do estado de subnutrição iniciado na lactância ou pode advir de fatores que se tornam operantes durante a segunda infância. Em geral, as causas são iguais às da desnutrição em lactentes. O problema pode ser complexo. Hábitos alimentares precários podem estar associados a higiene geral ruim, doença crônica, hábitos alimentares extravagantes de outros familiares ou perturbações das relações pais-crianças (LINDGREN *et al.* 2003; FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.* 2005).

As formas secundárias são provocadas por situações/doenças em que a ingestão, a absorção ou a utilização de nutrientes ocorrem de uma maneira insatisfatória, apesar de haver disponibilidade e oferta dos mesmos (FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.* 2005).

Já na forma mista ocorre uma ação concomitante dos dois processos, pois a desnutrição primária acaba por desencadear uma série de alterações que impedem a ingestão e o aproveitamento do pouco alimento disponível, com a formação de um ciclo vicioso e o comprometimento progressivo da saúde o indivíduo (VIANA *et al.* 2005).

Segundo FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.* (2005), a desnutrição proteico-energética é um processo evolutivo. Em face de uma baixa oferta alimentar, o organismo vai procurando, por meio de respostas metabólicas, adaptar-se à nova situação. Como consequência da baixa ingestão alimentar, a criança torna-se hipoativa. Essa é a primeira resposta adaptativa do organismo à privação energética, quase impossível de se avaliar objetivamente. Posteriormente, ocorre diminuição de ganho de peso ou perda ponderal e, em seguida, diminuição do ritmo de crescimento em estatura.

Caso nenhuma intervenção efetiva seja realizada para abortar a progressão de tal enfermidade, alterações funcionais multissistêmicas podem ocorrer; tais como: atividade motora diminuída; tendência a hipoglicemia; diminuição do débito cardíaco e da pressão arterial; hipotensão postural; diminuição da filtração glomerular; hipocalcemia; hipomagnesemia; atrofia da mucosa intestinal; diminuição da atividade das enzimas digestivas com má absorção intestinal; atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; anemia multicarenal; alterações hormonais e maior susceptibilidade das infecções. Assim sendo, como sequelas, podem ocorrer efeito duradouro sobre a estatura final e lesão permanente no sistema nervoso central (FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.* 2005; HEIRD, in KLIEGMAN *et al.* 2008; SCHWEIGERT *et al.*, 2009).

Segundo Heltberg (2009) a desnutrição pode ser associada às precárias condições socioeconômicas, sanitárias e ambientais, sendo, assim, uma doença social, determinada pelo modelo de desenvolvimento econômico, político e social de um país. Picoli (2006) também corrobora este achado, e relata, ainda, que a desnutrição materna pode estar relacionada ao maior número de crianças com baixo peso ao nascer em populações que se encontram em grande vulnerabilidade social.

A desnutrição é a segunda causa de morte mais frequente em menores de cinco anos, em países em desenvolvimento, de acordo com revisão realizada por Monte (2000), além de estar correlacionada a uma prevalência maior de infecções respiratórias, e de complicações advindas destas últimas (RICCETTO *et al.*, 2003).

Estudos apontam para o fato de que, além da maior morbimortalidade à qual estão sujeitas as crianças desnutridas, a desnutrição crônica está correlacionada a adultos com baixa estatura, e que, quão mais precoce for a detecção da mesma e o início da abordagem, menores serão as sequelas observadas (CARVALHO *et al.*, 1992; MONTE, 2000; RICCETTO *et al.*, 2003).

Apesar do crescimento dos índices de obesidade no Brasil, de acordo com estudo realizado por Batista Filho e Rissin (2003), ainda pode-se observar um predomínio da desnutrição em populações economicamente menos favorecidas e, também, entre as crianças hospitalizadas, uma vez que a interação entre desnutrição e infecção leva a uma maior incidência de internações. O diagnóstico do estado nutricional à internação é algo importante visto que a intervenção nutricional é imprescindível para a recuperação do paciente (CRUZ *et al.*, 2009).

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), (LIMA *et al.*, in BRASIL, 2008) constatou que a proporção de crianças brasileiras menores de cinco anos com baixa estatura para a idade foi de 7% e a de baixo peso para altura, de 2 a 3%. Essa pesquisa constatou ainda que a prevalência de déficits de crescimento reduz à medida que aumentam os anos de estudo das mães.

2.3. Desnutrição: diagnóstico

O diagnóstico da desnutrição insidiosa e crônica pode ser dado através do acompanhamento do crescimento, há muito tempo considerada como importante atividade da atenção primária. Essa é utilizada, especialmente, em avaliações longitudinais permitindo, também, além de diagnosticar a desnutrição, aferir as condições gerais de saúde do indivíduo. (MONTEIRO, 1984; GOULART *et al.*, in LEÃO, 2005).

A antropometria é o método mais usado para avaliação do crescimento. As medidas antropométricas básicas são peso, altura, perímetro cefálico (PC) e perímetro braquial. É recomendado, para todas as idades, que as medidas de peso e altura sejam correlacionadas ao sexo e a idade. Principalmente nos primeiros dois anos de vida deve ser incluída a medida do perímetro cefálico, que avalia indiretamente o crescimento da massa encefálica (BRASIL, 2002; GOULART *et al.*, in LEÃO, 2005).

Macchiaverni e Barros (1998) apontaram para o fato da importância da mensuração do PC, mesmo após os três anos de vida, como um bom marcador para a detecção de desnutrição que tenha ocorrido nos primeiros meses de vida, já que, com o passar do tempo, seus efeitos deletérios não podem ser minimizados.

Preconizadas pelo Ministério da Saúde, no tocante à classificação e diagnóstico da desnutrição proteico-energética, as curvas de peso e estatura relacionadas idade e ao sexo são utilizadas para diagnóstico, classificação e acompanhamento do estado nutricional das crianças e representam:

- 1) curva peso/estatura – Este índice reflete o peso corporal em relação à estatura e, portanto, não requer a informação da idade. Tem aplicação na clínica pediátrica, na avaliação e seguimento individual de casos de desnutrição aguda, desnutrição que está associada a fenômenos de curto prazo e reversíveis.

2) curva peso/idade – é um índice de fácil obtenção e reflete, precocemente, distúrbios no processo de crescimento, sinalizando, quase que imediatamente, qualquer deterioração ou melhora do estado de saúde, mesmo em processos agudos;

3) curva estatura/idade – é um bom parâmetro para a avaliação do crescimento da criança por ser progressivo e reflete o efeito cumulativo da desnutrição na vida da criança (BRASIL, 2002; CORRÊA *et al.*, in LEÃO, 2005; GOULART *et al.*, in LEÃO, 2005).

A interpretação do crescimento de uma criança, pelo índice antropométrico, é feita comparando a medida obtida com dados antropométricos de referência da população. O simples fato da criança se encontrar acima ou abaixo de um ponto de corte esperado, pontualmente, não significa, obrigatoriamente que ela tenha um problema (GOULART *et al.*, in LEÃO, 2005).

É importante salientar que o diagnóstico de crescimento adequado de uma criança não pode ser feito em uma única consulta, e que o acompanhamento longitudinal se torna imprescindível, para construção de uma curva de crescimento, através da junção dos dados obtidos (GOULART *et al.*, in LEÃO, 2005).

2.4. Políticas compensatórias: Programa Bolsa Família

Políticas públicas compensatórias são determinadas ações implementadas por organismos públicos, em curto prazo, em caráter emergencial, ou a médio e longo prazo. Visam amenizar desigualdades ou injustiças sociais, de forma transitória, até que medidas estruturantes possam ser implantadas ou produzir resultados duradouros e emancipatórios. São exemplos das primeiras a distribuição de cestas básica ou água em caminhões-pipa e, a constituição de frentes de trabalho. São medidas de médio e longo prazo a implantação de cotas sociais nas universidades e os programas bolsa família, agricultura familiar, luz para todos, farmácia popular, entre outros.

Levando em consideração a grande desigualdade socioeconômica de nosso país, fez-se necessário uma intervenção para redução da morbimortalidade associada à mesma. Emerge então a implantação de políticas compensatórias, dentre elas, o Programa Bolsa Família, implantado em 2004, com a premissa de reduzir a desigualdade e favorecer, assim, as famílias com alto Índice de Vulnerabilidade à Saúde.

Embora passíveis de críticas por determinados setores, bem executadas têm influência positiva nos indicadores sociais, entre eles os de saúde. Necessitam, entretanto, ser complementados com ações estruturais permanentes, como é o caso do PBF, que iremos abordar.

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda com condicionalidades. Beneficia famílias que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza, aquelas cuja renda mensal *per capita* é de R\$ 70 a R\$ 140, de acordo com a Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004 e o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004 (BRASIL, 2009).

O Programa integra a política Fome Zero e tem a finalidade de garantir o direito humano à alimentação adequada, possibilitando segurança alimentar e nutricional e contribuindo para que a população mais susceptível à fome conquiste a cidadania, no Brasil (BRASIL, 2009).

O *site* do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>) informa que o Bolsa Família atende a mais de 12 milhões de famílias em todo o território brasileiro. O valor do benefício pode variar entre R\$22 a R\$ 200, dependendo da renda familiar *per capita* e do número e idade dos filhos.

Três são os eixos principais do Programa: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares. O objetivo da transferência de renda é a proporcionar uma redução da pobreza, em curto prazo. Já as condicionalidades articulam o programa ao acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. E os programas complementares têm por finalidade o desenvolvimento das famílias, de forma que os beneficiários possam mudar a situação em que se encontram, superando a vulnerabilidade social em que estão inseridos. Estudos apontam para a contribuição do Programa na redução das desigualdades sociais e da pobreza. (BRASIL, 2010).

2.5. O Programa Bolsa Família e a Atenção à Saúde

Como já citado anteriormente, estudos apontam para a contribuição do programa de transferência de renda na redução das desigualdades sociais e da pobreza, com efeito positivo na nutrição das crianças, mas não o suficiente para seu total controle (CASTINEIRA *et al.*, 2009; SOUZA, 2009).

No projeto piloto que deu origem a este estudo foi encontrado um grande número de desnutridos entre as crianças de famílias beneficiadas pelo PBF, o que sinaliza para o fato de que este programa está abrangendo realmente a população que mais necessita. E, ainda, corrobora o descrito em vários estudos com populações carentes ou em situação de grande vulnerabilidade, acenando para o fato de que a desnutrição se encontra intimamente relacionada a fatores socioeconômico-ambientais (MARTINS *et al.*, 2007; WACHS, 2008; COLOMBATTI *et al.*, 2008; RUBEN, 2009; HELTZBERG, 2009; BUSTOS *et al.*, 2009).

Porém, o achado deste grande número de desnutridos, e ainda o grande absenteísmo às consultas de controle, nesta população específica, alerta para o fato de que somente um programa de transferência de rendas não é o bastante, não leva à redução substancial do número de desnutridos em uma população carente. Uma vez que a desnutrição tem várias causas, somente intervenções simultâneas e múltiplas, baseada em um programa multissetorial, podem ser efetivas para seu controle (BOSE *et al.*, 2008).

Mais do que isso, esse achado mostra a necessidade de uma educação em saúde e de um acompanhamento mais próximo através da equipe de Saúde da Família criando uma vinculação com a comunidade, desenvolvendo um processo de vigilância em saúde. Já está descrito, em outros estudos, a importância da orientação das pessoas com relação a hábitos saudáveis de vida, a educação permanente em saúde como eixo de cuidado integral. Através da mesma podem-se alterar os determinantes da saúde e da doença, o que possibilita o controle ou combate de vários tipos de patologias, resultando, assim, em uma redução da morbimortalidade que advém destas, em especial em comunidades mais carentes (BISCEGLI *et al.*, 2007; BRINK, 2007; BARBOUR *et al.* 2008).

Valle *et al.* (2004) apontam para efeitos sobre outros desfechos, como melhoras no aporte nutricional, além de redução dos percentuais de desnutrição entre as crianças em intervenção. E que, ainda, quando a intervenção utilizava aconselhamento nutricional, ocorreram melhoras em alguns outros aspectos: práticas maternas, dieta infantil, redução de anemia e desempenho dos profissionais de saúde. Em resumo, a aplicação desses conhecimentos em programas governamentais ou não governamentais, direcionados a crianças, deveria enfatizar, antes dos seis meses, a promoção do aleitamento materno exclusivo e, a partir daí utilizar o aconselhamento nutricional continuado, com ou sem suplementação alimentar, como forma de melhorar, de maneira sustentável, as práticas maternas de alimentação infantil.

De acordo com o Manual de Orientações do Bolsa Família na Saúde, (BRASIL, 2009, p.5):

A equipe de saúde deve identificar se uma família tem garantido todas as condições de acesso aos alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, atendendo aos requisitos nutricionais, de modo permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna, colaborando para o desenvolvimento integral dos indivíduos, que são os princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. Para isso, é importante que a equipe de saúde local, responsável pela atenção básica à saúde firmemente apoiada pela estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde conheça a situação de saúde e da alimentação e nutrição na comunidade e nas famílias em que atua e auxilie na busca de possibilidades de melhorá-la, principalmente naquelas famílias que mais precisam.

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Em projeto piloto, conforme referido anteriormente, realizado pela Equipe Amarela do Centro de Saúde Santa Mônica, em Belo Horizonte, e que deu origem a este estudo, foi encontrado um grande número de desnutridos entre as crianças de famílias beneficiadas pelo PBF. Para a elaboração de uma proposta de intervenção é necessário conhecer sobre que situações são prioritárias ações específicas.

3.1. Considerações básicas

O achado de um grande número de desnutridos, e de uma postura pouco centrada na prevenção por parte dos pais e cuidadores, nesta população carente e com grande vulnerabilidade social, alerta para o fato de que, mais do que um programa de transferência de rendas, são necessárias, para a mudança de paradigmas, intervenções simultâneas e múltiplas, baseadas em um programa multissetorial.

É imprescindível a implantação de um programa de educação em saúde com um acompanhamento mais próximo pela equipe de Saúde da Família (ESF), criando uma vinculação com a comunidade, desenvolvendo um processo de vigilância em saúde. A orientação das pessoas em relação a hábitos saudáveis de vida, tornando a educação em saúde o eixo central de cuidado integral, permite alterar os determinantes da saúde e da doença, o que possibilita o controle ou combate de vários tipos de patologias, além da redução da morbimortalidade que advém destas, em especial em comunidades mais carentes.

Do ponto de vista normativo a Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 (BRASIL, 2004), em seu artigo 1º, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

§ 1º Caberá ao setor público de saúde a oferta de serviços para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, da assistência ao pré-natal e ao puerpério, da vacinação, bem como da Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de 7 (sete) anos.

§ 2º As famílias beneficiárias com gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 (sete) anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

No artigo 6º são definidas como responsabilidades das famílias atendidas no Programa Bolsa Família:

- I - para as gestantes e nutrizes, no que couber;
 - a) inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima de sua residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde;
 - b) participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.
 - II - para os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos:
 - a) levar a criança à Unidade de Saúde ou ao local de campanha de vacinação, mantendo, em dia, o calendário de imunização, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
 - b) levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações, conforme o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde;
 - III - informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastro Único qualquer alteração no seu cadastro original objetivando a atualização do cadastro da sua família.
- Parágrafo único. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão informar e orientar as famílias sobre seus direitos e responsabilidades no Programa Bolsa Família e sobre a importância da frequência aos serviços de saúde para a melhoria das condições de saúde e nutrição de seus membros.

Existem ações que a equipe de saúde de família deve implementar visando à redução da desnutrição, em um trabalho de conscientização de toda a equipe no sentido da promoção da saúde, de treinamento para o reconhecimento e manejo dos desnutridos, de controle adequado da gestante, prevenindo-se a desnutrição intrauterina, de realização de trabalhos conjuntos com gestantes para aumentar o vínculo mãe/filho, de educação alimentar e imunizações e de divulgação de medidas preventivas (FIGUEIREDO *et al.*, in LEÃO *et al.* 2005).

Organizar uma proposta de ação específica para acompanhamento e controle da desnutrição nesse grupo não é mais do que um dos papéis da atenção básica, e que as equipes de Saúde de Família devem implementar.

Acompanhar o estado nutricional de grupos com alta vulnerabilidade social, e, ainda, interagir com esta população visando modificações em seu estilo de vida, mostrar a importância de alimentos de boa qualidade nutricional, hábitos de higiene, atividade física, entre outras ações, são especificidades a cumprir.

A criação de um grupo comunitário de famílias participantes do Programa Bolsa Família e a vinculação ao PSF possibilita uma vigilância em crescimento, desenvolvimento, segurança alimentar, atuação sobre patologias sensíveis à atenção básica, em um processo contínuo,

flexível, envolvendo informações e atuação de todos os profissionais de saúde, gestores, pais, lideranças comunitárias, enfim todos os sujeitos envolvidos.

A Prefeitura de Belo Horizonte tem um programa de liberação de leite e óleo somente para crianças desnutridas. Porém, considerando que a população beneficiada pelo PBF é uma população em situação de pobreza e vulnerabilidade extremas, surge a questão de, junto aos gestores, garantir a liberação destes alimentos para todas as crianças participantes do PBF, ou pelo menos para as que se encontram em risco para desnutrição.

Ante o exposto, pode-se perceber a urgência da criação dessa ação específica para esta população, que venha ao encontro dos condicionantes do programa de transferência de renda. Em que as famílias receberão orientações de cuidados integrais, as crianças e gestantes serão avaliadas do ponto de vista nutricional, odontológico e ainda através da liberação de suplementação alimentar. Desta forma, além de estar atuando no controle, atua-se na prevenção da desnutrição. Com esta abordagem diferencial para crianças em situação de risco, segue-se um dos princípios do SUS: a equidade, de certa forma, minimizando as diferenças já existentes.

A partir dos conceitos, normas operacionais e considerando a realidade local, através de um plano de ação (FIG.1), são propostos alguns passos para a organização da atenção especial a crianças, gestantes e puérperas participantes do Programa Bolsa Família, tomando como interlocutora a equipe de Saúde da Família. É tomado como referência o Manual de Orientações do Bolsa Família na Saúde e as normas da Unidade Básica de Saúde.

Plano de Ação para atuação dos profissionais da atenção básica com famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsáveis
Desconhecimento pelas equipes das necessidades da população do PBF	Sensibilizar os profissionais através dos dados obtidos no Diagnóstico situacional	Maior percepção pelos profissionais sobre a realidade em que a população em risco das equipes está inserida	Presença dos profissionais da UBS discutindo os problemas e as abordagens	Reunião com todos os profissionais das UBS's onde será realizada uma explanação sobre a situação da população beneficiada pelo PBF	Uma equipe multiprofissional selecionada, além do gerente.
Desconhecimento pelas equipes dos protocolos, responsabilidades e condicionalidades impostas pelo PBF	Aumentar o conhecimento dos profissionais sobre o PBF e sua inserção na área da saúde	Profissionais mais informados sobre as responsabilidades e os papéis de cada sujeito no PBF	Realização de grupos de estudo e discussão com os profissionais das UBS's	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: disponibilizar agenda Político: envolvimento dos profissionais	Grupo composto por um profissional de cada uma das categorias e gerente
Alto absenteísmo às consultas pediátricas programadas/ Falta de vinculação das famílias beneficiadas pelo PBF com as ESF's	Criar vínculo dessa população com as equipes de referência Tornar os pais mais conscientes sobre a importância das consultas de controle	População beneficiada pelo PBF mais vinculada às equipes de referência Pais mais conscientes sobre a importância das consultas de controle	Capacitação das ACS's para agirem como multiplicadoras Atividades educativas para a população em questão	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: disponibilizar agenda Político: articulação intersetorial com a comunidade	Treinamento para ACS's: Enfermeira e Generalista Atividades Educativas: todos os profissionais da UBS e a população-alvo (gestantes nutrízes e crianças até cinco anos)
Alta prevalência da desnutrição em crianças até cinco anos de idade de famílias beneficiadas pelo PBF	Realizar grupos mensais de cuidados integrais para diagnóstico e determinação de fluxo e intervenção para gestantes, nutrízes e crianças até cinco anos de idade beneficiados pelo PBF	Acompanhamento mais próximo, vigilância nutricional da população-alvo, pela ESF População mais consciente da importância da prevenção e de hábitos de vida saudáveis Redução da prevalência da desnutrição na população-alvo	Grupo de Cuidados Integrais do PBF - para crianças até cinco anos, gestantes e nutrízes, avaliação nutricional e odontológica, palestras educativas, oficinas e intervenções recreativas e didáticas, além da liberação de leite e óleo para os desnutridos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: disponibilizar agenda Político: articulação intersetorial com a comunidade	Cada grupo mensal será organizado por uma ESF com a colaboração dos profissionais da saúde bucal, NASF, Assistente Social além da zoonose.

FIGURA 1: Plano de Ação para atuação dos profissionais da atenção básica com famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família

3.2. Cenário

O cenário inicial é o território da Equipe Amarela do Centro de Saúde Santa Mônica, pertencente ao distrito de Venda Nova, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Uma equipe com uma população de aproximadamente 4.500 habitantes, uma área de abrangência com índices que variam de médio a muito elevado risco de vulnerabilidade de saúde. A área de muito elevado risco é formada por uma vila na qual não há saneamento básico, local onde mora uma população em situação de pobreza extrema.

Entretanto, após observação de que o problema estava presente em uma população que está sob responsabilidade de todo o Centro de Saúde, não restrito somente a uma equipe, uma vez que o PBF está difundido como política municipal e local foi feita a opção de utilizar como cenário todo o território do Centro de Saúde Santa Mônica. E ainda, como sugestão, de estender essa proposta a todos os centros de saúde, como forma vinculadora/vigilante da saúde ao programa de transferência de rendas implantado.

3.3. Delineamento da proposta

A abordagem de crianças até cinco anos, gestantes e nutrizes pertencentes ou não ao PBF, de uma maneira, especial, já é recomendado em vários protocolos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BELO HORIZONTE, 2004). Porém, embora preconizado, enquanto política de saúde pública, não é realizado rotineiramente na nossa prática.

Para a incorporação de novos processos à rotina diária, é essencial que os indivíduos envolvidos tenham a certeza da necessidade e do benefício ocasionados pelos mesmos. Sendo assim, se faz necessário o esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a importância do processo, para que os mesmos inclusive participem da construção deste, com seus saberes e experiências.

3.4. Proposta de intervenção

A proposta de intervenção envolve duas vertentes: uma atuação com as equipes e profissionais de saúde, na vertente da educação permanente em Saúde, e a atuação com as famílias, com atividades centradas em um grupo de cuidados integrais.

3.4.1. Educação Permanente e Educação Continuada em Saúde

Toda mudança traz inquietação, é difícil; mudanças de paradigmas e práticas requerem persistência, habilidade e conhecimento. Antes de modificarmos o outro, temos que nos modificar e essa mudança é mais fácil quando participamos da sua construção. Aí entra a Educação Permanente em Saúde (EPS), reconhecendo o processo de trabalho como o locus gerador de aprendizado significativo, ou seja, partimos das necessidades encontradas e das experiências adquiridas para a construção conjunta de uma abordagem eficaz (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).

O profissional da saúde deve estar sempre capacitado para atuar de forma resolutiva dando respostas às necessidades da comunidade, integrando valores de cidadania, com o reconhecimento do direito social à saúde e seu dever na promoção da saúde, prevenção da doença, além do tratamento e restabelecimento do “estado de saúde” (CORRÊA *et al.* In LEÃO, 2005).

É importante salientar que o primeiro passo dessa proposta é garantir grupos, oficinas e palestras aos profissionais da saúde, visando sensibilizá-los para a importância da participação efetiva e engajada dentro do contexto e ainda permitindo assim a troca de saberes e experiências que possam ajudar e incrementar o processo.

Permitir que, através de uma Educação Continuada em Saúde, os profissionais, cada qual em sua área, ampliem seu conhecimento e saibam seus papéis e funções no controle à desnutrição materno-infantil, através da ciência de materiais específicos existentes, como, por exemplo, o Manual para Agentes Comunitários de Saúde sobre Alimentação e Nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família, o Manual de Orientações do Bolsa Família na Saúde, dentre outros (BRASIL, 2010; BRASIL, 2009).

3.4.2. Grupo de Cuidados Integrais

As famílias pertencentes ao PBF serão cadastradas pelas ACS's que farão o convite para a participação no grupo, justificando a importância e incentivando a participação no mesmo. Serão realizados grupos mensais, em um dia fixo da semana, para famílias beneficiadas pelo PBF, com crianças até cinco anos de idade, gestantes e nutrizes. É importante salientar que mais do que um grupo para desnutrido, será um programa de cuidado integral, com a participação de vários profissionais.

Em cada mês, uma equipe será responsável pela programação e realização do encontro. O trabalho realizado será multidisciplinar envolvendo os membros da ESF (médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS's), profissionais do NASF, equipe de saúde bucal e acadêmicos de universidades parceiras da UBS (UFMG, UNIFENAS, etc.).

Com o intuito de registrar o acompanhamento das crianças, o módulo de Saúde da Criança e do Adolescente: agravos nutricionais, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi utilizado na elaboração de uma Ficha de Avaliação de Desnutridos (APÊNDICE A), para ser preenchida desde a primeira avaliação. Nela constam os dados da criança e um questionário sobre alguns fatores de risco para a desnutrição, comorbidades, estado vacinal e local para anotação de peso e estatura (GOULART e VIANA, 2008).

As crianças serão pesadas, medidas e classificadas de acordo com o estado nutricional, além de serem submetidas a uma avaliação odontológica, com a finalidade de estabelecer um fluxo para as mesmas.

A classificação nutricional será registrada em curvas de peso e estatura relacionadas à idade e ao sexo, preconizadas pelo Ministério de Saúde, que estarão anexadas à Ficha de Avaliação. As curvas adotadas foram baseadas em percentis, pois, essas possibilitam a detecção daquelas crianças que se encontram em risco ou em estágio inicial de desnutrição. Os dados serão anotados na Caderneta de Saúde da Criança.

As crianças podem ser enquadradas em cinco categorias: obesas as que se encontram com peso acima do percentil 97, normais com peso entre os percentis 10 e 97, crianças em situação de risco ou alerta nutricional com peso entre os percentis 10 e 3, peso baixo para a idade/ ganho insuficiente de peso (desnutrição moderada) com peso entre os percentis 3 e 0,1 e peso muito baixo para a idade (desnutrição grave) com valores abaixo do percentil 0,1. Paralelamente serão realizadas palestras educativas e oficinas sobre aleitamento materno, alimentação, higiene, atividade física, enfim, hábitos de vida saudáveis. Serão realizadas, também, atividades recreativas com as crianças, com o intuito de avaliar e proporcionar um momento de interação saudável dos sujeitos envolvidas reforçando o vínculo e ampliando o cuidado.

De acordo com a classificação da desnutrição serão agendadas consultas com diferentes periodicidades, semanais, quinzenais ou mensais (FIG.2), com o médico e ou enfermeiro, dependendo da necessidade, seguindo a orientação do protocolo do MS, onde serão

solicitados, quando necessário, exames laboratoriais para a exclusão de doenças de base ou a determinação de outros agravos, além do acompanhamento, avaliação da criança e orientação sobre a situação nutricional da mesma a seus cuidadores. Conforme visto na Figura 2 as crianças serão classificadas desde normal a com desnutrição grave.

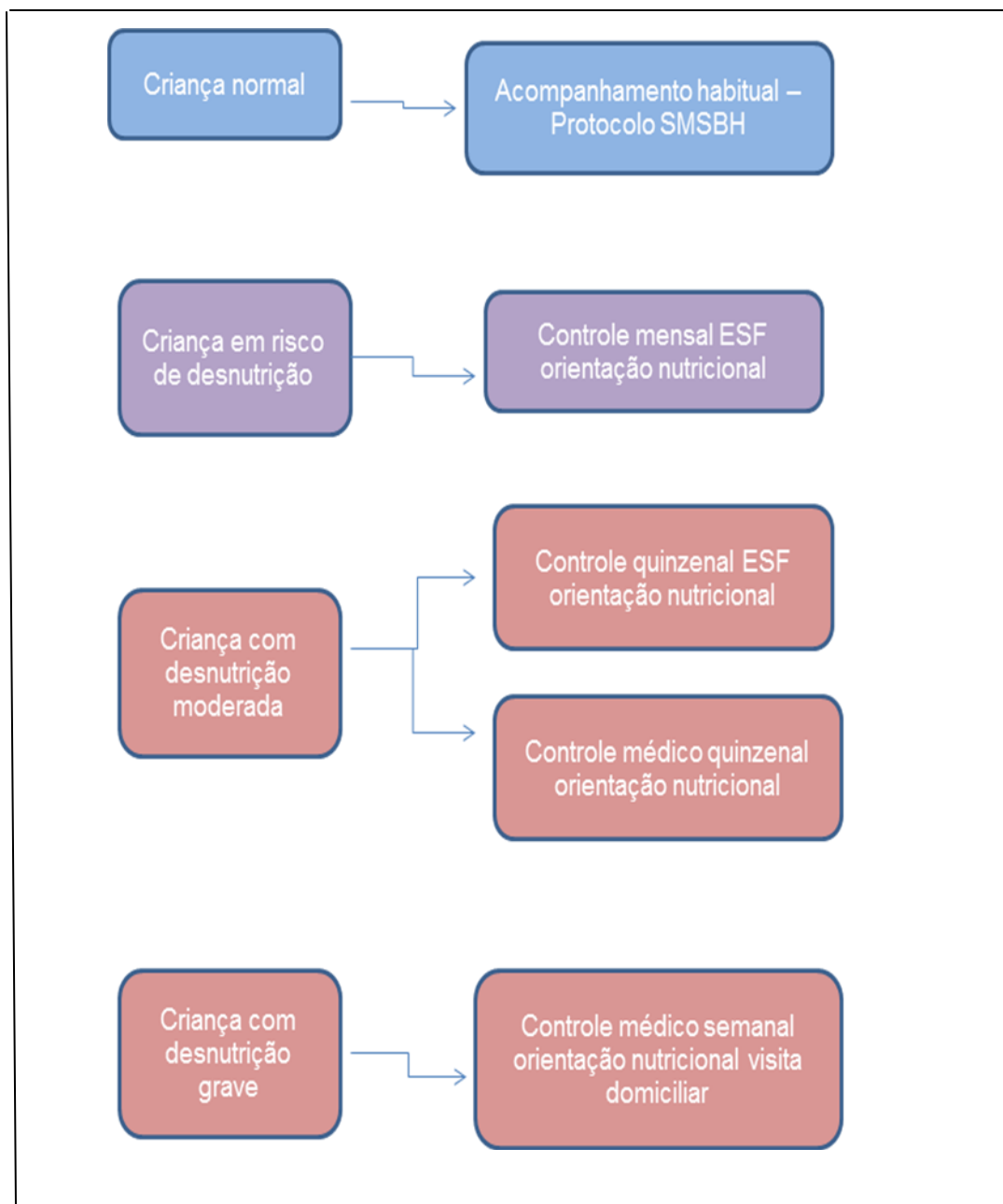


FIGURA 2: Fluxo das crianças de acordo com o nível de desnutrição
Fonte: Adaptada da Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança (BRASIL, 2004)

As crianças classificadas como normais serão acompanhadas de acordo com o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), até os dois anos, através da puericultura, intercalando o atendimento entre pediatra, generalista e enfermeira e, a partir desta idade, pelo menos uma vez ao ano. Porém, mesmo sendo consideradas normais, deverão estar presentes mensalmente no Grupo de Cuidados Integrals do PBF.

As crianças enquadradas como em risco para desnutrição serão encaminhadas às suas equipes para que seja agendada uma consulta de acompanhamento e reavaliadas mensalmente, na ESF, pelo enfermeiro. Quando atingirem um peso adequado para idade, e permanecerem por três meses nesta faixa, terão alta para acompanhamento, somente pelo grupo. Os casos que se mantiverem na faixa de risco por três meses serão encaminhados para uma avaliação médica.

As crianças enquadradas como desnutridas moderadas ou graves serão agendadas, pelo grupo, para uma consulta médica. Serão reavaliadas quinzenalmente ou semanalmente, dependendo do grau de desnutrição, pelo médico e pela ESF. As crianças com desnutrição grave serão acompanhadas, alternadamente, por médico generalista e pediatra. Quando atingirem um peso que se enquadre em 'risco para desnutrição' serão encaminhados para consulta com o enfermeiro, conforme Algoritmo mostrado na Figura 3.

Será distribuída, no dia da reunião de grupo, às crianças desnutridas, a cota mensal de leite e óleo de acordo com o protocolo da PBH. As mães serão orientadas sobre como a mudança de hábitos, dentre eles os alimentares, pode influir na evolução de uma situação de desnutrição. Serão feitas palestras, além de oficinas, direcionadas para famílias com desnutridos, gestantes e nutrízes, sobre vários assuntos.

A partir dos resultados obtidos talvez se possa implementar o Grupo de Cuidados Integrals do Programa Bolsa Família em todas as UBS's, como política pública, com o intuito de vinculação, controle e educação continuada, para a população-alvo. Estimular e controlar uma frequência mínima de comparecimento aos grupos, discutindo sua vinculação ao recebimento do benefício, cumprindo assim, nosso papel na vigilância da condicionalidade exigida pelo programa de transferência de rendas.

E também, quem sabe, garantir a liberação de leite e óleo para todos os participantes do grupo, gestantes, nutrízes e crianças, independente da situação nutricional, uma vez que sendo beneficiadas pelo PBF são consideradas famílias em pobreza/pobreza extrema. E

ainda, sabendo que não adianta apenas a transferência de renda, pois mais importante do que a verba recebida, é a garantia de alimento de boa qualidade nutricional, associado a uma educação continuada como processo de mudança de um contexto pré-existente.

Os assuntos de interesse poderão, inclusive, ser definidos pelos participantes permitindo a construção conjunta entre os indivíduos participantes e os profissionais da saúde. Transformando, assim, todos em sujeitos de um processo de mudança, mudança de valores do paradigma atual da vinculação com doença em prol da construção de um novo modelo de saúde.

Algoritmo

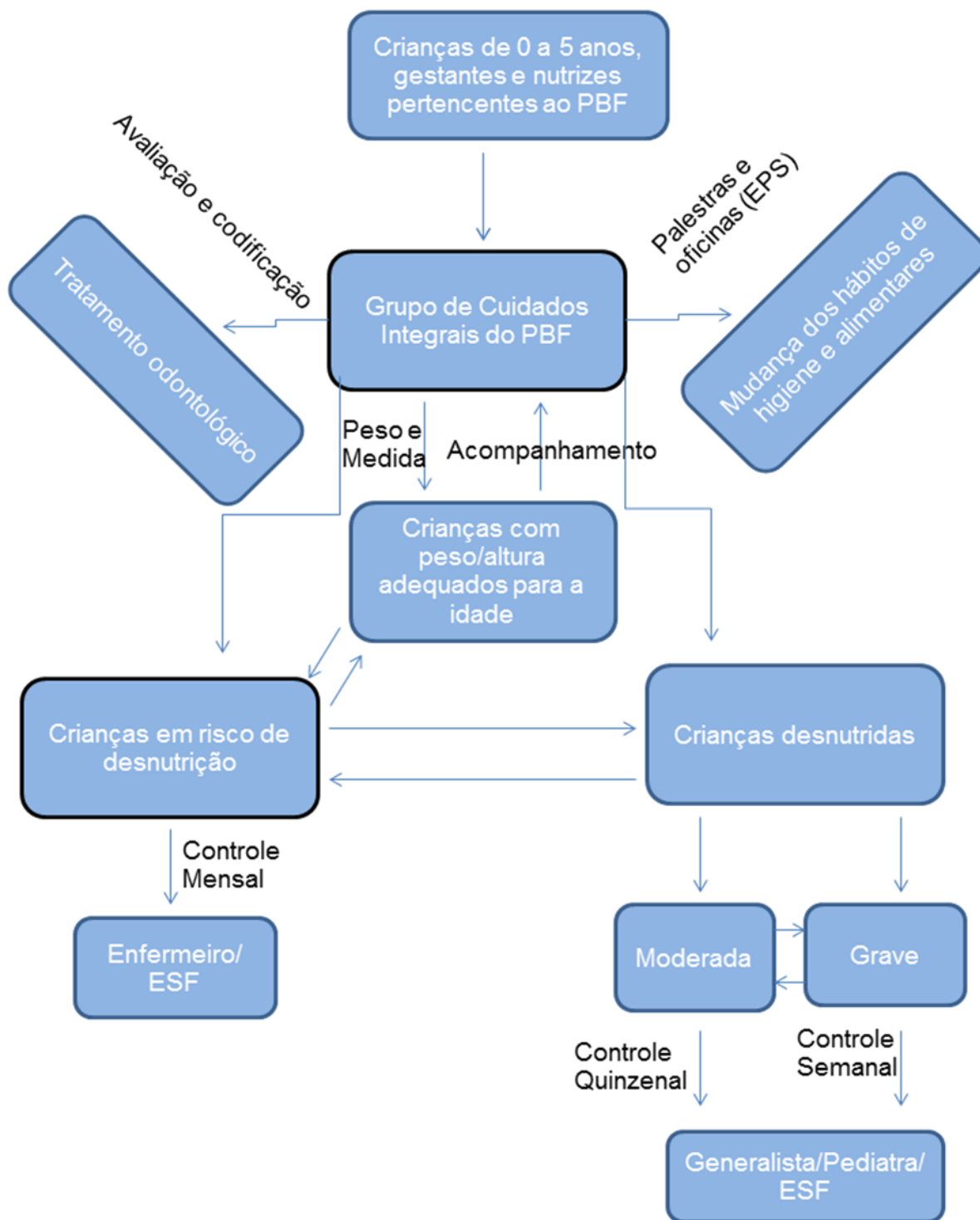


FIGURA 3: Algoritmo do Grupo de Cuidados Integrais de Gestantes, Nutrizes e Crianças até cinco Anos de Idade

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O encontro de um número elevado de crianças desnutridas, em crianças de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família, e a percepção do alto índice de absenteísmo nas consultas de controle dessas crianças mostra falta de vinculação dessa população às equipes de Saúde da Família, o que é um problema de grande relevância, uma vez que a manutenção desse contexto aumenta a morbidade e a mortalidade desses indivíduos.

O Programa Bolsa Família tem como condicionalidade o acompanhamento das famílias que recebem o benefício, pelas equipes de Saúde de Família, pois as mesmas devem fazer acompanhamento de pré-natal, puericultura, avaliação nutricional e ainda cobertura vacinal. Sendo assim, em face do exposto, não é mais do que consistente a necessidade da ampliação do vínculo da equipe a essa população, com o intuito de prevenir doenças e promover a saúde.

O levantamento bibliográfico e o aprofundamento sobre temas como desnutrição, crescimento, políticas compensatórias, Programa Bolsa Família e protocolos de desnutrição, possibilitou o embasamento para a organização de uma proposta de intervenção que vem ao encontro das necessidades dessa parcela da população – uma população carente e em grande vulnerabilidade social – o que é preconizado pelo manual que norteia o PBF na saúde.

Mais importante do que a simples transferência de renda, para comunidades carentes, são o trabalho contínuo de educação, orientação, conscientização e a disponibilização de alimentos de alto índice nutricional. Ele será essencial para favorecer a modificação dos determinantes da saúde e da doença, mudando os paradigmas atuais da doença em prol da manutenção da saúde.

A vigilância e a criação de um vínculo longitudinal com esses indivíduos possibilitarão a redução dos altos índices de desnutrição nessa parcela da comunidade. O desenvolvimento de uma abordagem específica para essa população viabiliza a redução da desigualdade social hoje existente.

Para essas metas, a autora acredita ter dado uma contribuição, que será ampliada em seu trabalho cotidiano, junto à equipe de Saúde da Família e a comunidade, aplicando os

parâmetros propostos para o acompanhamento da saúde de famílias tão necessitadas. Ressalte-se, ao final, a necessidade de que todas as equipes de Saúde da Família e as unidades básicas de saúde atendam ao preceito legal de cumprir as condicionalidades do Programa Bolsa Família, especialmente as ligadas à educação e à saúde, o que pode contribuir a que tenham condições de não mais depender do Programa, mas exercer, com todos os direitos e deveres, os preceitos da cidadania plena.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, M.; RISSIN A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, 19 (supl.1), p: S181-S191, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019. Acesso em: 27nov2010.

BARBOUR, V. et al. Scaling up International Food Aid: Food Delivery Alone Cannot Solve the Malnutrition Crisis. **PloS Medicine** Vol.5 (11), p: e235, 2008. Disponível em: <http://www.cepis.org.pe/texcom/nutricion/50235.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Saúde. **BH viva criança. compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente**. 2004. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/agendadacrianca.pdf>. Acesso em: 10dez2010.

BISCEGLI, T.S.; POLIS, L.B.; SANTOS, L.M.; VICENTIN, M. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev. Paul. Pediatr.** v.25(4), p.337-42, 2007. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0035.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

BOSE, K.; BISAI, S.; CHAKRABORTY, J; DATA NANDINI AND BANERJEE P. Extreme Level of Underweight and Stunting Among Pre-Adolescent Children of Low Socioeconomic Class from Madhyamgram and Barasat, West Bengal, India. **Coll. Antropol.** v.32, p. 73-77, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18494191>. Acesso em: 27nov2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da Criança – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Brasília –DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 27nov2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. p.69, 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 10dez2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 10dez2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia **PNDS 2006. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório**. Brasília, DF. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf. Acesso em: 2jan2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde** – 3ª. ed. – Brasília, 2009. Disponível em: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/documentos_bfa/MANUAL_PBF_BOLSAFAMILIA_SAUDE 2009.PDF. Acesso em: 27nov2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Bolsa Família**. 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 29 dez2010.

BRINK, A.J. Poverty and Human Development A Perspective on Cardiovascular Disease *in* Sub-Saharan Africa. **Cardiovascular Journal of Africa**. v.18(5), p: 281, 2007. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/cardio1/cardio1_v18_n5_a1.pdf. Acesso em: 27nov2010.

BUSTOS, P.; MUNOZ, S.; VARGAS, C.; AMIGO, H.. Evolution of the Nutritional Situation of Indigenous and Non-indigenous Chilean Schoolchildren. **Annals of Human Biology**. v.36 (3), p:298-307, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19296262>. Acesso em: 27nov2010.

CARVALHO, N.M. *et al.* Seguimento de crianças com desnutrição moderada ou grave em população periférica (Brasil). **Rev. Saúde Publ. São Paulo**, 26(4), p.223-8, 1992. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v26n4/03.pdf>. Acesso em: 05dez2010.

CASTINEIRA, B.R.; NUNES, L.C.; RUNGO, P. Impacto de Los Programas de Transferencia Condicionada de Renta sobre El Estado de Salud: El Programa Bolsa Familia de Brasil. **Rev. Esp. Salud Publica**. vol.83, p: 85-97, 2009. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272009000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 27nov2010.

COLOMBATTI, R. *et al.* A Short- term Intervention for the Treatment of Severe Malnutrition *in* a Post-conflict Country: Result of a Survey *in* Guines Bissau. *Public Health Nutrition* 11(12), p 1357-1364, 2008 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18652716>. Acesso em: 27nov2010.

CORRÊA, E. J. *et al.* O Atendimento pela Equipe de Saúde. *In*: LEÃO, E. *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 4º Ed. Belo Horizonte. Coopmed, 2005, p. 34-156.

CRUZ, L.B. *et al.* Estado Nutricional e Fatores de Risco para Desnutrição no Atendimento Nutricional Pediátrico da Admissão Hospitalar. **Rev HCPA**, 29(3), p. 194-199 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/8576/6926>. Acesso em: 05dez2010.

FIGUEIRAS, A.C *et al.* **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI**. Washington, DC: OPAS, 2005. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf. Acesso em: 27nov2010.

FIGUEIREDO FILHO, P.P. *et al.* Desnutrição *in*: LEÃO, E; *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 4º Ed. Belo Horizonte. Coopmed, 2005.

GOULART, E.M.A. *et al.* Avaliação do Crescimento *in*: LEÃO, E. *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 4º Ed. Belo Horizonte. Coopmed, 2005, p.134-156.

GOULART, L.M.H.F.; VIANA M.R.A. **Saúde da criança e do adolescente. Agravos nutricionais**. Coopmed Cooperativa Médica, 2008. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1571.pdf>. Acesso em: 04dez2010.

HABICHT, J.P. *et al.* Height and weight standards for preschool children. How relevant are ethnics differences *in* growth potencial? **Lancet**, n.1, p.661-4, 1974. *Apud* BRASIL, Ministério da Saúde - Saúde da Criança – **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Brasília. 2002, p: 11-27. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 27nov2010.

HALPERN, R. *et al.* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria** - v. 76, n.6, p. 421-425, 2000. Disponível em: http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/vol41_2/html/port%201.pdf Acesso em: 27nov2010.

HEIRD, W.C. Food Insecurity, Hunger and Undernutrition. Cap.43, *in*: KLIEGMAN, R.M. *et al.* **Nelson Textbook of Pediatrics**. 18ª. Ed. Philadelphia. Elsevier 2008.

HELTBERG, R. Malnutrition, poverty and economic growth. **Health Economics**, v.18 (supl.1), p: S77-88, 2009. Disponível: <http://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v18y2009is1ps77-s88.html> Acesso em: 04dez2010.

KLIEGMAN, R.M. *et al.* **Nelson Textbook of Pediatrics**. 18ª. Ed. Philadelphia. Elsevier 2008.

LINDGREN, A C.R, ALMEIDA V.M.R. **Saúde da Família: Cuidando de crianças e adolescentes**. 1º Ed. Coopmed, p: 135-143, 2003.

LEÃO, E; *et al.* **Pediatria Ambulatorial**. 4º Ed. Belo Horizonte. Coopmed, 2005.

LIMA, A.L.L. *et al.* Avaliação antropométrica do estado nutricional de crianças e mulheres em idade fértil. *in*: BRASIL. **PNDS 2006. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório**. Brasília, DF. 2008, p.193-198. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf. Acesso em: 02jan2011.

MACCHIAVERNI L.M.L.; BARROS FILHO A.A. Perímetro Cefálico: por que medir sempre. **Medicina, Ribeirão Preto**, 31: 595-609, out./dez. 1998. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/1998/vol31n4/perimetro_cefalico.pdf. Acesso em: 09dez2010.

MARTINS, I.S., *et al.* Pobreza Desnutrição e Obesidade: Inter-relação de Estados Nutricionais de Indivíduos de uma Mesma Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12(6), p. 1553-1565, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600017. Acesso em: 11dez2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Oficina 1: Análise da Atenção Primária à Saúde. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**, Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, SMSBH, SESMG p. 62, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Oficina 3: Territorialização e Diagnóstico local. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**, Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, SMSBH, SESMG p. 46-51, 2010.

MONTE, C.M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J. Pediatr.** v 76(supl.3), p.S285-S297, 2000. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1556.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

MONTEIRO, C.A. Critérios Antropométricos no Diagnóstico da Desnutrição em Programas de Assistência à Criança. **Rev. Saúde Publ., São Paulo**, v: 18, p: 209-217, 1984 Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v18n3/02.pdf>. Acesso em: 09dez2010.

MUSSEN, P.H. *et al.* Desenvolvimento e personalidade da criança. 3ª. Ed. São Paulo, 1991. *Apud* FIGUEIRAS, A.C *et al.* **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI**. Washington, DC: OPAS, 2005. Disponível em: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf. Acesso em: 27nov2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1995. *Apud* BRASIL, Ministério da Saúde - **Saúde da Criança – Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Brasília. 2002, p: 11-27. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 27nov2010.

PICOLI, R.P.; Carandina, L.; Ribas, D.L.B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 22(1):223-227, jan, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/25.pdf>. Acesso em 05dez2010.

RICCETTO, A.G.L.; *et al.* Complicações em crianças internadas com pneumonia: fatores socioeconômicos e nutricionais. **Rev. Assoc Med. Brás.** v. 49(2), p: 191-195, 2003. Disponível: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0023.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

RUBEN, A.R. (2009). Undernutrition and Obesity *in* Indigenous Children: Epidemiology, Prevention, and Treatment. **Pediatr. Clin. N. Am.** v. 56, p: 1285-1302, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19962022>. Acesso em: 27nov2010.

SILVA, C.M. *et al.* **Avaliação do Crescimento** *in*: LEÃO, E. *et al.* *Pediatria Ambulatorial*. 4º Ed. Belo Horizonte. Coopmed, 2005, p.161-180.

SOUZA, A.L.M. **Programa de Transferência Condicionada de Renda e seu Impacto sobre o Estado Nutricional de Crianças e Adultos na Região Nordeste do Brasil**. Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo FCF/FEA/FSP, 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=525234&indexSearch=ID. Acesso em: 27nov2010.

SCHWEIGERT, I.D; SOUZA, D.O; PERRY M.L. Desnutrição, maturação do sistema nervoso central e doenças neuropsiquiátricas. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 22(2), p: 271-281, mar./abr., 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=517450&indexSearch=ID>. Acesso em: 27nov2010.

VALLE, N.J.; SANTOS, I.S; GIGANTE, D.P. Intervenções nutricionais e crescimento infantil em crianças de até dois anos de idade: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, v. 20(supl.6), p: 1458-1467, 2004. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0035.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo família e comunidade. Belo Horizonte.** UFMG/NESCON, p.34-40, 2009. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>. Acesso em: 27nov2010.

VIANA, M.R. *et al.* **Atenção à Saúde da Criança.** 1ª Ed. Belo Horizonte. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, p: 85, 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>. Acesso em: 04dez2010.

WACHS, T.D. Multiple Influences on Children's Nutritional Deficiencies: A Systems Perspective. **Physiology & Behavior**. v. 94, p: 46-60, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222500>. Acesso em: 27nov2010.

APÊNDICE A

Ficha de Acompanhamento de crianças do Programa Bolsa Família

Data:							
Nome:							
Data de nascimento:			Data primeiro contato:			Idade:	
Nome da mãe/responsável:							
Número do prontuário:							
Endereço:							
Peso ao nascimento:							
Intercorrências durante a gestação:							
Gemelaridade:		Sim			Não		
Número de irmãos:				Ordem de nascimento:			
Irmão falecido com menos de cinco anos:				Sim		Não	
Aleitamento materno:		Exclusivo		Misto	Não	Duração:	
Idade do Desmame:							
Comorbidades:		Sim			Não		
Qual (is):							
Internações hospitalares repetidas:				Sim		Não	
Qual (is) o (s) motivo (s):							
Vários episódios de diarreia nos primeiros meses de vida:					Sim		Não
Outros casos de desnutrição na família:					Sim		Não
Quem:							
Data	Controle do crescimento				Controle de vacinação: em dia?		
	Peso	Estatura	IMC	Avaliação	Sim (cartão)	Sim (sic)	Não