

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

ANA LUISA GOMES MENDES

**TRABALHANDO COM GRUPOS OPERATIVOS NO COMBATE À
DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

MONTES CLAROS/MG

2014

Ana Luisa Gomes Mendes

**TRABALHANDO COM GRUPOS OPERATIVOS NO COMBATE À
DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dra. Anézia Moreira Faria
Madeira

Montes Claros/MG

2014

Ana Luisa Gomes Mendes

**TRABALHANDO COM GRUPOS OPERATIVOS NO COMBATE À
DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Drª. Anézia Moreira Faria Madeira (Orientadora)

Prof.

Data de aprovação: ____/____/____

Montes Claros / MG
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, que está acima de todas as coisas e que me capacita a cada dia. A minha família, base e porto seguro em todas as horas. Aos colegas da equipe de saúde de São João do Pacuí/MG, que foram parceiros e incentivadores.

AGRADECIMENTOS

A minha família, namorado e amigos, que foram meios de estímulo, de diversas formas, para que a conclusão desta Especialização fosse possível.

Ao meu supervisor do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, Prof Mariano Fagundes Neto Soares, pelo seu compromisso e competência admiráveis, e também pelo incentivo a buscar novas perspectivas em minha vida profissional.

A minha orientadora Prof^a Dr^a. Anézia Moreira Faria Madeira, pelos experientes esclarecimentos e direcionamentos disponibilizados em prol deste trabalho.

E especialmente a Deus, que prepara os caminhos e conduz cada um ao melhor de si.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF – Equipe de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ACS – Agente Comunitário de Saúde

GO – Grupo Operativo

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

RESUMO

Este trabalho é uma proposta de intervenção para enfrentamento do risco nutricional de crianças de zero a dois anos assistidas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, do município de São João do Pacuí, MG. A proposta surgiu após ter identificado declínio persistente na qualidade da saúde nutricional das crianças assistidas, notadamente quanto às curvas de peso e estatura. Correlacionou-se essa evidência com problemas como desemprego dos responsáveis legais, violência familiar, incoerência dos hábitos e estilos de vida, nível precário de informação, estrutura insuficiente dos serviços de saúde e má organização dos processos de trabalho das equipes de saúde. Após revisão bibliográfica, e usando como base a teoria de Grupos Operativos de Pichon-Rivière, foi elaborada a proposta de utilização dessa ferramenta para melhoria do controle do risco nutricional infantil. O Grupo Operativo é multidisciplinar e contempla tanto ações em saúde como educação em saúde para a população. O cenário da atividade será composto por quatro estações: estação (1) ACS, estação (2) equipe de enfermagem, estação (3) médico de família, estação (4) nutricionista. Cada profissional ficará responsável pela organização da sua estação para que iniciem as atividades. A equipe de saúde da família envolvida no processo admite a importância da implantação do Grupo Operativo e reconhece que só há efetiva Atenção Integral à Saúde da Criança quando todos os membros da equipe de saúde se encontram engajados e buscando melhorias constantes da qualidade do cuidado às crianças, considerando sempre o contexto social no qual estão inseridas.

Palavras-chave: Desnutrição infantil. Avaliação nutricional. Grupo operativo. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This work is a proposal for intervention for coping with nutritional risk of children aged zero to two years assisted by a team from the Family Health Strategy, in São João do Pacuí, MG. The proposal came after identifying persistent decline in the quality of the nutritional health of children assisted, notably in regard to the curves of weight and height. Correlated this evidence with problems like unemployment guardians, family violence, inconsistency of habits and lifestyles, poor level of information, inadequate structure of health services and poor organization of work processes of health teams. After literature review, and using as a basis the theory of Operating Groups Pichon - Rivière, was drafted the proposal to use this tool for improved control of childhood nutritional risk. The Operational Group is multidisciplinary and includes both health actions such as health education for the population. The activity scenario will consist of four stations: (1) ACS station, (2) team nursing station, (3) family physician station, (4) nutritionist station. Each professional will be responsible for organizing its station to initiate activities. The family health team involved in the process admits the importance of the implementation of the Operative Group and recognizes that there is only effective Integral Attention to Children's Health when all members of the healthcare team are engaged and looking for steady improvement in the quality of care for children always considering the social context in which they operate.

Keywords: Child malnutrition. Nutritional assessment. Operational groups. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVO	14
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
4.1 O contexto de estudo.....	15
4.2 Desnutrição.....	15
<i>4.2.1 Definição e classificação da desnutrição e avaliação do risco nutricional....</i>	<i>15</i>
<i>4.2.2 Epidemiologia da desnutrição</i>	<i>16</i>
<i>4.2.3 Consequências da desnutrição</i>	<i>17</i>
<i>4.2.4 Políticas públicas e estratégias de saúde para combate à desnutrição</i>	<i>18</i>
5 METODOLOGIA	20
5.1 Orientação Metodológica.....	20
5.2 Elaboração da proposta.....	21
6 O GRUPO OPERATIVO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	23
6.1 Fundamentos da proposta	23
6.2 Implantação do Grupo Operativo.....	24
6.3 Avaliação e acompanhamento da proposta.....	26
6.4 Orçamento	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Ao cursar a disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tive clareza do meu foco de estudo. Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) que atende a área urbana, do município de São João do Pacuí, Minas Gerais, realizado em julho de 2013 na disciplina, me foi possível identificar problemas como altas taxas de etilismo crônico, altos índices de Leishmaniose Tegumentar Americana, risco cardiovascular aumentado, acúmulo de lixo em lotes e ruas, desemprego, falta de saneamento básico, altos índices de doença respiratória na infância e alto risco nutricional da população infantil, expresso por meio do ganho de peso e estatura insuficientes.

Reconhece-se a magnitude dos problemas apontados, entretanto, e, ao mesmo tempo, entendemos que o enfrentamento da maioria depende de políticas públicas, mobilizações sociais estratégicas, assim como interesse por parte da comunidade e dos governantes.

Por conseguinte, optei por intervir sobre o alto risco nutricional na população infantil do município, considerando a afinidade profissional com a temática e a relevância do assunto.

Foi observado pela enfermeira e pela médica dessa equipe (a autora deste trabalho), em seus respectivos atendimentos individuais, um declínio persistente na qualidade da saúde nutricional das crianças assistidas, notadamente quanto às curvas ponderoestaturais. Aproximadamente um quinto da população de zero a dois anos completos atendida pela ESF urbana apresentava algum grau de déficit nutricional, em função de problemas como desemprego dos responsáveis legais, violência familiar, hábitos e estilos de vida inadequados, nível precário de informação, estrutura insuficiente dos serviços de saúde e má organização dos processos de trabalho das equipes de saúde (SÃO JOÃO DO PACUÍ, 2010).

A avaliação do estado nutricional configura-se como ferramenta básica e primordial para avaliação das condições de saúde da população infantil, em função

da constante influência do perfil nutricional sobre a morbimortalidade infantil e as progressões de seu crescimento e desenvolvimento. Diversos estudos corroboram a relação entre o perfil nutricional e as realidades socioeconômicas a que as crianças estão expostas (FISBERG; MARCHIONI; CARDOSO, 2004).

O monitoramento do risco nutricional deve ser ainda mais intensivo nos primeiros anos de vida, já que este é o período de maior vulnerabilidade a agravos não apenas nutricionais como também infecciosos e ambientais (MASSONI *et al.*, 2007).

A avaliação do estado nutricional, segundo Mello (2002, p.357), “tem por objetivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, visando estabelecer atitudes de intervenção”.

Neste trabalho, foi escolhida como ferramenta metodológica a utilização de Grupos Operativos (GO) voltados para crianças com risco nutricional, visto que oferecem grande potencial de aplicabilidade e ainda alto grau de sistematização dos processos de trabalho (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

A Atenção à Saúde da Criança tem como finalidade criar subsídios para que a população infantil tenha atendimento prioritário por meio do aumento da cobertura e melhoria da qualidade da assistência, levando assim à diminuição da morbimortalidade infantil. Uma boa assistência à criança, através de ações planejadas e sistematizadas, é a maneira mais efetiva de se prevenir alterações em seu crescimento e desenvolvimento. Estas alterações podem ser causa ou consequência de várias patologias, as quais precisam ser acompanhadas pela equipe de Saúde da Família de forma coordenada e contínua.

Dessa forma, considerando as consequências geradas pelo déficit nutricional, notadamente sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, torna-se necessário propor ações viáveis a fim de que a ESF urbana do município de São João do Pacuí intervenha sobre tal problema.

3 OBJETIVO

Reduzir, por meio de uma proposta de intervenção que utiliza a metodologia dos Grupos Operativos, o risco nutricional das crianças de 0 a 2 anos assistidas pela ESF urbana do município de São João do Pacuí/MG.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 O contexto de estudo

O município de São João do Pacuí, criado pela Lei Estadual nº 12.030 de 25 de Dezembro de 1995 (SÃO JOÃO DO PACUÍ, 2010), está situado na região norte do Estado de Minas Gerais, na área mineira do Polígono das Secas, fazendo limites com os municípios de Coração de Jesus, Brasília de Minas e Campo Azul. Este município apresenta 4.060 habitantes, população predominantemente rural, e problemas como altas taxas de desemprego e analfabetismo, além de condições precárias de saneamento básico e tratamento da água (IBGE, 2010).

Quanto aos serviços de saúde, São João do Pacuí, pertencente à Região de Saúde Coração de Jesus, apresenta duas equipes de Saúde da Família (ESF): uma urbana e outra rural. A ESF urbana está alocada na mesma sede da Unidade Básica de Saúde (UBS), contemplando atividades de assistência médica e cuidados de enfermagem (em regime de agendamento e livre demanda), cuidados odontológicos, fonoaudiológicos, fisioterápicos, nutricionais e psicológicos.

Na área de abrangência da ESF urbana residem 662 famílias, o que totaliza 2.100 pessoas. Parcela importante dos trabalhadores é autônoma ou desempregada que se mantém através de benefícios financeiros do Governo Federal (SÃO JOÃO DO PACUÍ, 2010).

4.2 Desnutrição

4.2.1 Definição e classificação da desnutrição e avaliação do risco nutricional

A desnutrição, a qual se encontra mais corretamente definida como as deficiências nutricionais (já que há diferentes tipos de desnutrição), determina patologias consequentes do aporte insuficiente de alimentos e, conseqüentemente, de energia e nutrientes, com a denominação de desnutrição primária; ou em algumas situações, quando existe aproveitamento biológico insuficiente do que é ingerido, comumente em função de doenças, como as infecciosas, o que define a desnutrição secundária (MONTEIRO, 2003).

Pode-se defini-la como uma doença de natureza clínico-social determinada por múltiplos fatores, os quais interagem entre si, perpetuando e acentuando todo este processo patológico (ARRIBA, 2004).

Muitas das manifestações clínicas associadas à desnutrição são potencialmente reversíveis, se abordadas precocemente. Quando o processo de desnutrição é desencadeado, primeiramente é verificado o comprometimento do peso para a estatura e do peso para a idade. Após períodos maiores, ocorre limitação do desenvolvimento global, afetando a estatura para a idade, determinando a desnutrição crônica (ALVES *et al.*, 2011).

A população infantil bastante vulnerável às deficiências nutricionais, constituindo-se importante grupo de risco e o principal indicador para o estudo da desnutrição de uma população, o que justifica os cuidados com a saúde infantil estarem entre as ações prioritárias do Ministério da Saúde, assim como de todas as esferas de poder – federal, estaduais e municipais (ALMEIDA *et al.*, 2013).

O risco nutricional deve ser avaliado pela combinação de estado nutricional atual e da gravidade das doenças ou contextos preexistentes e deve ser identificado por uma triagem em busca de fatores que, se presentes, colocam o paciente em

risco de desnutrição e de apresentar complicações relacionadas a ela (PRADO *et al.*, 2010).

4.2.2 Epidemiologia da desnutrição

A prevalência de desnutrição mensurada pelo indicador de estatura para a idade em crianças menores de cinco anos foi demonstrada por um grande estudo denominado Nation Master, que compilou os dados de pesquisas nacionais mais atuais de 145 países do mundo. Os piores percentuais de desnutrição foram encontrados na população infantil africana. As crianças brasileiras encontram-se na trigésima sexta posição entre os países apresentados (ALVES *et al.*, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no território nacional foi computada uma prevalência de desnutrição por déficit de estatura em 10,5% dos menores de cinco anos. Porém é válido falar da notável discrepância dos valores ao se comparar as diversas regiões do Brasil, com variações de 18% no Nordeste a 5% no Sul. Também foi identificado que o indicador de estatura para idade é o mais capaz de retratar o comprometimento nutricional desta população, esclarecendo que a desnutrição infantil brasileira é predominantemente crônica (IBGE, 2007).

Segundo Prado (2010), a desnutrição ainda vem se mantendo como a segunda causa de morte mais comum nos menores de 5 anos em países em desenvolvimento, com uma taxa de óbito das crianças gravemente desnutridas de aproximadamente 20 a 30%, medida apontada durante a abordagem terapêutica em serviços de saúde de tais países. Nos últimos cinquenta anos, essas porcentagens têm se conservado iguais, ajustando-se a um valor 4 a 6 vezes mais alto que a taxa de 5%, entabulada como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Contrapondo a evolução econômica e social auferida pelo Brasil no século XXI, ainda se manifestam epidemiologicamente situações como: elevados índices de baixo peso ao nascer; mortalidade infantil; desnutrição energético-proteica; anemia

nutricional; nanismo nutricional; doenças infecto-parasitárias e outras manifestações orgânicas oriundas do processo de exclusão social (CAMILO et al., 2011).

4.2.3 Consequências da desnutrição

As conseqüências da desnutrição para a fisiologia de uma criança superam as questões relativas ao comprometimento de uma evolução ponderoestatural satisfatória. A criança desnutrida, por causa de sua pouca resistência imunológica, está mais vulnerável às intercorrências clínicas (sobretudo doenças infecciosas pulmonares, intestinais, digestivas) comparativamente a outras crianças que não possuem tal perfil nutricional (LEAL, 2004).

A desnutrição infantil também está vinculada ao maior risco de mortalidade precoce, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, pior aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na vida adulta (LIMA *et al.*, 2010).

4.2.4 Políticas públicas e estratégias de saúde para combate à desnutrição

As primeiras tentativas para enfrentamento da desnutrição como questão de saúde pública mundial começaram no período pós-guerra e consistiam principalmente do aumento da oferta alimentar. Os resultados foram desapontadores, uma vez que a abordagem da desnutrição era feita de forma isolada de outros esforços de assistência social e desenvolvimento, o que não atingia as reais causas do problema (FAO, 1980).

Em 1978, em Alma-Ata, foi escolhido o enfoque de atenção primária à saúde para todos no ano 2000, incluindo a promoção de nutrição adequada. Assim, as táticas usadas pelo setor de saúde na profilaxia da desnutrição começaram a ser claramente definidas. A OMS estabeleceu como responsabilidades do setor de saúde, na alimentação e nutrição: a) definição e análise do problema nutricional; b)

promoção e participação em estratégias e programas multissetoriais de alimentação e nutrição; e c) implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional (WHO, 1998).

Em muitos países, programas bem planejados e bem embasados de atenção primária à saúde começaram a modificar o perfil da nutrição infantil (WHO, 1981). No Brasil, corroborando com o alvo do governo de reduzir em 50% a prevalência das desnutrições moderada e grave até o ano 2000, assumido na Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Ministério da Saúde vem fazendo esforços para promover a nutrição e reduzir a mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 1996). Na busca de ampliar o acesso da população a essas ações, foram aplicados sucessivamente, a partir dos anos 90, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e, em conjunto com a OMS/OPS, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (BRASIL, 1997). Para assegurar um maior controle e acompanhamento da segurança alimentar e dos problemas relacionados à nutrição (em especial desnutrição e obesidade) e dos impactos da transição nutricional, foi implantado também o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (MONTE, 2000).

Outra importante estratégia governamental estabelecida para auxílio à renda e combate à desnutrição é o Programa Bolsa Família. Este programa foi produzido com a meta da tentativa do combate à fome e à pobreza das famílias brasileiras, através da transferência direta de renda. Espera-se que dessa complementação econômica decorra, também, a melhoria do estado nutricional das crianças cadastradas (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Nota-se, através do estudo do perfil nutricional brasileiro, que a evolução concomitantemente benéfica do poder aquisitivo familiar, do nível educacional materno, do acesso aos serviços de saneamento e de assistência à saúde e dos antecedentes reprodutivos das mães explica uma parte considerável do declínio na prevalência da desnutrição infantil (LIMA *et al.*, 2010).

O triunfo certo sobre a desnutrição infantil está subordinado não só à manutenção do crescimento econômico e das políticas de redistribuição de renda

como também de aplicações, ainda não totalizadas, no acesso de todos os brasileiros à educação, saúde e saneamento (MONTEIRO *et al.*, 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 Orientação metodológica

Trata-se de uma proposta de intervenção que utiliza grupos operativos voltados para crianças com risco nutricional.

Os Grupos Operativos (GO) começaram a ter notoriedade na assistência à saúde a partir de 1970, em função de seu grande potencial de sistematização e aplicabilidade (FERNANDES, 2007).

Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, foi quem criou, na década de 1940, a teoria do GO. Pichon-Rivière (2000, p.44) define grupo como: “um conjunto de pessoas ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna e que se propõe, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo para isso em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si”.

Este autor também descreve a estrutura dos grupos através da definição dos três “Ds” (depositado, depositante e depositório). Nesta definição, o depositante coloca (o depositado) sua característica em alguém (o depositório), pois que não pode assumi-la.

A teoria dos grupos de Pichon-Rivière é embasada nas idéias de verticalidade e horizontalidade, sendo a verticalidade o indivíduo que enuncia algo sobre si mesmo e a horizontalidade quando o mesmo denuncia uma característica grupal. Utiliza ainda uma estrutura dinâmica, a qual denomina de *vínculo*. O vínculo é definido como uma complexa estrutura, abrangendo um sujeito, um objeto, e sua interação dinâmica com processos de comunicação e aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

De acordo com Osório (2003), o grupo, também chamado de sistema humano, define toda massa de indivíduos, capazes de se identificarem em suas especificidades e que se interagem mutuamente, compartilhando objetivos.

Dessa forma, de acordo com os conceitos explicitados como base e considerando o risco nutricional a que a população infantil foco deste estudo está exposta, deu-se a proposta de intervenção.

5.2 Elaboração da proposta

O projeto do grupo operativo foi criado pela autora deste trabalho, médica da ESF da área urbana do município de São João do Pacuí, juntamente com a enfermeira da mesma equipe, ao se depararem com problemas resultantes da má nutrição das crianças atendidas, como: baixo peso, baixa estatura, hipovitaminoses e baixo desenvolvimento neuropsicomotor.

Assim, o GO de Avaliação Nutricional é uma estratégia que tem como objetivo acompanhar mensalmente as crianças de 0 a 2 anos adscritas ao território em questão, dando enfoque no acompanhamento das curvas ponderoestaturais e no monitoramento do crescimento e desenvolvimento, além dos hábitos de vida que podem aumentar o risco nutricional, como sono, padrão alimentar (nos aspectos quantitativo e qualitativo), higiene, aleitamento materno, imunizações, dentre outros.

A construção da proposta envolveu duas etapas: revisão de literatura, para embasamento teórico, e a definição dos atores e do conteúdo da proposta. A revisão da literatura englobou, além da utilização dos conceitos de Pichon-Rivière, o estudo sobre a desnutrição e suas peculiaridades. Foram consultados artigos relacionados à saúde da criança e à desnutrição infantil, e recomendações do Ministério da Saúde (MS) nas bases de dados da Bireme, SciELO e Lilacs, e no site do MS. Além disso, foram utilizadas referências do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG.

De forma simultânea à revisão de literatura, iniciou-se a formação de uma equipe multidisciplinar, para melhor aproveitamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e de seus conhecimentos, estabelecendo o exercício da integralidade da atenção.

Os profissionais utilizados na proposta são: uma médica (autora do trabalho), a enfermeira da equipe, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde e uma nutricionista. Também foi definido o cronograma de implantação, os dias do mês em que o grupo será realizado e sua periodicidade.

O grupo será esquematizado em estações. Cada estação terá um profissional com sua respectiva abordagem e ação. A coordenação ficará sob responsabilidade da enfermeira. A proposta já foi discutida com a equipe de Coordenação da Atenção à Saúde Primária do município e já foi autorizada a sua implantação.

Para organização e infraestrutura dos grupos buscou-se seguir as orientações de Munari e Furegato (2003), nas quais os Grupos devem articular ferramentas de divulgações, ações atrativas para os pacientes, espaço físico coerente, equipe capacitada, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, cronograma e modo de condução (oficinas, debates, discussão ou palestras).

6 O GRUPO OPERATIVO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

6.1 Fundamentos da proposta

Para Dias, Silveira e Witt (2009, p.222):

o trabalho de grupos na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma alternativa promissora de estruturação para as práticas assistenciais. Através dos grupos, o aprimoramento dos envolvidos é estabelecido, não só no aspecto pessoal como também no profissional, por meio da valorização e reconhecimento de todos os saberes e da possibilidade de intervir criativamente no processo de saúde-doença". As autoras ainda complementam que "cabe aos trabalhadores e aos usuários, a partir de seus próprios desejos e interesses, se apoiado em uma teoria sobre a produção de saúde, tratarem de construir projetos e de levá-los à prática.

Além disso, trabalhar com grupos significa aproveitar o tempo de forma mais eficaz, reunir um grupo profissional multidisciplinar em uma mesma ação, estimular e introduzir a parte educativa. É uma ferramenta importante para a equipe de saúde, já que pode usá-la para esclarecimento aos pacientes, desde situações simples até outras mais complexas. Segundo Torres, Hortale e Schall (2003), as ações educativas em saúde oferecem a oportunidade do ensinamento de uma prática consciente de atitudes preventivas ou promotoras da saúde. São essas atitudes que elevam as chances de controle das doenças, de reabilitação e estabelecimento de decisões que permitam uma vida saudável. Este processo é facilitado pelo uso da metodologia dos grupos operativos.

O MS, inclusive, propõe como estratégia da assistência à saúde o vínculo dos profissionais com a comunidade, estreitando os laços, fortalecendo as relações, aumentando a confiança e, como consequência, favorecendo o êxito das ações em saúde realizadas pela equipe. Assim, quando se refere de um grupo na faixa etária pediátrica, uma das principais finalidades do grupo é estreitar o vínculo da família da criança com a equipe (BRASIL, 2004).

O acompanhamento mensal da criança facilita à equipe a rápida identificação de problemas no seu desenvolvimento e, se necessário, a intervenção ágil e apropriada ao caso, corrigindo em tempo hábil para prevenção de seqüelas futuras. Por exemplo, a abordagem precoce da criança com risco nutricional previne os inúmeros agravos nutricionais, notadamente a desnutrição calórica e protéico-calórica (GOMES, 2011).

Por conseguinte, a proposta de intervenção por meio de um GO para enfrentamento do risco nutricional de crianças possibilitará o trabalho multiprofissional, o estreitamento dos vínculos entre equipe de saúde e comunidade, e também é uma maneira de manter uma agenda sistematizada de atuação nos agravos infantis, facilitadores ou consequentes do alto risco nutricional na faixa etária estabelecida.

6.2 Implantação do grupo operativo

O cenário da atividade será composto por quatro estações: Estação (1) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Estação (2) Equipe de Enfermagem; Estação (3) médico de família; Estação (4) nutricionista. A ação será planejada para a primeira terça-feira de cada mês, no período da tarde, com os agentes comunitários convidando as crianças de 0 a 2 anos de idade. A atividade será realizada na Própria sede de atuação da ESF. A figura abaixo, esquema criado pela equipe, explicita o cenário e os diferentes papéis dos atores da intervenção (Figura 1).

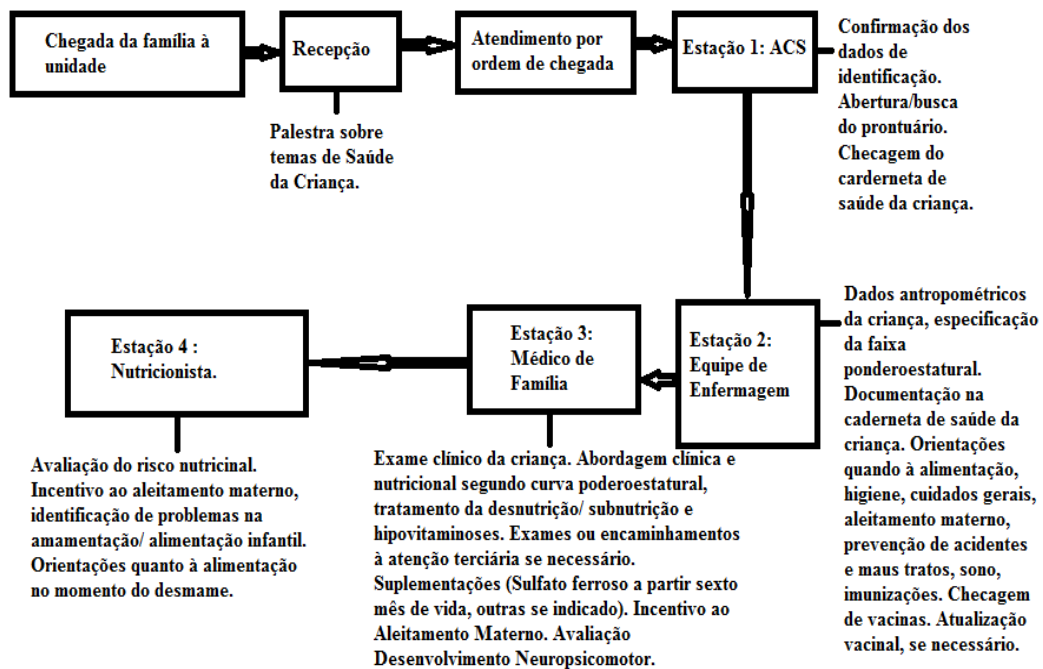


Figura 1 – Esquema das etapas do Grupo Operativo de Avaliação Nutricional proposto.

Cada profissional será responsável pela estruturação de sua estação, para que iniciem as atividades. As famílias serão organizadas por ordem de chegada e aguardarão na recepção da sede da ESF. A proposta inclui uma palestra no formato de exposição dialogada na sala de reuniões, com temas pertinentes à nutrição infantil e cuidados da criança, alternando os membros da ESF como palestrantes. Este momento servirá para abordagem técnica e troca de experiências entre os pais presentes e com a equipe de saúde.

Quando chamado, o acompanhante da criança virá com a mesma até à Estação 1 (ACS), onde serão confirmados os dados de identificação; o prontuário será aberto ou será selecionado, a caderneta de saúde da criança será checada, para complementação de dados pertinentes. Os ACS passarão por uma capacitação, realizada pela médica da equipe, nutricionista e enfermeira, abordando avaliação da saúde da criança, com enfoque na avaliação nutricional, combate à desnutrição e preenchimento correto da Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

Finalizada esta etapa, o familiar e a criança serão encaminhados à Estação 2 (Equipe de Enfermagem), onde serão recepcionados pela enfermeira e auxiliar de enfermagem. Serão medidos os dados antropométricos da criança e especificada a faixa ponderoestatural a que a criança se encontra, e registrado na CSC. Serão feitas orientações sobre cuidados gerais, alimentação, higiene, aleitamento materno, prevenção de acidentes e maus tratos, sono, imunizações etc. A checagem vacinal será realizada, com atualização vacinal na oportunidade, se for indicada. O aleitamento materno será encorajado em todas as estações.

Após esta etapa, passa-se para a Estação 3 (Médico de Família). Esse profissional conduzirá o exame clínico da criança, com abordagem nutricional segundo curvas ponderoestaturais da criança, tratamento da desnutrição/subnutrição e hipovitaminoses (de acordo com cada caso). Serão solicitados exames ou feitos encaminhamentos, se pertinente. Também será realizada avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e suplementação de ferro na faixa etária pertinente ou mediante indicação clínica.

Na Estação 4, o profissional será o nutricionista, realizando suas considerações, com ênfase no enfrentamento do risco nutricional (numa abordagem não só terapêutica, como também profilática), incentivo ao aleitamento materno, correção de vícios alimentares na infância, orientações e condutas quanto à alimentação no momento do desmame. A introdução de outros alimentos no sexto mês de vida é um assunto de difícil abordagem prática, já que as mães têm muitas dúvidas, principalmente no equilíbrio de macronutrientes, gerando dietas inapropriadas e associações inadequadas.

Ao sair da última estação, a mãe dirige-se novamente à primeira, para receber orientações sobre o próximo grupo operativo, garantindo assim a continuidade do cuidado.

6.3 Avaliação e acompanhamento da proposta

Após a anuência da coordenação da ESF, a equipe iniciou a implantação do grupo operativo, onde foram constatados resultados muito satisfatórios. As crianças identificadas como em alto risco nutricional (baixo peso, baixa estatura, deficiências nutricionais) foram abordadas de forma precoce e adequada; o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança passou a ser correto e padronizado. Houve queda da incidência de diarreia e infecções respiratórias e aumento das taxas de aleitamento materno.

Concluindo, é reconhecida a necessidade de uma forma de avaliação dos grupos operativos para o bom êxito da proposta. Considerando as orientações de Munari e Furegato (2003), não foi ainda planejado o embasamento para avaliação, por falta de experiência teórica de tal formalidade técnica. Porém, uma forma de avaliação pode ser estabelecida, por exemplo, através de questionários de satisfação aplicados aos participantes dos grupos.

6.4 Orçamento

Os custos previstos para essa proposta de intervenção foram de responsabilidade do município de São João do Pacuí.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de Grupos Operativos é uma alternativa interessante e promissora no contexto da APS, na medida em que aproxima a equipe de saúde do contexto social das famílias atendidas, fortalecendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade. Favorece ainda a construção de um conhecimento mais sólido sobre os cuidados em saúde, permitindo uma prática consciente de comportamentos preventivos e de promoção à saúde. O GO contextualiza a realidade complexa do exercício da Educação em Saúde, respeitando e valorizando as peculiaridades de cada ator envolvido.

A sistematização do atendimento com construção de agenda dos encontros mensais visa melhor acompanhamento das crianças, de seu comportamento no processo de crescimento e desenvolvimento, notadamente no que se refere às curvas ponderais e estaturais, identificando precocemente desacelerações patológicas do processo, assim como identificando outras deficiências ou fatores de risco para deficiências nutricionais.

Os profissionais envolvidos aguardam a análise da efetividade da proposta em longo prazo. A ESF urbana do município de São João do Pacuí admite os benefícios da implantação da proposta do GO no enfrentamento do risco nutricional infantil, e afirma que só há efetiva Atenção Integral à Saúde da Criança quando todos os membros da equipe de saúde se encontram engajados e envolvidos no processo, contribuindo com sua expertise e buscando melhorias constantes da qualidade do cuidado às crianças, considerando sempre o contexto social no qual estão inseridas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. M. *et al.* Acompanhamento e crescimento das crianças maranhenses com ênfase nas ações das equipes de saúde da família. **J Manag Prim Health Care**, v. 4, n. 2, p. 126-35. 2013.

ALVES, F. R. *et al.* Binômio Desnutrição e Pobreza: uma meta a ser vencida pelos países em desenvolvimento. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 744-57, jul/set. 2011.

ARRIBA, A. G. El hambre? Todavía existe? La malnutrición en el nuevo milenio. Um reto pendiente. **Revista Pediátrica Atenção Primária**, v. 6, n. 22, p. 249-61. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas governamentais para o ano 2000**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

_____.Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 80p.

CAMILO, S. M. B. *et al.* Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. **Revista APS.**, v. 14, n. 2, p. 224-228., abr./jun, 2011.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, v. 12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

FAO. Basic texts of the Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome: FAO; 1980.

FERNANDES, M. T. **O trabalho com grupos na Saúde da Família: concepções e estratégias para o cuidado transcultural**. 2007. Tese (doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FISBERG, R. M.; MARCHIONI, D. M. L.; CARDOSO, M. R. A. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 812-817, mai-jun. 2004.

GOMES, F. B. F. **Avaliação do impacto das intervenções no programa de acompanhamento das crianças no primeiro ano de vida na Estratégia de Saúde da Família Vila do Príncipe do município de Serro – MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, 2011. 40f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2692.pdf>>. Acesso: 09/01/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares (POF) 2002- 2003**. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. Rio de Janeiro; 2007. Extraído de [<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/pof/2003medidas/default.shtm>].

LEAL, V. R. H. **Representações sociais da desnutrição infantil para mães de crianças com baixo peso**. 2004. 140f. (Dissertação em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

LIMA, A. L. L. *et al.* Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 17-27. 2010.

MASSONI, A. C. L. T. *et al.* Fatores sócio-econômicos relacionados ao risco nutricional e sua associação com a frequência de defeitos do esmalte em crianças

da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2928-2937, dez. 2007.

MELLO, E. D. O que significa a avaliação do estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 357-358. 2002.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 285-297. 2000.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 48, p. 7-20. 2003.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43. 2009.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003.

OLIVEIRA, F. C. C. *et al.* Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiologia Serviços Saúde**, v. 20, n. 1, p. 7-18. 2011.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PRADO, R. C. G. *et al.* Desnutrição e avaliação nutricional subjetiva em pediatria. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 61-70. 2010.

SÃO JOÃO DO PACUÍ. **Plano Municipal de São João do Pacuí: 2010 a 2013**. Gerência Regional de Saúde, Montes Claros (MG), fev. 2010.

TORRES, H.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1039-1047, jul./ago. 2003.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.; SOARES, S. **Práticas educativas em atenção básica à saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. p.40-47.

WHO. **The role of the health sector in food and nutrition**. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series nº 667. Geneva: World Health Organization; 1981.

WHO. **Health for all in the 21st Century**. EB101/8. Geneva: World Health Organization, 1998.