A CRIANÇA DE RISCO NUTRICIONAL: AVALIAÇÃO DO GRÁFICO PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - SP

CARACTERIZATION OF THE CHILD WITH NUTRITIONAL RISK THROUGH THE EVALUATION OF THE GRAPH FOR ATTENDANCE OF THE GROWTH IN A BASIC HEALTH UNIT IN RIBEIRÃO PRETO

Daniela Silveira Gericó[1]
Dulce Maria Silva Vendrúsculo[2]

RESUMO

Foi realizado um estudo de seis crianças de até 36 meses de idade inscritas no Programa de Suplementação Alimentar de uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, onde a análise dos gráficos, as intercorrências de problemas de saúde e entrevistas com as mães, possibilitaram caracterizar a criança de risco nutricional, evidenciando-se baixos níveis de condição sócio-econômica, altas taxas de episódios infecciosos, baixo índice de peso e estatura para a idade e a ocorrência de desnutrição em diferentes graus em todas as crianças estudadas.

UNITERMOS: crescimento e desenvolvimento, suplementação alimentar, risco nutricional.

ABSTRACT

This study was realized with 6 children until 36 months of age enrolled in the Nourishing Suplementation Program of the Basic Health Unit in Ribeirão Preto where the analises of the growing, the intercurrencies of health problems and interviews with mothers allowed us to caracterize the child with nutritional risk showing low levels of social economical conditions, high levels of infectious episodes, low level of weigth and stature for the age and the occurrence of several levels of desnutrition in any children studied.

KEY WORDS: growth and development, nourishing supplementation, nutritional risk.

1 INTRODUÇÃO

A literatura brasileira tem evidenciado altas taxas de desnutrição em crianças menores de cinco anos. Esta é considerada como a deficiência de proteínas e/ou calorias que podem levar a um déficit do parâmetro pôndero-estatural e bioquímico a nível funcional, proporcionando um comprometimento do desenvolvimento neuro-psico-motor e anatômico (Marcondes,1971; Monteiro, 1988).

Segundo estudos do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN, 1990) sobre saúde e nutrição, 31% das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentam desnutrição, sendo que 5% destas sofrem de casos moderados ou graves. Mostra ainda, que a ocorrência de desnutrição nos seis primeiros meses de vida chega a 21,8%, sendo que 6% dos bebês manifestam casos moderados ou graves. Parte desta situação pode ser atribuída ao fato de que apenas a metade das crianças são amamentadas até o sexto mês. Após este período a prevalência de desnutrição aumenta gradualmente com a idade até os 24 meses, atingindo 32%. Este estudo utiliza as variáveis peso/altura/idade, de GOMEZ, como índices importantes na detecção de alterações nutricionais, sendo a desnutrição classificada como crônica ou aguda a partir desses índices (Brasil, 1990).

Marcondes (1985) apresenta o critério utilizado no Instituto da criança "Prof. Pedro de Alcântara" que baseia-se na utilização do gráfico para evolução do crescimento para detectar formas de desnutrição: as crianças cujos pesos encontram-se entre os percentis 25 e 2,5 do gráfico, apresentam casos leves/moderados de desnutrição; são desnutridas graves, as que têm peso inferior ao percentil 2,5. Nos estados crônicos de carência calórico-proteica, o organismo apresenta desaceleração (casos leves), interrupção (casos moderados) ou involução (casos graves) da evolução normal do crescimento.

1 Aluna do curso de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP - Bolsista FAPESP.

2 Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Orientadora

Para Ferreira et al. (1988) as restrições alimentares agudas terão reflexos imediatos sobre o peso, sendo este um indicador sensível para diagnosticar a desnutrição aguda ou crônica. As observações de déficits na estatura podem estar relacionadas a uma desnutrição crônica.

Monteiro (1988) em seu estudo sobre saúde e nutrição das crianças de São Paulo mostra que: 25,9% das crianças apresentam casos leves de desnutrição e 2,9% casos moderados, segundo classificação de GOMEZ; a desnutrição proteico energética e a anemia, condicionadas principalmente pelo nível sócio-econômico da população, ocorrem com freqüência, sendo que a desnutrição proteico energética ocorre em menor proporção em crianças de um ano e a anemia em todas as faixas etárias estudadas; o leite materno, importante fonte de ferro e proteínas, é oferecido para a maioria das crianças apenas até o quarto mês de vida. O consumo da carne se faz por 53,2% das crianças estudadas após o primeiro ano de vida.

Na avaliação da criança com risco à desnutrição, faz-se necessária uma identificação dos fatores relacionados ao mesmo. Crianças em circunstâncias ambientais desfavoráveis, não amamentadas desde o nascimento, desmamadas precocemente, que apresentam episódios infecciosos constantes, dieta insuficiente, problemas de ordem psicossociais ou que fazem parte de determinados padrões culturais, formam um grupo de de alto risco à desnutrição (Monteiro,1988; Marcondes,1992).

Como fatores de risco ao estado de saúde da criança nos países em desenvolvimento, Morley (1980) aponta outras variáveis, como: o peso e estatura dos pais; organização familiar; religião; escolaridade e ocupação dos pais; número de natimortos na família; peso ao nascer; parto gemelar e doenças no primeiro ano de vida. No atendimento às crianças consideradas de "alto risco", este autor sugere algumas medidas caracterizadas como cuidados especiais: incentivar o comparecimento regular ao serviço para supervisão do peso; imunização precoce e tratamento de infecções; controle da alimentação e suplementação de acordo com a avaliação do ganho ponderal; visitas domiciliares; instalação de centros de reabilitação nutricional e encaminhamento à unidade hospitalar das crianças com poucas possibilidades de recuperação. A utilização do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento nestes serviços, tem como objetivo a assistência à saúde da criança de forma contínua e global, constituindo-se num método mais eficiente de prevenção e controle da desnutrição na comunidade.

A avaliação do estado nutricional da criança e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constituem metas fundamentais dos programas de vigilância, que vêm sendo implantados por diversos países, inclusive o Brasil, nas últimas duas décadas, contando com o apoio técnico e incentivo de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Panamericana de Saúde. Como indicadores para essa avaliação, é recomendada a utilização de dados antropométricos, como: peso ao nascer, idade, peso e altura. A avaliação do crescimento a partir desses indicadores é considerada como a medida que melhor define o estado nutricional, uma vez que déficits nutricionais ou agravos infecciosos repetidos, repercutem no crescimento infantil. As causas da má nutrição devem ser analisadas, considerando-se os fatores associados à desnutrição infantil e às ações individuais e coletivas adotadas para esse controle (Viacava et al.,1983; Jordán,1988; Beghin et al.,1989; OPS,1989; Murahovschi,1990).

1.1 Programa para o Acompanhamento da Criança e do Adolescente - SUS

No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde, dentro do Programa de Nutrição e de Assistência Integral à Saúde da Criança, implantou um Sistema de Vigilância do Crescimento da Criança e do Adolescente, onde todas as crianças e adolescentes, matriculados nas Unidades de Saúde do SUS-SP, deverão ter seu crescimento acompanhado através do "Gráfico para Acompanhamento do Crescimento", padronizado pelo SUS-SP, permitindo um melhor diagnóstico da condição nutricional da clientela que freqüenta as unidades de saúde (NT 47/89,1989).

A partir deste sistema de vigilância foi criado o Programa Integrado de Suplementação Alimentar (PISA) que visa distribuir suplementação alimentar a crianças entre zero e 59 meses desnutridas ou com risco a desnutrir-se. Este programa desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (1989), prevê a realização do acompanhamento do crescimento de crianças avaliando seu desenvolvimento. Este acompanhamento quando voltado para o diagnóstico da normalidade e para detecção de distúrbios do desenvolvimento proporciona o desencadeamento de processos de estimulação e reabilitação. Tem finalidade preventiva quando impede o aparecimento de quadros deficitários, de situações potencialmente negativas como a desnutrição, infecções, falta de estímulo ambiental, prevenindo o agravamento de processos já instalados (NT 48/89, 1989).

A Norma Técnica do SUS nº 48/89 (Secretaria de Estado da Saúde) determina a suplementação alimentar a partir da avaliação do crescimento e desenvolvimento, baseando-se nos seguintes critérios:

- até três meses é utilizado o ganho de peso absoluto, já que nesta faixa etária não se utiliza o gráfico, devido à dificuldade para estabelecimento de uma curva única de crescimento para este período. São inscritas as crianças cujo ganho de peso for inferior a 20g ao dia;

- crianças acima de três meses até um ano incompleto podem ser inscritas no programa, desde que seu peso se encontre:
  - abaixo do percentil 10 do Gráfico para Acompanhento do Crescimento;
  - acima do percentil 10 apresentando: -ganho ponderal nulo (curva horizontalizada); -ganho poderal negativo (curva descendente); -ganho ponderal insuficiente (curva ascendente, mas com inclinação inferior ao percentil 10).

A inscrição no Programa de Suplementação Alimentar é feita após três observações consecutivas com um intervalo entre si de no mínimo 15 dias. Em caso de dificuldade de avaliação da tendência da curva utiliza-se o seguinte parâmetro: crianças entre quatro e seis meses que apresentam ganho ponderal inferior a 15g/dia e entre sete e onze meses que apresentam ganho ponderal inferior a 10g/dia.

- Para crianças entre doze e 59 meses, o critério utilizado é:

-peso situado abaixo do percentil 10;

-peso situado acima do percentil 10 apresentando: -ganho ponderal nulo (curva horizontalizada); -ganho ponderal negativo (curva descendente); -ganho ponderal insuficiente (curva ascendente, mas com inclinação inferior ao percentil 10, em três observações consecutivas com intervalo mensal).

Todas as crianças inscritas devem ser acompanhadas mensalmente pela unidade de saúde onde são verificados o peso e a estatura, sendo estes anotados no Gráfico para Acompanhamento do Crescimento e no prontuário. As crianças devem passar por consulta médica com intervalo máximo de três meses.

As normas para distribuição do leite no Programa de Suplementação Alimentar instituidas pela Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto estabelecem que as crianças inscritas neste programa devem passar pelo Atendimento de Enfermagem mensalmente. O Atendimento de Enfermagem inclui avaliação do estado geral da criança, anotação de peso/estatura e orientações sobre cuidados gerais à criança, imunização e o esquema alimentar. O acompanhamento da criança e da família através da visita domiciliar pelo enfermeiro se faz através de uma avaliação conjunta com o serviço de assistência social da unidade, quando necessário (Ribeirão Preto, Secretaria da Saúde, 1991).

2 OBJETIVOS

- Identificar a criança de risco nutricional através da avaliação do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento;
- Relacionar o crescimento destas crianças a fatores de risco evidenciados pelas intercorrências registradas no prontuário da criança na unidade básica.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa tem o modelo de estudo de caso como estratégia para o desenvolvimento de um estudo retrospectivo, sendo os dados empíricos obtidos através do prontuário, das fichas de acompanhamento do programa de suplementação alimentar da Unidade Básica de Saúde e da entrevista com as mães.

População: crianças de três a 36 meses inscritas no ano de 1992 no Programa de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento que recebem suplementação alimentar de uma Unidade Básica de Saúde a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Amostra: constituiu-se de seis crianças retiradas aleatoriamente do fichário do Programa de Suplementação Alimentar, agendadas para avaliação antropométrica durante a primeira semana de dezembro de 1992.

Procedimento: as informações sobre as crianças estudadas foram obtidas através do registro dos dados de peso e estatura no Gráfico para Acompanhamento do Crescimento; anotação das intercorrências de saúde, extraídas do prontuário de cada uma dessas crianças; registro das anotações referentes ao atendimento de enfermagem; entrevista com as mães das crianças, objetivando a descrição das condições sócio-econômicas da família.

Para a interpretação da curva ponderal registrada no Gráfico para Acompanhamento do Crescimento, foram estabelecidos parâmetros de análise, baseados na delimitação de intervalos entre os percentis, conforme discriminado abaixo.

↓	P2,5	——|	P2,5	→	P2,5
↑	P2,5	——|	P10	→	P10
↑	P10	——|	P25	→	P25
↑	P25	——|	P50	→	P50
↑	P50	——|	P75	→	P75
↑	P75	——|	P90	→	P90

A análise dos dados se faz através da descrição de cada criança estudada, apoiando-se nas informações contidas em cada uma das fontes acima relacionadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição dos resultados e a discussão decorrem da exposição gráfica das curvas de crescimento, relacionando-as com as intercorrências de saúde registradas no prontuário, bem como, as condições sócio-econômicas das crianças estudadas.

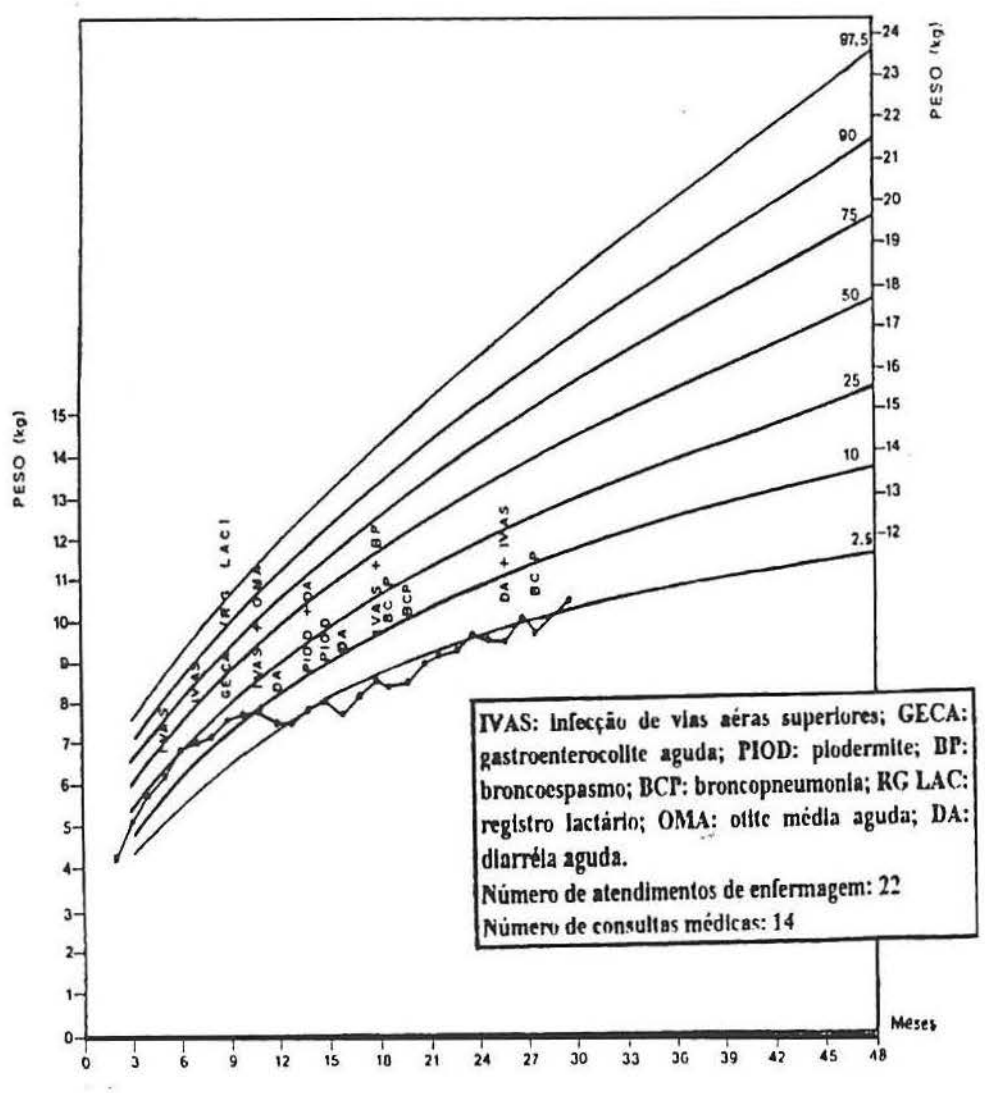


Figura 1:
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crescimento e intercor-rências clínicas extraídas do prontuário da criança.

Criança do sexo feminino, com peso ao nascer de 2400g, atendida na unidade básica a partir dos dois meses, onde recebeu 14 consultas médicas e 22 atendimentos de enfermagem até o 30° mês de vida. Possui esquema de vacinação completo para a idade, não apresentando nenhum episódio de doença prevenível por imunização. Foi amamentada até os dois meses, recebendo ticket de leite a partir deste período, por critério de avaliação sócio-econômico. Foi matriculada no Programa de Suplementação Alimentar aos nove meses.

A mãe é doméstica, reside com dois filhos em casa de alvenaria e madeira, com dois cômodos, rede de água e esgoto e coleta pública do lixo.

Na análise do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento, observa-se que esta criança apresentou ganho ponderal satisfatório até os nove meses de idade, alcançando o percentil 25; ao final do 1° ano de vida apresentou curva decrescente até o percentil 2,5. Aos trinta meses de idade seu peso e estatura mantiveram-se no percentil 2,5.

O registro de intercorrências de saúde no prontuário da criança, revelou vários episódios de infecções de vias aéreas superiores, diarréia aguda e verminose no 1° ano de vida; a partir deste período, apresentou problemas de infecções de pele, vias aéreas superiores, alterações brônquicas e diarréicas, coincidindo tais episódios com a curva decrescente do gráfico para a linha do percentil 2,5.

Apesar da suplementação recebida e do acompanhamento sistemático na unidade de saúde, esta criança apresenta agravo nutricional associado à freqüentes problemas respiratórios e diarréicos e às condições econômicas da família. A análise do gráfico demonstra um déficit do crescimento, sendo a altura e peso inferiores para a idade, caracterizando um quadro de desnutrição crônica, a partir dos nove meses de idade.

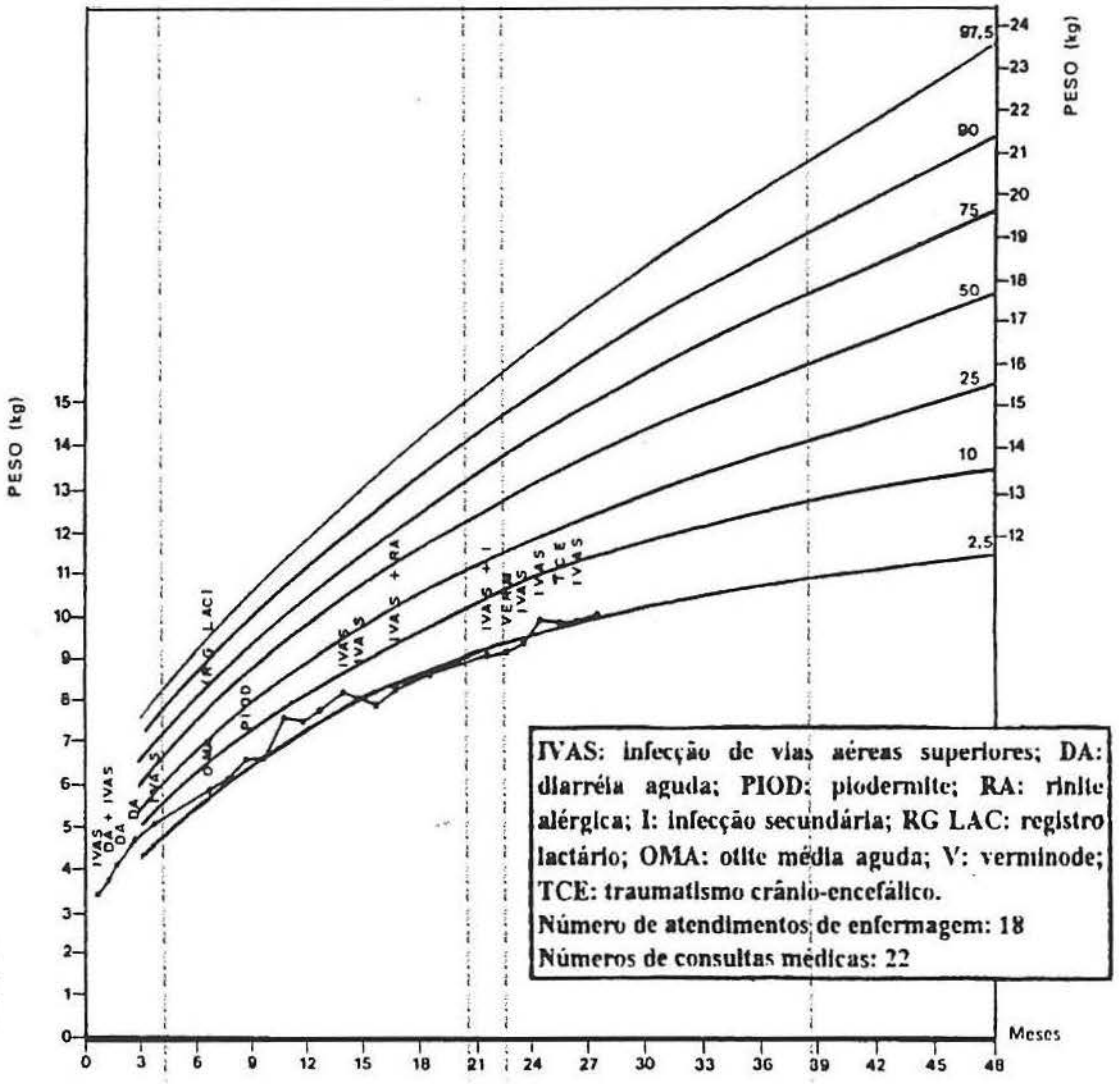


Figura 2
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crescimento e intercorrências clínicas extraídas do gráfico da criança.

Criança do sexo feminino, nascida com 2900g e 45cm, atendida na unidade básica a partir do 1° mês de vida para consulta médica. Iniciou aleitamento misto aos dois meses, sendo registrada no programa aos seis meses de idade por vir apresentando, nos útimos três meses, déficit de ganho ponderal. Possui esquema de vacinação completa para a idade, não apresentando nenhuma doença prevenível por imunização.

A família possui renda mensal de um salário mínimo, sendo o pai trabalhador da construção civil e a mãe dona de casa. Residem em casa de alvenaria com banheiro próprio, rede de água e esgoto e coleta pública do lixo.

A análise da curva ponderal através do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento demonstra que a partir do 3° mês a criança apresenta um ganho ponderal insatisfatório mantendo-se no percentil 10, apresentando vários episódios de diarréia e infecção de vias aéreas superiores, sendo registrada no programa de suplementação alimentar aos sete meses, quando então sua curva de peso mostra-se ascendente no percentil 10 até o final do 1° ano de vida. No 2° ano a criança apresenta agravos infecciosos respiratórios e verminose, mantendo sua curva ponderal no percentil 2,5, caracterizando um ganho de peso insuficiente. A estatura da criança manteve-se sempre abaixo da linha do percentil 2,5. Estes dados caracterizam um quadro de desnutrição crônica, sobretudo a partir dos dezoito meses de vida.

Apesar do baixo peso e estatura e do ganho ponderal deficitário, a criança foi acompanhada sistematicamente pela enfermagem para avaliação do crescimento, recebendo até os vinte e nove meses de idade, 22 consultas médicas e 18 atendimentos de enfermagem.

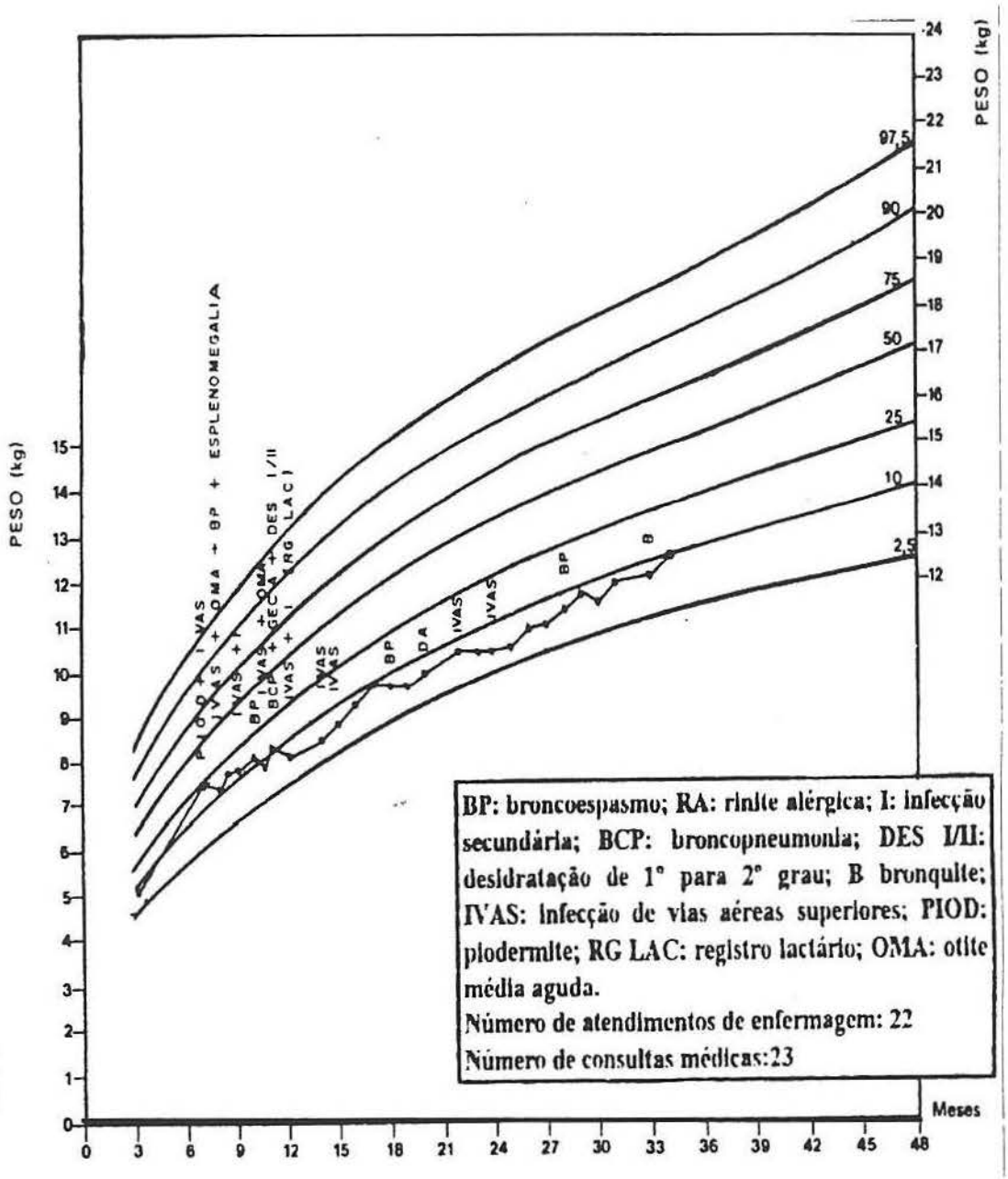


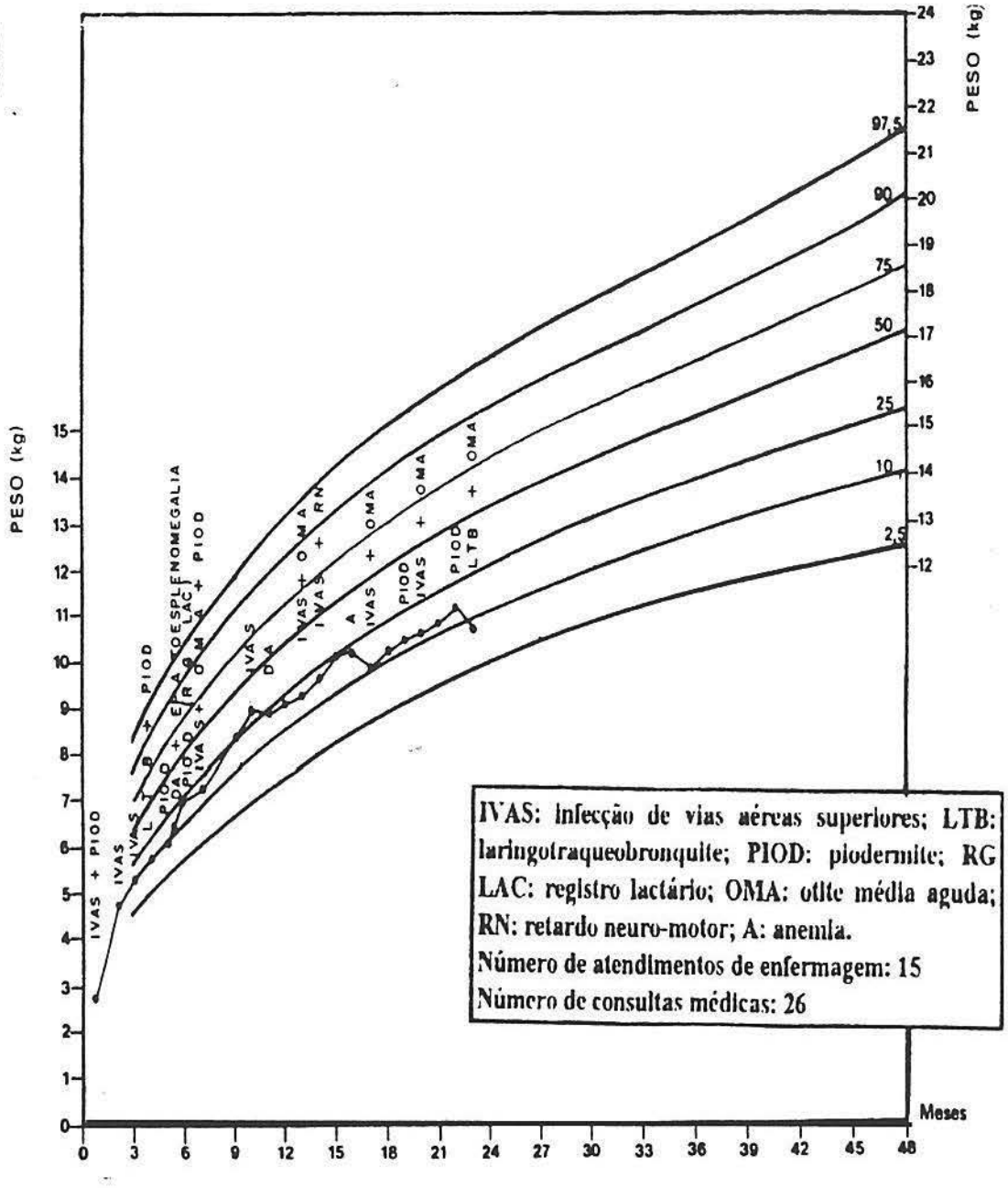
Figura 3:
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crescimento e intercorrências clínicas extraídas do prontuário da criança.

Criança do sexo masculino, apresentando peso ao nascer de 2750g e 45 cm, nascido a termo. Reside em casa de alvenaria com água, luz, fossa e sem coleta de lixo, com os pais e mais quatro irmãos. A mãe é do lar e o pai motorista. Recebeu aleitamento misto até os seis meses, sendo interrompido o aleitamento materno por ocasião de nova gravidez da mãe. Até o 34° mês recebeu na unidade 23 consultas médicas e 22 atendimentos de enfermagem. Possui esquema de vacinação completo para a idade, não apresentando episódios de doenças preveníveis por imunização.

O registro das intercorrências clínicas demonstrou que esta criança apresentou vários episódios de infecção respiratória e de diarréia, com quadro de desidratação de I para II grau, não sendo acompanhada na unidade até o 6° mês de vida. Manteve sua curva de crescimento acompanhando o percentil 25, sendo matriculada no Programa de Suplementação na unidade aos doze meses por apresentar ganho de peso insuficiente com a curva horizontalizada.

Durante o segundo ano de vida a criança continuou apresentando episódios de infecções pulmonares e de vias aéreas superiores, mantendo sua curva de peso e estatura no percentil 10. Estes dados caracterizam um quadro de desnutrição leve, segundo parâmetros de análise utilizados neste estudo.

Figura 4:
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crescimento e intercorrências clínicas extraídas do prontuário da criança.



Criança do sexo masculino, nascida a termo, com 2750g e 47 cm, sendo amamentado até os dois meses, quando foi introduzido o aleitamento artificial, mantendo a diluição do leite até o 6° mês. Possui esquema vacinal completo para a idade, não apresentando episódio de doença imunizável. Reside em casa de alvenaria, com rede de água e esgoto, e sem coleta de lixo. A família possui renda mensal de dois salários mínimos, sendo o pai servente de pedreiro e a mãe do lar. Até o 2° ano de vida a criança passou por 26 consultas médicas e 15 atendimentos de enfermagem.

Analisando o Gráfico para Acompanhamento do Crescimento, podemos observar que a criança até o 1° ano de vida, apresentou ganho ponderal satisfatório, com curva de peso no percentil 25, apesar dos episódios de infecções respiratórias, diarréicas, auditivas e de pele. Foi matriculada no Programa aos seis meses de idade por critério sócio-econômico. Sua curva de estatura manteve-se até o segundo ano de vida no percentil 10. Segundo parâmetros desta análise, esta criança apresenta um quadro de desnutrição leve.

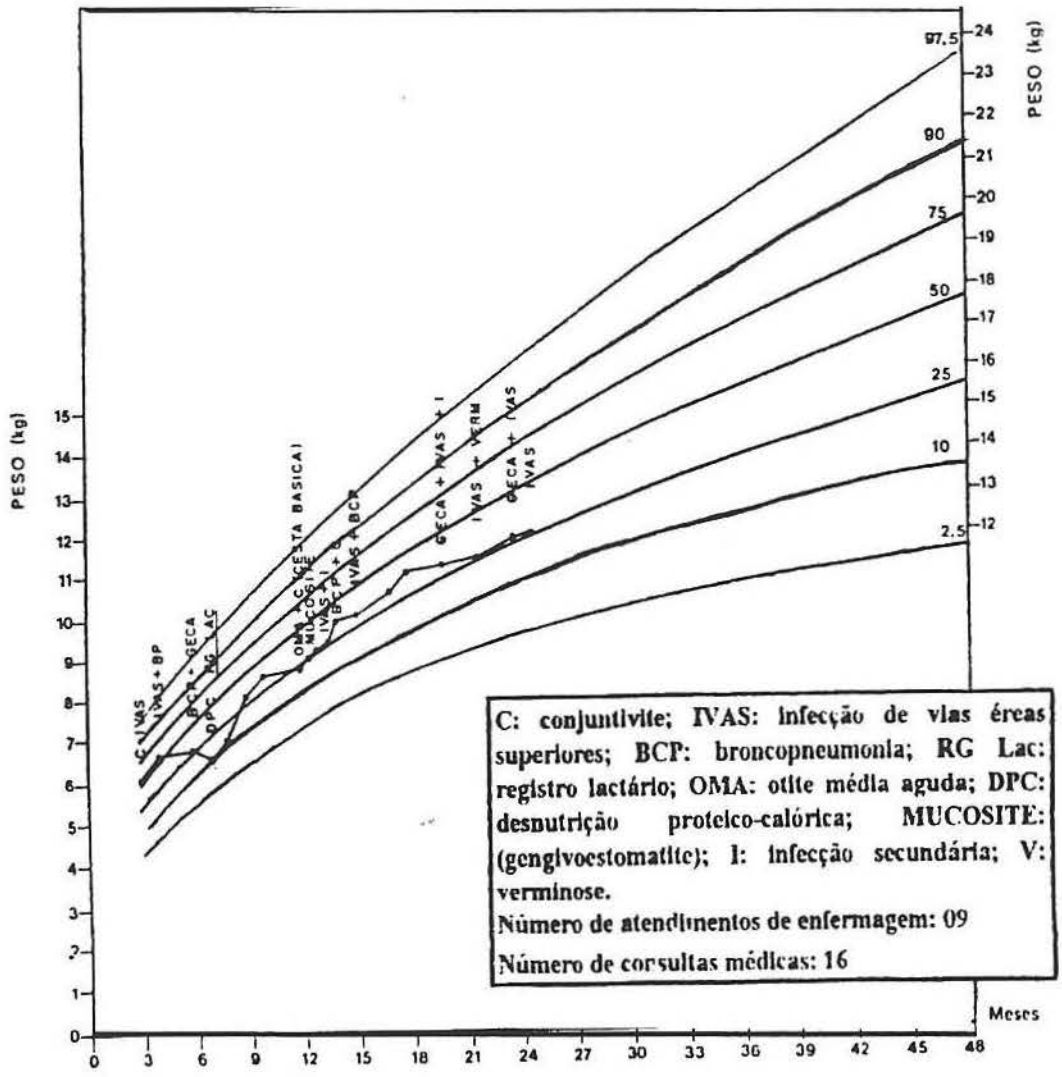


Figura 5:
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crescimento e intercorrências clínicas extraídas do prontuário da criança.

Criança do sexo feminino, com peso ao nascimento de 2650g, matriculada na unidade básica aos três meses para acompanhamento médico. Aos sete meses encaminhada de uma unidade hospitalar com diagnóstico de desnutrição para inscrição no Programa de Suplementação Alimentar. Possui esquema de vacinação completo para a idade, não apresentando nenhum episódio de doença prevenível por imunização. No período de dois anos foi atendida na unidade 16 vezes para consulta médica e nove vezes em atendimentos de enfermagem. A mãe refere dificuldades econômicas para a compra de alimentos, reside em casa de alvenaria, com água, luz, fossa séptica e sem coleta de lixo.

Na análise do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento, observa-se que a criança apresenta ganho ponderal satisfatório até os quatro meses. A partir daí sua curva torna-se decrescente atingindo a linha do percentil 10, caracterizando aos sete meses, um quadro de desnutrição proteico calórica, sendo inscrita neste período no Programa. Durante o segundo ano de vida, foram registrados vários processos infecciosos respiratórios, diarréicos e conjuntivite. Sua curva de peso neste período apresentou variações, registrando curva ascendente ao percentil 50 até os dezessete meses; a partir deste momento, curva horizontalizada, atingindo o percentil 25, caracterizando um ganho de peso nulo. Quanto a sua estatura, esta manteve-se no percentil 25.

Esta criança apresentou um quadro de desnutrição aguda no primeiro ano de vida, associado a várias intercorrências clínicas infecciosas e sócio-econômicas. Devido às condições do ambiente e situação familiar, a criança continua matriculada no Programa.

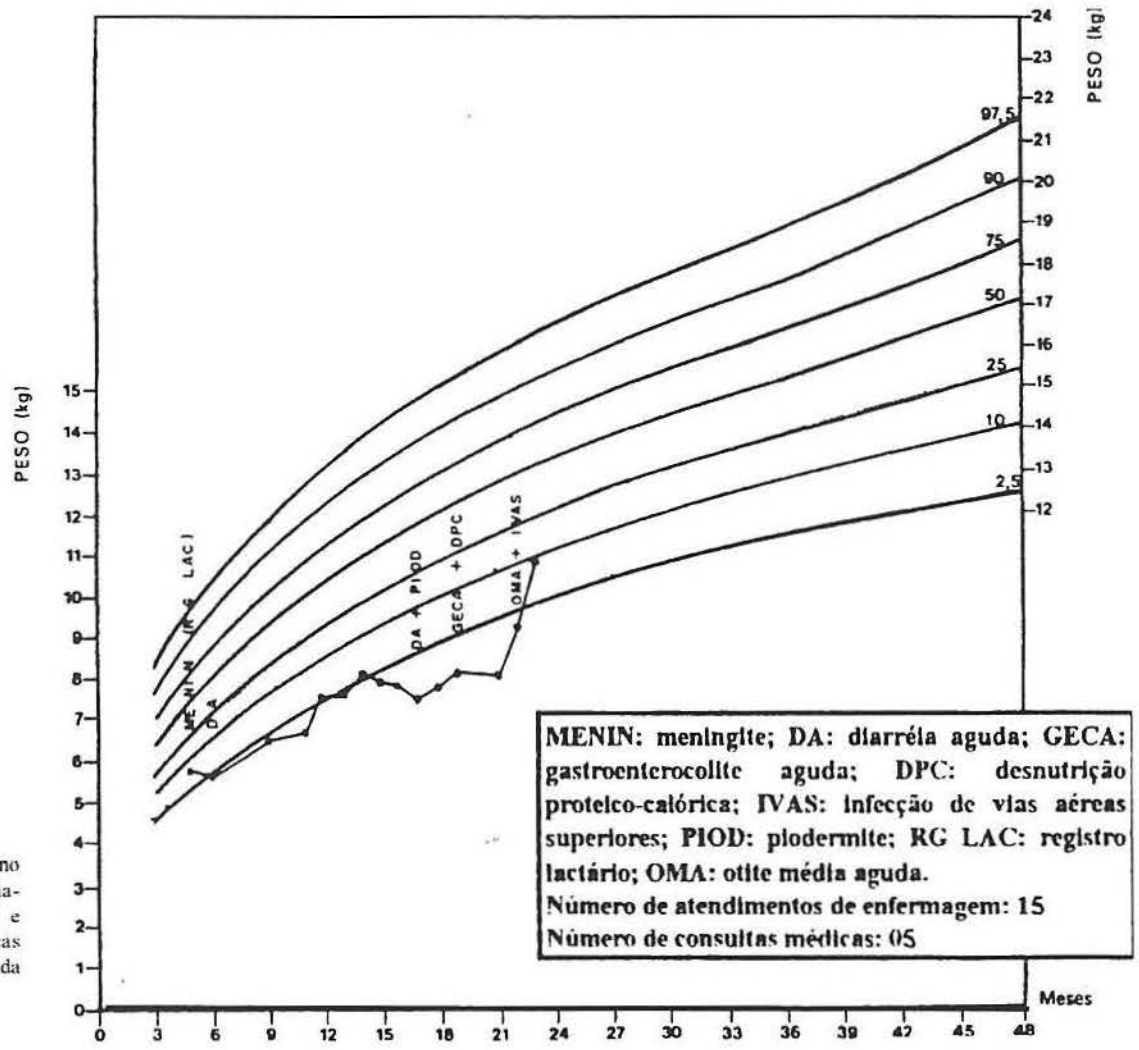


Figura 6:
- Curva ponderal registrada no gráfico para acompanhamento do crecimento e intercorrências clínicas extraídas do prontuário da criança.

Criança do sexo masculino, nascida com 35 semanas de gestação, pesando 2390g e 45cm. Com um mês foi introduzido o aleitamento artificial. Aos cinco meses iniciou avaliação para o programa de suplementação alimentar, após internação hospitalar por meningite. Nesta ocasião a criança apresentava-se no percentil 10, recebendo uma cesta básica e sendo matriculada no Programa. Com seis meses a criança apresenta diarréia e suspeita de varicela. Subseqüente ao quadro de meningite, apresentou mais dois episódios de internação por diarréia e pneumonia. Esta criança freqüenta a unidade básica para recebimento do ticket de leite, sendo acompanhada por uma unidade de nível secundário. Possui esquema de vacinação completo para a idade.

Reside em casa de alvenaria com um cômodo, rede de água, luz e fossa séptica, na qual residem quatro pessoas. O pai é servente de pedreiro e a mãe do lar, possuindo a família, uma renda mensal de um salário mínimo.

Durante o 1° ano de vida a criança manteve-se no percentil 2,5 comparecendo à unidade apenas para recebimento do ticket de leite. Após treze meses de idade sua curva de peso decresceu, mantendo-se abaixo da linha do percentil 2,5 até o final do 2° ano de vida. Aos dezenove meses é encaminhado à internação hospitalar com diagnóstico de desnutrição proteico calórica e gastroenterocolite aguda. A partir desta internação sua curva retorna ao percentil 10 no final do 2° ano. Compareceu à unidade até este período para cinco consultas médicas e quinze atendimentos de enfermagem.

Após análise conjunta do gráfico, apreende-se que a criança no 1° ano de vida, apresenta-se com quadro de desnutrição crônica, com agravamento do estado nutricional, após os quinze meses, com diagnóstico de desnutrição proteico calórica grave, associada a intercorrências clí-

nicas infecciosas e às condições ambientais e sócio-econômicas da família.

A análise dos gráficos e entrevistas com as mães possibilitou observar que as crianças estudadas se enquadram no grupo de risco nutricional, mostrando que:

- a renda familiar é de aproximadamente um salário mínimo, sendo que a família de todas as crianças estudadas reside em casa de alvenaria, com média de 2,5 cômodos por residência, todas com rede de água, 3 sem rede de esgoto e 4 sem coleta pública do lixo, ilustrando assim, a precariedade do meio sócio-econômico destas crianças;
- O peso de nascimento destas crianças foi inferior a 3000g, caracterizando algumas destas crianças como recém-nascidos de baixo peso* .
- Para três destas crianças o desmame ocorreu no 2° mês de vida, quando então foi introduzido o aleitamento artificial; as outras iniciaram o aleitamento misto a partir do 1° mês. O aleitamento materno foi interrompido para uma das crianças devido a nova gravidez da mãe;
- nenhuma das crianças estudadas apresentou episódio de doença prevenível por imunização;
- as intercorrências clínicas que mais afetaram as crianças foram os episódios diarréicos e infecções respiratórias, representando 17,2% e 50% respectivamente de todos os agravos de saúde registrados. Para este grupo de crianças, o risco nutricional foi maior, em decorrência dos processos infecciosos, associados muitas vezes às condições precárias do ambiente familiar, erro alimentar, verminose, baixa condição sócio-econômica e cultural da família.

A partir da avaliação e interpretação dos gráficos evidenciamos que das crianças estudadas, duas apresentaram quadro grave de desnutrição proteico calórica, uma no 1° e outra no 2° ano de vida por apresentar perda rápida e acentuada do peso, levando-as à internação hospitalar; duas crianças apresentaram quadro de desnutrição crônica, por se manterem no percentil 2,5 para o peso e a estatura. As outras duas apresentaram um quadro de desnutrição crônica leve.

A inclusão e avaliação destas crianças no Programa se pautou prioritariamente pelo critério biológico orientado pelos índices peso e estatura e pela avaliação sócio-econômica para duas delas.

Os dados presentes na literatura mostram que os casos de desnutrição crônica ocorrem com maior freqüencia durante o 2° ano de vida, confirmando as observações deste estudo, onde a análise das curvas de peso e estatura demonstraram uma diminuição ou desaceleração do crescimento destas crianças neste período.

As precárias condições ambientais e sócio-culturais e a ausência de um processo sistemático de educação da família nas Unidades Básicas, reforçam a relação destes agravos na caracterização da criança de risco nutricional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Gráfico para Acompanhamento do Crescimento de crianças inscritas no Programa de Suplementação Alimentar numa Unidade Básica de Saúde, pode ser considerado um importante instrumento, quando registrado de forma sistemática, para a identificação de grupos de risco, possibilitando a intervenção da equipe de saúde na prevenção dos agravos nutricionais, sobretudo nos dois primeiros anos de vida. O uso deste gráfico e sua avaliação pela equipe médica e de enfermagem tem por finalidade orientar a tomada de decisões a nível da assistência individual e coletiva; identificar a população de risco e estabelecer prioridades e ações mediante a adoção de critérios biológicos, sócio-econômicos ou de risco a saúde.

Os serviços de saúde e os programas de nutrição apresentaram rápida expansão na última década, entretanto pouco se sabe acerca dos impactos destes sobre seus beneficiários, necessitando para isso investigações que permitam gerar informações que melhorem e ampliem a eficácia dos programas de saúde, nutrição e serviços socias (OPS,1982).

Faz-se necessário, portanto, a supervisão constante destes programas através de avaliações sistemáticas que possibilitem melhores resultados à nível individual e coletivo.

Ao serviço de enfermagem cabe o cumprimento das normas técnicas deste Programa, sendo responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança através do registro no gráfico e a distribuição dos tickets de leite. A enfermeira da unidade básica tem como responsabilidade o treinamento da equipe para o registro antropométrico e a avaliação e interpretação dos parâmetros demonstrados pelo gráfico, bem como a identificação da criança de risco, a tomada de decisões e orientação à família, sendo estas atividades prioritárias para o desenvolvimento das ações básicas de assistência a saúde da criança.

A análise efetuada neste estudo pretende contribuir para o trabalho da enfermeira na unidade básica de saúde, nos programas de acompanhamento do crescimento e de suplementação alimentar, reforçando a importância da atividade de avaliação e interpretação do gráfico na identificação da criança de risco nutricional e do atendimento de enfermagem à criança na rede básica de saúde.

* RN de baixo peso: crianças cujo peso ao nascer é inferior a 2500g.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 AVERY, G. B. *Neonatologia:* fisiologia e tratamento do recém-nascido, 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984.

2 BEGHIN, I.; CAP, M.; DUJARDIN, B. *Guía para evaluar el estado de nutrición.* Publicação Científica OPS nº 515, 1989.

3 BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição:* resultados preliminares. 2. ed., Brasília: INAN, FIBGE, IPEA, 1990. 33p.

4 FERREIRA, H. da S. et. al Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos do estado de Rondônia - Brasil. *Revista de Saúde Pública,* v.22, n.3, p.179-183, jun. 1988.

5 JORDÁN, J. R. Crescimiento y desarrollo: una meta cumplida. R. *cubana Pediatr,* v.60, n.6, p.924-930, nov./dic. 1988.

6 MARCONDES, E. *Desidratação e desnutrição em pediatria.* São Paulo: Sarvier, 1971.

7 MARCONDES, E. *Pediatria básica.* 7. ed., São Paulo: Sarvier, Brasil, 1985. v.1.

8 MARCONDES, E. *Pediatria básica.* 8. ed., São Paulo: Sarvier, Brasil, 1992. v.1.

9 MONTEIRO, C.A. *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo.* São Paulo: HUCITEC/EDUSP, 1988.

10 MORLEY, D. *Pediatria no mundo em desenvolvimento.* São Paulo: Paulinas, 1980.

11 MURAHOVSCHI, J. et.al Avaliação nutricional de crianças inscritas em um programa de suplementação alimentar (leite fluido). *R. paul. Pediatr.*, v.8, n.29, 1990.

12 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud.* Publicação Científica OPS nº 432, 1982.

13 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Vigilancia alimentaria y nutricional en las Americas.* Publicação Científica nº 516, 1989.

14 RIBEIRÃO PRETO. Secretaria da Saúde. *Norma técnica de acompanhamento e desenvolvimento.* Ribeirão Preto, Secretaria da Saúde, 1991. 5p. Mimeogr.

15 SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. Coordenação do Programa de Nutrição e de Assistência Integral à Saúde da Criança. *Norma Técnica SS nº 47/89 em substituição à 32/85.* Norma para acompanhamento do crescimento da criança e do adolescente. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 1989. 15p. Mimeogr.

16 *SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde.* Coordenador do Programa de Nutrição. *Norma Técnica do Programa Integrado de Suplementação Alimentar (PISA).* NT 48/89. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde, 1989. 9p. Mimeogr.

17 VIACAVA, F.; FIGUEIREDO, C. M. P. de; OLIVEIRA, W. A. *A desnutrição no Brasil;* uma análise do Estudo Nacional de Despesa Familiar - ENDEF (IBGE 74/75) para o Nordeste, Estado de São Paulo e Estado do Rio de Janeiro. Petrópolis: Vozes/FINEP, 1983.

Endereço do autor: Dulce Maria Silva Vendrúsculo
Author's Address: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900Campus Universitário
14.049-902 Ribeirão preto - SP