

PROMOÇÃO DA SAÚDE COM MÃES DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS NA ZONA RURAL

Health promotion with mothers of undernourished children from the rural area

Mirna Albuquerque Frota¹, Viviane Mamede Vasconcelos², Larissa Maria Gurgel Passos³,
Oswaldo Albuquerque Sousa Filho⁴, Conceição de Maria de Albuquerque⁵

RESUMO

A prática de bons hábitos alimentares é importante desde a infância, porém a mídia, a cultura e as condições socioeconômicas impõem normas para a prática alimentar, na maioria das vezes, divorciada da realidade. Este estudo objetivou descrever o perfil socioeconômico de crianças residentes na zona rural, além de avaliar as mudanças comportamentais das mães de crianças desnutridas ocorridas com a implementação de oficinas educativas. A pesquisa foi do tipo participante, com abordagem qualitativa. Realizou-se no distrito de Tuína, situado no município de Massapê - CE, e as informantes foram nove mães de crianças desnutridas menores de quatro anos. A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante, entrevista e oficinas educativas durante os meses de outubro/2006 a março/2007. Na análise de dados, foi utilizada a técnica de conteúdo do tipo categorial temática proposta por Bardin (2007). Os dados foram levantados durante a visita domiciliar, emergindo as seguintes categorias: hábito alimentar na zona rural e conceituando a desnutrição. Nas oficinas educativas, foram abordadas temáticas relacionadas à desnutrição infantil como: aleitamento materno, alimentação saudável, parasitoses intestinais, higiene e infecção intestinal. As mães possuem disponibilidade para cuidar dos filhos desnutridos, mas não detêm conhecimento suficiente, sendo necessárias estratégias de educação em saúde para a melhoria da qualidade de vida das crianças desnutridas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Transtornos da Nutrição Infantil. Mães. População Rural.

ABSTRACT

Although good eating habits from childhood are important, the media promotes and cultural and socioeconomic factors determine practices that are frequently detached from reality. This study describes the socioeconomic profile of children living in rural areas, and assesses the behavioral changes of their mothers, occurring in response to the implementation of educational workshops. This was a participative research with a qualitative approach, undertaken in the Tuina district, in the municipality of Massapê - CE, Brazil. Nine mothers of malnourished children younger than four years were the informants. Data collection occurred during participant observation, interviews and educational workshops in the period from October/2006 through March/2007. Bardin's thematic categorical analysis (2007) was used. The following categories of data arose after home visits: eating habits in the countryside and malnutrition concepts. The educational workshops addressed issues related to child malnutrition, such as breastfeeding, healthy eating, intestinal parasites, hygiene and intestinal infection. Although the mothers are available to look after their malnourished children, they are not knowledgeable enough, health education strategies to improve the quality of life of malnourished children being necessary.

KEYWORDS: Health Education. Child Nutritional Disorders. Mothers. Rural Population.

¹ Mirna Albuquerque Frota, doutora em Enfermagem, professora da Graduação e do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. E-mail: mirnafrota@unifor.br

² Viviane Mamede Vasconcelos, especialista em Saúde da Família, discente do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Fortaleza - UNIFOR

³ Larissa Maria Gurgel Passos, enfermeira assistencialista do Hospital de Messejana, Fortaleza, Ceará

⁴ Oswaldo Albuquerque Sousa Filho, mestre em Educação em Saúde, professor da Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF)

⁵ Conceição de Maria de Albuquerque, mestre em Educação em Saúde, professora da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR

INTRODUÇÃO

A desigual distribuição de renda resulta em problemas de saúde no Brasil, acarretando patologias como a desnutrição infantil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define desnutrição energético-protéica como sendo uma gama de condições patológicas que aparece por deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes (principalmente os calóricos e os protéicos) pelas células do organismo, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares (UNICEF, 2006).

Estima-se que 38,1% das crianças menores de cinco anos que vivem em países em desenvolvimento padeçam de comprometimento severo do crescimento e que 9,0% apresentem emagrecimento extremo. A essas condições associam-se, entre outros danos, o aumento na incidência e na severidade de enfermidades infecciosas, a elevação das taxas de mortalidade na infância, o retardo do desenvolvimento psicomotor, dificuldades no aproveitamento escolar e a diminuição da altura e da capacidade produtiva na idade adulta (MONTEIRO, 2006).

O Brasil caracteriza-se por inúmeros problemas, no que diz respeito à saúde, possui característica marcante que seria a desigual distribuição de renda, gerando elevados índices de fome, miséria e diversos outros agravos à saúde da população (FROTA, 2004). Apesar da redução de casos, o perfil atual das crianças brasileiras ainda enfrenta a realidade da morbidade por patologias que, na maioria das vezes, estão relacionadas à desnutrição infantil.

A pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, já em 1989, constatou que 15,4% das crianças brasileiras de zero a sessenta meses sofrem de retardo do crescimento (baixa estatura/ idade) e 2,0% de baixo peso/altura. As regiões mais seriamente comprometidas são o Norte e o Nordeste, onde existem, respectivamente, 23% e 27,1% de retardo do crescimento (DUNCAN *et al.*, 2004).

Segundo o Ministério do Meio Ambiente, a miséria no Brasil tem um forte componente regional, sendo mais elevadas as proporções no Nordeste (46%) e Norte (43%), reduzindo-se em direção ao Sul do País. São maiores também para a população rural 39%. No Nordeste, estão 19% dos pobres do país. Lembramos que mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família, pobreza representa sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas - como saúde frágil, baixa escolaridade, discriminação e marginalização - também como indicadores de indignidade, estando interligada ao acesso inadequado a serviços sociais básicos (UNICEF, 2001). Na área rural, o tamanho das famílias pobres é maior; a

ocupação predominante é a agropecuária (82%); o emprego revela-se quase inexistente; 45% das crianças não estão na escola; 55% das famílias não têm água encanada; e 98% não dispõem de esgotamento sanitário (BRASIL, 2000).

No município de Massapê - Ceará, onde a prevalência de desnutridos menores de dois anos, no ano de 2005, era de 14%, vem obtendo índices decrescentes desde 1999, quando era de 25,8%, possivelmente em decorrência da implantação dos Programas de Saúde da Família (BRASIL, 2006). Diante do que foi exposto, percebe-se que os fatores associados às más condições de vida prejudicam em especial as crianças, afetando o crescimento e desenvolvimento infantil.

Diante dos dados, observou-se que a desnutrição vem diminuindo no município, porém, apesar disso, há necessidade de implementar ações de educação em saúde com foco na promoção da saúde, tais como as oficinas educativas, e avaliar sua eficiência e eficácia nos Programas Saúde da Família para eficazes mudanças comportamentais das mães das crianças.

Várias políticas municipais têm se organizado a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), proposta que se insere no nível da atenção básica e que persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (SOUZA, 2003).

O Programa Saúde da Família, já implantado em diversas cidades do país, é um aliado para as práticas de promoção da saúde na comunidade, pelas estratégias de educação em saúde que fazem parte das ações do programa e pelo vínculo que é estabelecido entre a equipe de saúde e os usuários do serviço através das visitas domiciliares, vivenciando a influência dos aspectos culturais nos cuidados com a saúde, algo que perpassa as gerações e que precisa ser valorizado, em especial, nos casos das crianças desnutridas que necessitam de cuidado diferenciado.

A obtenção e manutenção da prática de bons hábitos alimentares podem ser consideradas divorciadas da realidade, tendo em vista que a mídia, a cultura e a condição socioeconômica impõem normas para a alimentação, mesmo sendo inerentes ao contexto atual. A abordagem da desnutrição infantil na comunidade em estudo tem a finalidade de orientar as mães quanto ao cuidado com seus filhos desnutridos, por meio de estratégias educativas, centradas na promoção da saúde, ressaltando a relevância do aleitamento materno exclusivo, a introdução da alimentação complementar, associando baixo custo à alimentação saudável.

Essas reflexões nos conduziram a descrever o perfil socioeconômico de crianças residentes na zona rural, bem como a avaliar as mudanças comportamentais das mães

de crianças desnutridas ocorridas com a implementação de oficinas educativas.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo foi conduzido para abordagem qualitativa do tipo participante, que consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo; envolve a subjetividade e busca o aprofundamento maior da realidade, respondendo a questões muito particulares; se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado; ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (LAKATOS; MARCONI, 2001; MINAYO, 2002).

Realizou-se no distrito de Tuína, semi-árido nordestino, caracterizado por longos períodos de seca, situado no município de Massapê, na zona norte do estado do Ceará, assistida pelo Programa Saúde da Família - PSF, que é dividido em microáreas: Tuína, Tapera (Arrudiador, Carro Quebrado e Mundaú), Ararinha e Lagoa Grande, composta por médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde e auxiliar de enfermagem.

As informantes constituíram-se de nove mães de crianças desnutridas. A escolha foi realizada mediante indicação da agente comunitária de saúde da localidade em questão e da pesquisadora, as quais evidenciaram para a pesquisa todas as crianças classificadas como desnutridas segundo o cartão da criança, tendo como ponto de corte o percentil 3 no gráfico peso/idade. As mães foram identificadas no texto por meio de cognomes (M1, M2,...M9), preservando o anonimato. Compreenderam as faixas etárias entre 21 e 37 anos, e os filhos (C1, C2,...C9) distribuídos, respectivamente, sendo menores de 4 anos, pois segundo Pinheiro *et al.* (2004) a prevalência da desnutrição ocorre em crianças menores de 5 anos conforme a região e a situação, é maior em todas as regiões na zona rural.

Inicialmente, os dados foram coletados em uma visita domiciliar durante a qual foi realizada uma entrevista semi-estruturada constando de questões norteadoras tais como “Quais são os hábitos alimentares da sua família? O que você entende por desnutrição?”. Posteriormente, houve a realização de oficinas educativas que ocorreram entre outubro/2006 e março/2007. Foram abordados os temas: Aleitamento Materno, Hábitos Alimentares Saudáveis, Parasitoses/ Higiene e Infecções Intestinais/ “Diarréia”

nas quais foi utilizada a técnica de observação participante, assim como registro em diário de campo.

Como forma de abordar a temática Aleitamento Materno, as mães foram organizadas em três grupos de três e, utilizando-se de cartolinas e canetinhas, foram estimuladas a retratar suas opiniões acerca das vantagens da amamentação, técnica e tempo de aleitamento exclusivo, além das possíveis consequências do desmame precoce, por meio da dinâmica Trabalhando em Grupo.

O enfoque na Alimentação Saudável deu-se por meio da dinâmica intitulada pelas pesquisadoras como “Mão Livre”, em que foi solicitado que as mães que realizassem desenhos de forma livre, caracterizando a alimentação diária da criança desnutrida, sendo entregue papel ofício e canetinhas como oportunidade de despertar a criatividade individual. Por meio de desenhos, representaram alimentos que o(a) filho(a) desnutrido(a) deveria comer, mas que estavam distantes da possível aquisição financeira.

Para o desenvolvimento da oficina Parasitoses/Higiene, realizou-se a dinâmica “Rosa dos Ventos na Saúde” em que foi entregue uma rosa feita de papel com 5 pétalas e solicitou-se que, atrás da rosa, fosse numerada cada pétala de 1 a 5. Depois, foram feitas perguntas que deveriam ser respondidas por meio de desenhos em cada pétala.

Como forma de explanar para as mães sobre Infecções Intestinais/ “Diarréia”, foi realizada a oficina com a dinâmica do repolho, na qual foi confeccionado um repolho formado de papel, com perguntas relacionadas à “diarréia”.

Dois meses após a conclusão das oficinas educativas, foi realizada uma entrevista semi-estruturada final, como forma de perceber como as mães das crianças desnutridas vinham desenvolvendo o aprendizado e a aplicação dos diversos ensinamentos proporcionados nas discussões. Nessa entrevista, buscou-se, enfim, um feedback, e foi feita às mães a pergunta norteadora: Houve aprendizado com as oficinas educativas? Em caso afirmativo, o que assimilou que está colocando em prática?

Consideraram-se as diretrizes para pesquisa com seres humanos como forma de proteção dos direitos dos sujeitos da pesquisa, conforme os aspectos éticos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A pesquisa foi submetida ao comitê de ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aprovada sob o número 384/2006.

Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2007), na qual buscaram-se, nas falas dos entrevistados, as categorias em seus discursos que permitiram traduzir os temas que a pesquisa visa identificar, emergindo as seguintes categorias temáticas: Alimento consumido no dia-a-dia e Criança de baixo peso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a caracterização dos participantes da pesquisa, foram levantados alguns dados sobre o perfil dos entrevistados no que se refere às condições econômicas e sociais, que serão apresentados a seguir.

Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Em relação à escolaridade das mães das crianças desnutridas, estas ou eram alfabetizadas ou cursaram entre o 1º e o 7º ano do Ensino Fundamental. Quanto à profissão, todas referiram serem do lar, mas complementam a renda familiar com a venda de chapéu. A renda mensal das famílias varia entre sessenta e um e quinhentos e trinta e nove dólares, valores esses que são adquiridos da venda de chapéus ou trabalho dos pais.

No que diz respeito ao trabalho dos pais, estes realizam atividades diferenciadas: trabalham no roçado, ou como pescador, pedreiro, fazendeiro, ou em fábrica. São eles que fazem a base de sustentação financeira da família.

As crianças compreendiam idades entre um e quatro anos; quatro nasceram de parto cesariano e cinco de parto vaginal; uma das crianças não foi amamentada, porém o período de amamentação entre as crianças do estudo variou até quatro anos.

As residências são de taipá, compondo entre três e cinco cômodos, sendo o banheiro improvisado no quintal de casa, no qual as paredes são de palha e as necessidades fisiológicas são feitas a céu aberto. A alimentação é feita em fogão à lenha, pois, apesar de em algumas residências haver fogão a gás, as famílias não têm condições financeiras para adquirirem o gás. Duas casas possuem geladeira e nenhuma família utiliza filtros, o que favorece o surgimento de doenças, em especial, as verminoses nas crianças.

Alimento consumido no dia-a-dia

Garcia (2003) evidencia que o hábito alimentar é determinado por diversos fatores: condições socioeconômicas, cultura, contexto no qual está inserido, mídia até mesmo aspectos psicossociais. Assim, com os achados do presente estudo e tendo por base esta concepção é que percebeu-se, nos relatos, que o peixe constitui o alimento consumido no dia-a-dia, uma vez que a pesca é a principal fonte de renda da maioria das famílias da região, tornando possível e menos onerosa a aquisição do alimento diário.

De manhã é café com pão ou bolacha. No almoço é arroz, feijão, peixe às vezes é cozido, torrado. É difícil ter carne, peixe

é fácil, quando não tem grande, tem pequeno. Ai na janta a gente come peixe com arroz, farinba, que eles gostam. (M6)
A gente come o que aparece né, é o feijão, arroz, a mistura é um peixe, somente isso, às vezes é um pedaço de galinha, quando a gente pode né, nem todo dia a gente tá podendo? (M7)

Tem o café de manhã, às vezes bolacha. A gente come feijão e ele pesca, quando tem o peixe, a gente come, quando não tem é só o feijão com farinba. À noite é só baião (M4).

No Brasil, o pescado tem participado cada vez mais da rotina dos trabalhadores rurais, mesmo nos lugares com precárias condições socioeconômicas, marcados pela escassez de água e castigados pelas secas prolongadas e intensas, tornando-se uma das únicas atividades possíveis de serem desenvolvidas em curto prazo para geração de empregos, renda e alimentos no semi-árido nordestino, no qual criar peixe já deixou de ser alternativa e está virando atividade principal num grande número de propriedades rurais familiares e assentamentos da reforma agrária (BRASIL, 2007).

O peixe, alimento de fácil acesso para as famílias que participaram desta pesquisa, pode ser introduzido após os seis meses de idade na dieta das crianças como alimentação complementar, pois garante bom suprimento de ferro, protegendo contra o risco de anemia, se constituindo como um aliado no desenvolvimento físico e bom estado nutricional.

Alimentos como o feijão e arroz foram relatados pelas mães como constituintes da base da dieta das crianças e suas famílias. Os dois formam uma tradicional combinação brasileira muito nutritiva. O arroz é rico em amido, ferro, vitamina B e proteínas, o feijão é um dos vegetais mais ricos em proteína e ferro, a qual tem a absorção pelo organismo facilitada pelo amido contido no arroz (GUYTON, 2002). Porém, não apenas essa combinação de arroz e feijão oferece suporte energético suficiente à criança, corroborando com Brasil (2002) o qual relata que a criança, após os seis meses de idade, deve receber, de forma gradual, outros alimentos, de forma variada, sendo necessário garantir o aporte calórico com uma alimentação de adequada densidade energética e equilibrada nos demais macro e micronutrientes.

Criança de baixo peso

O estado de carência nutricional é conhecido como desnutrição, podendo ser ocasionada pela carência de proteína, de energia ou de ambos que é o caso da desnutrição

energético-protéica, sendo caracterizada pela diminuição do processo de crescimento e desenvolvimento, nas crianças e adolescentes, a qual na maioria das vezes é inaparente, podendo apresentar-se despercebida aos profissionais (ROTENBERG, 1999).

Assim, nesta categoria, observou-se que algumas mães possuem conhecimento incipiente acerca da definição de desnutrição infantil, corroborando com o conceito supracitado, retratado nos seguintes discursos:

Sobre isso aí eu não entendo muita coisa. É uma criança que tem baixo peso? Acho que é porque ela não tem é saúde né? Acho que é por esse motivo né? É uma menina que não pode comer tudo. O que come faz mal. (M7).

Não entendo nada não... acho que é porque ele não come, só gosta de bananada. (M2)

Eu penso que seja uma criança magra, bem magrinha! (M6)

Alves e Viana (2003) expressam que, entre as inúmeras condições associadas à desnutrição, desencadeando o processo ou agravando um estado nutricional pré-existente, são mencionadas: condições biológicas, como a idade; doenças associadas, especialmente infecções e parasitoses; baixo peso ao nascer; desmame precoce; e desnutrição materna. Em relação às condições socioeconômicas, temos: baixa renda familiar; condições precárias de moradia e saneamento; baixa escolaridade dos pais; inadequação da atenção à saúde; e desestruturação familiar. Como condições culturais existem: hábitos alimentares e de higiene; crenças e preconceitos contra o uso de certos alimentos. E, por fim, condições psíquicas, como são o fraco vínculo mãe-filho e a depressão materna.

Quando a desnutrição protéico-calórica agrava-se e passa a ser identificada como uma patologia, esta pode ser classificada de três modos: marasmo, *kwashiorkor* e *kwashiorkor-marasmático*. O marasmo, tipo seco, predominantemente energético, resultando em extrema magreza. O *kwashiorkor*, tipo molhado, a deficiência é protéica, normalmente causada pela substituição do leite materno, resultando em edema, doença de pele, e descoloração do cabelo. O *kwashiorkor-marasmático* é o tipo misto resultante das duas deficiências (DUNCAN *et al.*, 2004; OLIVEIRA, 2001).

Diante das classificações e características da desnutrição, considera-se esta uma das causas mais frequentes da mortalidade infantil, ainda que algumas vezes esteja mascarada por patologias daí decorrentes. O que existe, na realidade brasileira, é um número crescente de famílias enfrentando

uma subvida, durante a qual se luta por qualquer alimento, objetivando como meta única a sobrevivência (FROTA; BARROSO, 2003; 2005).

Oficinas Educativas

O processo pelo qual se busca a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde denomina-se Promoção da Saúde, no entanto, para que isso ocorra, é preciso repensar sob um novo prisma a participação social, a fim de compreender que as verdadeiras práticas só têm lugar entre sujeitos sociais que convergem em direção a um empoderamento, visando superar processos que têm como eixo a relação de hierarquia (CZERESNIA; FREITAS, 2003; PEDROSA, 2003).

O vínculo de convivência e o desenvolvimento do respeito mútuo entre as mães que compunham o grupo surgiram com a estratégia utilizada para a integração, na qual as mães conversaram entre si e posteriormente se apresentaram. Revelaram os nomes, idade e o que gostavam de fazer diariamente. Predominou, nos relatos, que as mães gostam de cuidar de suas casas e fazer chapéu de palha. Nos depoimentos, evidenciou-se a presença dos valores culturais das mães fazendo chapéu para auxiliar o sustento familiar, sobretudo a dedicação em cuidar dos filhos e da casa.

Aleitamento Materno

Essa temática foi abordada, apesar da idade das crianças pesquisadas estar entre um e quatro anos, como forma de estimular a permanência do aleitamento até os dois anos de idade, assim como incentivar a amamentação de outros filhos que ainda poderiam nascer.

A população considera o leite materno como um elemento de prevenção de doenças carenciais no primeiro ano de vida, a exemplo da desnutrição protéico-energética. Estudos vêm demonstrando menor incidência de câncer de mama e de colo uterino entre mulheres que amamentam (ALMEIDA, 1999):

Serve pra não dá doença na criança, diarreia, vômito, gripe (M8);

É bom para saúde, para o desenvolvimento do neném, evita doença (M3);

Evita da mãe pegar câncer de mama, câncer de útero...vi isso numa reportagem (M6).

Diante do exposto, percebeu-se que algumas mães sabem do valor do aleitamento materno. Com a introdução

dos Programas Saúde da Família, os profissionais realizam visitas à puérpera após retorno da maternidade e, dessa forma, podem oferecer melhor e mais precoce apoio às mães, orientando a necessidade da lactação e o período preconizado, pois estão diariamente visitando as residências na comunidade (FERREIRA, 2004).

A amamentação exclusiva é considerada a prática alimentar mais adequada para a criança até 6 meses de idade; só então devem ser introduzidos outros alimentos, denominados complementares, além da manutenção do aleitamento materno (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2004). As falas das mães revelaram diversidades acerca do período do aleitamento materno exclusivo, não têm certeza do tempo preconizado de amamentação exclusiva, fazendo a introdução de alimentos complementares antes dos três meses de idade:

*Eu acho que deve dar de mamar até seis meses (M2);
Até 6 meses, mas a minha mamou até 8 meses (M3);
O meu ainda mama e já tem 2 anos, mas ele só mamou até 5 meses, aí eu já dei alguma coisinha a ele (M5);
Os meus só mamam mesmo até 3 meses (M7).*

O enfoque da alimentação na infância, assim como nos outros períodos da vida, tem importância fundamental para a saúde e qualidade de vida de adultos e idosos, por isso é essencial compreender intervenções nutricionais que podem contribuir na prevenção de doenças não transmissíveis. O aleitamento materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2006). Os hábitos alimentares de crianças em regiões pobres são pouco conhecidos, apesar da necessidade de se compreenderem as reais carências existentes nestas populações:

*A criança corre o risco de pegar uma gripe, uma diarreia, porque o outro leite é forte, o leite do peito é próprio pra criança e o de gado ele é próprio quando a criança tá com o organismo pronto pra pegar o leite, né? Fica mais fácil de pegar doença (M6);
A criança fica doente, fraca, desnutrida, vai se internar no hospital com diarreia (M3); Ela pode pegar doença, ficar com diarreia, gripada (M4).*

A alimentação complementar é influenciada por fatores sociais, econômicos e culturais, devendo ocorrer entre seis e doze meses de vida. É uma etapa crítica que, com frequência, conduz à má nutrição e ao surgimento de enfermidades quando a criança não recebe uma dieta adequada. A adoção de práticas alimentares corretas nos primeiros anos

de vida é relevante, pois esse é o período em que os hábitos alimentares são estabelecidos e continuarão na adolescência e na idade adulta. (SIMON *et al.*, 2003). As mães, por sua vez, introduzem a alimentação complementar de acordo com alimentos que têm disponíveis:

*Leite de gado, é o que eu tenho (M2);
Suco, feijão, arroz (M4);
Dava leite de gado, mais deu dor na barriga, aí eu dei leite ninho (M5);
Eu dava leite de cabra que era o que eu tinha (M1).*

A educação em saúde é realizada tendo como base diferentes temas, inclusive a desnutrição, que é uma temática relevante para a população em estudo, pois a educação em saúde torna-se uma estratégia por meio da qual se pode propor a associação entre os alimentos regionais, por serem de fácil acesso à população, e as necessidades nutricionais da criança após os seis meses como forma de suprir as carências dos nutrientes primordiais para essa faixa etária (MARTINS; FROTA, 2007).

Alimentação Saudável

As crianças desnutridas da zona rural em questão têm, diariamente, como alimentos disponíveis o peixe, em decorrência do açude nas proximidades da região; o feijão e o arroz, por serem de baixo custo, além da banana e do leite. Esses alimentos foram retratados na exposição dos desenhos: *Peixe com arroz que é o principal e feijão (M6); De manhã é pão com café. No almoço é arroz, feijão e peixe. Na merenda à tarde é leite de cabra e à noite é peixe com farinha (M3).*

A pobreza, a exclusão social e a qualidade de informação disponível frustram ou, pelo menos, restringem a escolha de uma alimentação saudável. Em geral, as escolhas alimentares são determinadas não tanto pela preferência e hábitos, mas, sobretudo, pelo sistema de produção e de abastecimento de alimentos. Os sistemas alimentares são influenciados pelas condições naturais do clima e do solo, pela história, pela cultura e pelas políticas e práticas econômicas e comerciais (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado por Martins (2007) evidenciou que o suprimento de nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança ainda é escasso, corroborando com a pesquisa em questão, apesar de as mães possuírem conhecimento do ideal, com predominância na ingestão de frutas, provavelmente por serem consideradas como alimento regional, sendo caracterizadas como de fácil acesso e baixo custo.

*Uva, mamão, abacaxi, carne, arroz e macarrão (M4);
De manhã podia comer fruta como maçã, banana, laranja,
uva, caju, abacaxi, manga, acerola. No almoço uma sopinha
de galinha. De tarde um suco de fruta com biscoito. À noite
um mingauzinho (M3);
Danone, goiaba, laranja, maçã, mamão, carne e acerola
(M8).*

As mães têm consciência da alimentação ideal para os filhos desnutridos, mas, diante das condições em que vivem, estão distantes dessa realidade. Além de que, muitas vezes, consideram alimentos de custo alto como sendo essencial, esse fator ocorre, provavelmente, por influência da mídia ou por valores culturais já embutidos desde gerações passadas.

O alimento é mais do que uma fonte de nutrição, pois desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas e está intrinsecamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos, culturais e econômicos da vida cotidiana (HELMAN, 2003).

Foi realizada a explanação da pirâmide alimentar como forma de orientar às mães quais alimentos deveriam ser ingeridos por seus filhos, nas diferentes porções, fazendo analogia dos alimentos necessários para a criança desnutrida, com os alimentos regionais, como o suco da folha da siriguela, que foi feito durante a oficina para que comprovasse o fato de que, para ter uma alimentação saudável, inúmeras vezes, não são necessários alimentos de alto custo.

De acordo com publicação de 2007, a incorporação de receitas regionais ao Programa SESI Cozinha Brasil tem por objetivo identificar alimentos in natura de larga produção nas regiões brasileiras, com alto valor nutricional, grande desperdício e de fácil acesso para a população local, em que o Projeto Caju inicia a série Receitas Regionais (SESI, 2007).

Os profissionais de saúde devem estimular o contato com preparações de alimentos que sejam, simultaneamente, saudáveis e agradáveis aos sentidos, proporcionando prazer e respeitando a cultura dos indivíduos e de seu grupo social (VALLE; EUCLYDES, 2007).

Parasitoses/Higiene

A criança que reside na zona rural, muitas vezes, não tem os cuidados básicos diários de higiene, e foi nessa perspectiva que ocorreu a oficina com a dinâmica “Rosa dos Ventos na Saúde”, em que as mães definiram verminose e algumas medidas de prevenção:

*Eu acredito que seja umas cobrinhas dentro da barriga do bebê (M6);
Tem de todo tipo né? Tem umas miudinhas, que é branquinha e tem das grandes, né? Tem das chatinhas (M7, M9);
Para o menino não ter verme tem que andar limpo, zelar ele, dá banho, andar calçado (M2);
É a criança, quando acorda, escovar a boca, antes do alimento, lavar as mãozinhas, calçar a chinela (M9).*

Sabendo-se que, diariamente, a exposição a vermes é realidade contínua, faz-se necessária a prevenção de verminoses, utilizando cuidados básicos que demandam ações simples, tais como lavagem dos alimentos e das mãos antes da alimentação, banho diário, escovação dos dentes, uso de água filtrada, dentre outras.

No tratamento das verminoses, as mães utilizam medicamentos prescritos pelos profissionais da saúde; enquanto outras fazem uso de plantas medicinais encontradas na região, valorizando os aspectos culturais dos antepassados:

*Tem que dar remédio pra tratar, agora os meus, mês passado o médico passou e eu dei (M6);
Eu já dei pro meu menino foi chá do olbo da tamarindo, é o remédio que eu dou, né? E ele botou muita verme. Fiz um chazinho, botei numa xicrinha e dei pra ele tomar 3 vezes ao dia né? (M9).*

A utilização das plantas medicinais pela população faz parte da cultura, como resultado das experiências de gerações passadas transmitidas por meio de aprendizagem consciente ou inconsciente. A fitoterapia trata variadas enfermidades e tem aplicação consagrada pelo uso por alguns profissionais.

É comum o hábito de higiene pessoal e dos alimentos inadequados na população em estudo, o que foi detectado durante as visitas domiciliares; seja por falta de informação, ou por desconsiderar como relevante. A higiene foi retratada pelas mães como um conjunto de cuidados, que podem ser corporal, bucal e do lar:

*Eu varro a minha casa deixo tudo limpo, banho ela (M7);
Escovar os dentes depois de toda refeição, limpar a casa e deixar as crianças limpas (M3); Tomar banho, escovar os dentes, lavar os cabelos, cortar as unhas, limpar os ouvidos (M8).*

Infecções Intestinais/ “Diarréia”

A população da região Nordeste, em especial da zona rural, no que diz respeito às precárias condições socioe-

conômicas, vive da agricultura, com um clima semi-árido (quente e úmido, com longos períodos de seca), ausência de saneamento básico, contribuindo para a vulnerabilidade das crianças à desnutrição e às doenças decorrentes.

A criança com déficit nutricional está mais vulnerável a desenvolver doenças, pelo comprometimento do seu sistema imunológico relatado pelas mães durante as visitas domiciliares. Segundo elas, suas crianças adoecem frequentemente e as patologias mais comuns eram gripe e infecções intestinais/ “diarréia”. Em crianças, a ingestão inadequada de energia por meio dos alimentos pode gerar uma deficiência nutricional séria que compromete a saúde, o crescimento e o desenvolvimento adequados.

Segundo Ferreira (2005), a diarréia pode ser aguda ou crônica. A diarréia aguda infecciosa, que em geral é a mais frequente, é uma doença benigna, com resolução em poucos dias; as fezes são de consistência diminuídas ou mesmo líquidas, com deposições frequentes, perda de água e de eletrólitos pelas fezes e com volume fecal aumentado. As mães expuseram seus conhecimentos acerca da diarréia, evidenciando os sinais e sintomas e as formas de prevenção:

Diarréia é quando a criança tá com dor de barriga ai fica fazendo cocô mole (M3); Cocô com uns raiozinhos de sangue (M9); Dá febre, dá aquelas fina mesmo só a água. Sente dor de barriga, dá espremedeira (M1); Evitar comer comida gordurosa, oleosa, fumaçada, mal cozinhado (M7); Não dar alimento frio, nem comida fora de hora (M9).

Como forma de evitar as consequências da diarréia, as mães utilizam-se de diversas formas de tratamento, podendo ser medicamentoso e/ou cultural:

Eu levo pro médico, ele passa remédio, eu dou ai fica bom (M6); Dou chá de hortelã, garapa de goma (M7); Dou chá da capenga do coco, dou 9 chás ai ele fica bom (M9); Eu dou chá do olbo da goiabeira, dou remédio que o médico passa, soro (M8). Se não tratar é perigoso a criança morrer (M9); Se interna (M4); Leva a criança pra desidratação, ela fica desnutrida e tem que levar pro hospital (M6).

O tratamento da diarréia deve ser feito com uso de solução de reidratação oral (SRO) para corrigir a desidratação num período de 3 a 4 horas, realimentação precoce com dieta normal após 4 horas de reidratação, incluindo sólidos, manutenção do aleitamento materno durante todo episódio diarreico, sem necessidade do uso de medicamentos no tratamento da diarréia aguda (FERREIRA, 2005).

Em meio à zona rural, em decorrência da crença na cura que vem desde a antiguidade, sendo repassado entre os familiares e se perpetuando até os dias de hoje, muitas famílias acreditam no tratamento das diversas patologias por meio de plantas medicinais. As medicações disponíveis nos postos de saúde, na maioria das vezes, não são utilizadas pelas mães das crianças desnutridas.

Feedback das Oficinas Educativas

Como forma de feedback das ações desenvolvidas nas oficinas educativas, foi realizada outra visita domiciliar dois meses depois, no intuito de descobrir se as mães das crianças desnutridas estavam colocando em prática o aprendizado.

O feedback deveria ser um procedimento presente nas atividades de um profissional de saúde, pois é por meio dessa técnica que se desvenda de forma positiva ou negativa o significado da orientação fornecida (MARTINS, 2007)

Para Bittar (2006), são informações que obtemos acerca de atitudes, comportamentos e desempenho, indicando como impactante os demais. É como olhar-se no espelho; assim como o espelho ajuda a melhorar a imagem, o feedback auxilia a melhorar atitudes e comportamentos, com o objetivo de atingir melhor desempenho.

Tem muita coisa que eu aprendi que tô fazendo! Como livrar ela das doenças né? Eu tô fazendo o que eu posso né? Dei soro caseiro quando ela teve com diarréia! (M7)

Eu mudei algumas coisas que pude na alimentação dela né! E tem muita coisa que eu tô fazendo que não fazia antes, sei como tratar da gripe, da diarréia! (M8)

Eu tô dando uma alimentação mais saudável e até mais barata né? O peixe com farinha, pirão de peixe... Aprendi muita coisa e o que ta dando eu tô fazendo! (M6)

Percebeu-se, nas temáticas abordadas, que as mães das crianças desnutridas estavam colocando em prática o que haviam assimilado, dentro das condições socioeconômicas em que estão inseridas, respeitando os aspectos culturais. Diante dos relatos, observou-se que as informantes assimilaram conhecimentos sobre as temáticas abordadas, retratando que houve efeito na comunidade da pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apontou a síntese do caminho que se trilhou sobre o contexto da desnutrição infantil e a percepção das mães frente à criança de baixo peso; refletir a respeito dos

princípios do estudo, associado à vontade de realizá-lo, juntamente com os objetivos traçados, reafirmam a relevância da problemática.

O estudo visou descrever o perfil socioeconômico de crianças residentes na zona rural, bem como avaliar as mudanças comportamentais das mães de crianças desnutridas, com a implementação de oficinas educativas nesse sentido e o conhecimento da clientela a respeito da desnutrição infantil. Mediante o relato das mães da pesquisa, percebeu-se que a situação vivenciada pela família à qual a criança pertence revela o sofrimento caracterizado, muitas vezes, pelas frustrações, desejos e ilusões, constituindo a necessidade de intervenção no contexto familiar.

As mães das crianças desnutridas na zona rural, na sua maioria, têm disponibilidade para cuidar dos filhos, mesmo com condições sócio-econômicas desfavoráveis, mas desconhecem a forma mais saudável de fazê-lo. A disseminação do saber pode ocorrer mediante estratégias de educação em saúde na comunidade.

Nas oficinas, houve trocas de ideias, inclusive no que se refere aos aspectos culturais, pois algumas das mães tratam as doenças com chás dos mais diversos possíveis e, por meio das discussões, foi oportunizada a disseminação dessas informações. O cuidado cultural surgiu como foco durante as oficinas educativas, nas quais as mães priorizam o cuidado com diversos chás e terapias alternativas, portanto, foi possível compartilhar essas informações/conhecimentos.

É práxis do povo nordestino o trabalho de rezadeiras, parteiros, raizeiros, curandeiros, todos convergindo para a cura. No cuidar da saúde, há o aspecto cultural que envolve o emprego de plantas medicinais, recomendado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para programas de atenção primária à saúde, podendo ser uma alternativa terapêutica atrelada ao baixo custo, fácil aquisição e que se compatibiliza com aspecto cultural dos povos (FALCÃO JÚNIOR *et al.*, 2007).

É necessário que os profissionais de saúde realizem estratégias educativas, a fim de incentivarem hábitos alimentares saudáveis, direcionado à realidade local, explorando as riquezas da terra e a importância do consumo de cada alimento. A equipe multidisciplinar de saúde, em especial do Programa Saúde da Família, executa função significativa no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, como oficinas educativas, atentando ao padrão de vida da região, suas culturas, costumes, economia, dentre outros fatores da realidade vivida por cada família.

As ações devem ser contínuas e acompanhadas de orientações específicas dirigidas às mães, destinadas a

promover o cuidado com a criança desnutrida, bem como fortalecer práticas alimentares ideais à família, a fim de corrigir a inadequação alimentar. A população da zona rural em estudo é de baixa renda, em condições precárias de vida, porém foi apresentado que se pode associar alimentação saudável com baixo custo, utilizando-se inclusive de alimentos regionais.

O investimento em políticas públicas de saúde, por meio dos governantes, é primordial para que seja efetivo o que é proposto nas estratégias de educação em saúde, visando à melhoria da qualidade de vida das famílias da zona rural, em especial, das crianças desnutridas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família**: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2007.

BITTAR, L. **Feedback**. Disponível em: www.lizbittat2006.com.br Acesso em: 30 set. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. **Cad. Ética Pesq.** v.1, n.1, jul. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Subsídios à elaboração da agenda 21 Brasileira**: redução das desigualdades sociais. Brasília: Edições Ibama, 2000.

BRASIL. Fome Zero. **Peixe se transforma em saída para a renda e segurança alimentar no Brasil**. Disponível em: <http://fomezero.gov.br/noticias2008>. Acesso em: 20 out. 2008

- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (Brasil). Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v.1, n.1, p.34-42, jul. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/doc_ref_eticapespq/cadernos%20de%20etica%201.pdf>. Acesso em: 20 out.2008
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FALCÃO JÚNIOR, J. S. P. *et al.* As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado Brejinho, Município de Luiz Correia - PI. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 1, n.11, p. 58-65, mar. 2007.
- FERREIRA, C. A. N. C. Avaliação do Aleitamento Materno em Crianças Atendidas pela Unidade Básica de Saúde São Sebastião em Juiz de Fora-MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 7, n.1, p. 1-10, 2004.
- FERREIRA, H. S. **Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção**. Maceió: EDUFAL, 2000.
- FERREIRA, J. P. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. **Desnutrição Infantil na família: causa obscura**. Sobral: Edições UVA, 2003.
- FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Desnutrição infantil no contexto familiar de mães adolescentes: visão cultural do cuidado. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringa, v. 26, n. 1, p. 167-73, 2004.
- FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Repercussão da Desnutrição infantil na Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 996-1000, 2005.
- GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de Nutricao**, Campinas, v.16, n.4, p. 483-492, 2003.
- GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Cláudia Bitwetnet. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. D. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- MARTINS, M. C.; FROTA, M. A. Fatores que interferem na utilização de alimentos regionais na cidade de Maranguape, Ceará. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Goiania, v. 15, n. 2, p. 169-182, 2007.
- MARTINS, M. C. **Promoção da Saúde de Crianças em Alimentação Complementar por Meio da Utilização dos Alimentos Regionais**. 2007. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.
- MINAYO, M. C. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MONTEIRO, A. M. **Desnutrição infantil: ação criança**. Disponível em: <www.acaocriaca.com.br>. Acesso em: 20 out. 2006.
- OLIVEIRA, E. A. F. **Desnutrição**. ABC da Saúde e Prevenção Ltda © Copyright 2001 Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?111>>. Acesso em: 03 maio 2007.
- PEDROSA, J. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n.13, p. 24-25, 2003.
- PHILIPPI, S. T. *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutricao**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 65-80, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 16 out. 2008.
- PINHEIRO, A. R. O. *et al.* **Diagnóstico de saúde e nutrição da população do campo: levantamento de dados**. Brasília: CGPAN/DAB/SAS, 2004.
- ROTENBERG, S. **Práticas Alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo-peso**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- SERVICO SOCIAL DA INDUSTRIA. Programa SESI Cozinha Brasil ensina como aproveitar integralmente o

caju. Disponível em: <<http://projeto cajusesi2007.html>>
Acesso em: 29 ago. 2007.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Prevalência do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista de Nutricao**, Campinas, v. 17, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 mar. 2007.

SIMON, V. G. N. *et al.* Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 mar. 2007.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 8, n. 3, 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 20 out. 2006.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira**. Brasília, 2006

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira**. Brasília, 2001.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* **Diagnóstico de saúde e nutrição da população do campo: levantamento de dados**. Brasília: CGPAN/DAB/SAS, 2004.

VALLE, J. M. N.; EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p 1-20, 2007.

Submissão: julho de 2008

Aprovação: dezembro de 2008
