

Desnutrição Infantil e o Atendimento Ambulatorial em Pediatria no Acompanhamento e no Controle da Desnutrição Infantil na Faixa Etária de 0 a 8 Anos em Unidade Básica de Saúde – UBS¹

DÉBORAH ACÁSSIA MAMED RODRIGUES

INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil constitui-se no objeto de estudo desse artigo, cuja delimitação contempla uma abordagem do atendimento ambulatorial em pediatria no acompanhamento e no controle da desnutrição infantil através de duas perspectivas: uma teórica e outra prática por meio de um estudo de caso, com base documental, realizado durante o período de residência médica na área de Medicina da Família e Comunidade, na Unidade Básica de Saúde - UBS São Francisco no município de Manacapuru, interior do Estado do Amazonas, com crianças na faixa etária de 0 a 8 anos.

Durante o período de residência médica e atendendo a uma demanda de crianças da zona urbana e rural do município, na faixa etária de 0 a 8 anos, observou-se uma incidência expressiva de crianças desnutridas. Na realidade, observou-se ainda que a fome, uma das causas que contribuem para o problema da desnutrição infantil, é decorrente de causas sociais mais amplas, não podendo se esperar por mudanças estruturais no Estado e na sociedade como um todo, devendo ser combatida o quanto antes. Nesse sentido a presente pesquisa busca responder ao seguinte questionamento: Quais são os fatores de risco para a desnutrição infantil na faixa etária de 0 a 8 anos e de que forma o atendimento ambulatorial em pediatria nas

¹ Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado à Fundação Hospital Adriano Jorge - FHAJ, como um dos requisitos para obtenção da titulação de residência médica na área de Saúde da Família e Comunidade.

UBSs pode contribuir para o controle e diminuição da incidência da desnutrição infantil?

A hipótese que norteia a pesquisa encontra respaldo na literatura que destaca que, fatores ambientais e socioeconômicos contribuem para a desnutrição infantil. No entanto, medidas simples e eficazes como a multimistura, contribuem para o controle e diminuição da incidência da desnutrição infantil e formação das crianças.

Nesse contexto, a saúde pública por meio das Unidades Básicas de Saúde - UBSs desempenha um papel de extrema relevância no combate à desnutrição infantil, através do atendimento ambulatorial e puericultura com base em uma contínua avaliação nutricional dentro dos parâmetros do atendimento sistematizado em nutrição, contribuindo ainda de forma significativa para a prevenção, controle e diminuição da incidência da desnutrição infantil.

Accioly e Lacerda (2006) destacam a importância de um atendimento de saúde sistematizado, bem como da educação nutricional no atendimento ambulatorial, pois essas ações são de fundamental importância no controle e prevenção da desnutrição infantil, visto que a boa saúde depende, principalmente, da alimentação e nutrição adequadas.

Em 1976, a Dr^a. Clara Takaki Brandão começou a desenvolver um trabalho com a alimentação alternativa utilizando alimentos próprios da região, com a finalidade de combater a desnutrição infantil. Esta alimentação alternativa, batizada de multimistura, tem como principais características o alto valor nutritivo, baixo custo, rápido preparo e sabor regionalizado (BONETTI, 2008).

Segundo Oykos (2010), no ano de 2004, a Pastoral da Criança em parceria com a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social do município de Manacapuru/AM, utilizou a multimistura como estratégia no combate à desnutrição infantil, através de um programa social que fornecia e orientava a aplicação da multimistura em crianças carentes no município, apresentando resultados positivos.

O princípio básico da multimistura é a associação dos vários alimentos e o aproveitamento de partes de legumes e frutas, garantem o alto valor nutritivo da alimentação alternativa. A multimistura mostra-se eficiente pelo melhor aproveitamento de alimentos, contribuindo para uma recuperação nutricional mais rápida e de menor custo, como a prevenção de doenças (BONETTI, 2008).

Além disso, o uso de concentrados de minerais e vitaminas, obtidos pelos farelos, sementes em pó, casca de ovo em pó, em doses pré-determinadas, mas constantemente acrescidos à alimentação tradicional, fornece nutrientes que são indispensáveis para prevenir doenças infecto-contagiosas, promover o crescimento e o ganho de peso (BERNARDO apud BONETTI, 2008).

A multimistura é mais nutritiva, pois usa menor quantidade e maior variedade. Assim alimentos diferentes oferecem uma riqueza maior de nutrientes, e maior possibilidade de balanceamento da alimentação infantil. A multimistura é produzida a partir da mistura balanceada de componentes como farelos de arroz, farelos de trigo, torrados, pós de folha de mandioca, folhas de batata doce e de abóbora, pós de sementes de abóbora, melancia, melão, girassol, castanhas, gergelim, amendoim (TAKAHASHI apud BONETTI, 2008).

Esse alimento alternativo é composto por concentrados de minerais e vitaminas, usado em doses mínimas, mas constantemente, juntos com a alimentação tradicional, fornecendo nutrientes que são capazes de promover o crescimento, prevenir e curar anemia, aumentar a resistência às infecções e, conseqüentemente combater a desnutrição (BERNARDO apud BONETTI, 2008).

O objetivo desse trabalho foi abordar como o atendimento ambulatorial em pediatria nas UBSs pode contribuir para o controle e diminuição da incidência da desnutrição infantil na faixa etária de 0 a 8 anos. Para isso foi necessário: caracterizar a desnutrição infantil em seus aspectos conceituais, relacionando os fatores que contribuem para a sua ocorrência e identificando as necessidades nutricionais das crianças na faixa etária de 0 a 8 anos; apresentar a incidência da desnutrição infantil, em crianças na faixa etária de 0 a 8 anos, atendidas na UBS São Francisco no município de Manacapuru no biênio 2013-2014; demonstrar a importância da atuação dos pediatras em atendimento ambulatorial, por meio da puericultura para o acompanhamento e o controle da desnutrição infantil e da possibilidade de utilização da multimistura no combate ao problema nas UBSs em geral.

A puericultura é responsável pelo cuidado com a criança “sadia”, pela promoção da saúde e pela prevenção de agravos na infância, assistindo-a contínua e integralmente dentro do meio ambiente físico e psicossocial nos quais está inserida, é uma opção que

visa ao atendimento integral da criança nos aspectos biológicos, antropológicos e psicológicos (BRASIL, 2004).

Segundo Lopes et al. (2013, p.43), dentre os principais objetivos da assistência à saúde infantil desenvolvida pelas UBSs está a promoção e a recuperação da saúde das crianças, “buscando assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social”. Nesse sentido, “a ação primária de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é essencial para a articulação de atividades de prevenção e intervenção”.

No que se refere ao desenho metodológico, trata-se de estudo descritivo, baseado em revisão da literatura e um estudo de caso documental. A metodologia encontra-se devidamente detalhada no capítulo 3 desse trabalho. E para uma melhor compreensão do problema de pesquisa e dos objetivos propostos, a monografia foi estruturada em 3 (três) capítulos principais como a seguir delineados. O primeiro foi destinado à revisão da literatura com enfoque em teorias sobre desnutrição infantil, fazendo *a priori* uma breve caracterização do direito à saúde, da Estratégia Saúde da Família – ESF e das Unidades Básicas de Saúde – UBSs. Em seguida deu-se enfoque aos seguintes aspectos: conceito e epidemiologia; fatores que contribuem para a desnutrição infantil; e as necessidades nutricionais das crianças na faixa etária de 0 a 8 anos.

O segundo destaca teorias sobre: puericultura e pediatria preventiva; a importância da pediatria em atendimento ambulatorial para o acompanhamento e o controle da desnutrição; e a avaliação e classificação do estado nutricional.

O terceiro contempla a apresentação e discussão dos resultados (estudo de caso), apresentando primeiramente a metodologia utilizada, uma breve caracterização de Manacapuru e UBS São Francisco, a incidência da desnutrição infantil, em crianças na faixa etária de 0 a 8 anos atendidas na UBS São Francisco no biênio 2013-2014, bem como a alternativa da utilização da multimistura no combate ao problema.

DESNUTRIÇÃO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE MANACAPURU

Esse capítulo contempla a apresentação e discussão dos resultados advindos do estudo de caso, apresentando primeiramente a metodologia utilizada, uma breve caracterização de Manacapuru e UBS São Francisco, para em seguida expor a incidência da desnutrição infantil, em crianças na faixa etária de 0 a 8 anos atendidas na referida UBS em estudo no biênio 2013-2014, bem como a alternativa da utilização da multimistura no combate ao problema.

Caracterização do Estudo: Trata-se de um estudo descritivo que foi baseado em pesquisa bibliográfica e estudo de caso documental, onde buscou-se descrever os resultados quantitativos de um estudo realizado na Unidade Básica de Saúde – UBS São Francisco em Manacapuru, para verificar a incidência da desnutrição infantil, abaixo do percentil 10, em crianças atendidas nessa UBS, na faixa etária de 0 a 8 anos, no biênio 2013 - 2014. Segundo Gil (2007), as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em livros, manuais e artigos sobre saúde, desnutrição infantil e multimistura. Para o levantamento literário dos artigos, se realizou uma busca eletrônica nos Bancos de Dados da BVSMS², SCIELO³ e BIREME⁴ e em outros Bancos de Dados científicos, em publicações no período de 2000 a 2014, utilizando-se dos seguintes unitermos: desnutrição infantil; atendimento ambulatorial; pediatria; puericultura; acompanhamento e controle da desnutrição infantil; e multimistura, além da legislação pertinente, dentre as quais se destacam a CF (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) dentre outras. Os fatores de inclusão definidos para a seleção das publicações foram: estarem redigidos na língua portuguesa; já os fatores de exclusão foram: não atenderem às variáveis estudadas e pouca qualidade científica e metodológica. A coleta de dados na literatura foi realizada no período de novembro de 2013 a março de 2015.

Lakatos e Marconi (2005) esclarecem que, a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já

² Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde.

³ Scientific Electronic Library On Line.

⁴ Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

realizados, revestidos de importância pela capacidade de fornecimento de dados atuais e relevantes relacionados ao tema.

O estudo de caso foi realizado com os pacientes, na faixa etária de 0 a 8 anos, que foram atendidos na UBS São Francisco em Manacapuru, no biênio 2013-2014. De acordo com Marques (2006), o estudo de caso consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações. A investigação deve examinar o tema escolhido, observando todos os fatores que o influenciaram e analisando-o em todos os seus aspectos.

Fonseca et al. (2005) por sua vez destacam que, o estudo de caso permite o estudo em profundidade de um assunto específico, valendo-se da utilização de várias técnicas para a obtenção de dados, contemplando dados quantitativos e qualitativos.

A pesquisa documental foi realizada nos prontuários dos pacientes atendidos na UBS São Francisco em Manacapuru, na faixa etária de 0 a 8 anos, no biênio 2013-2014. Segundo Gil (2007), a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, em geral, são documentos “de primeira mão”, que não receberam nenhum tratamento analítico. Uma vantagem da pesquisa documental é não exigir contato com os sujeitos da pesquisa.

Na pesquisa verificou-se a incidência através do número (pesquisa quantitativa) de crianças atendidas, as que apresentaram quadro de desnutrição, na faixa etária de 0 a 8 anos, no biênio 2013-2014. De acordo com Minayo et al. (2002), na pesquisa quantitativa se trabalha com um nível de realidade que pode ser quantificado, representando o espaço do científico, que pode ser traduzido objetivamente e em dados matemáticos.

O método de abordagem utilizado foi o dedutivo. Segundo Marques (2006), o raciocínio dedutivo tem o objetivo de explicar o conteúdo das premissas. Por intermédio de uma cadeia de raciocínio em ordem descendente, de análise do geral para o particular chega-se a uma conclusão. Usa o silogismo, construção lógica para, a partir de suas premissas, retirar uma terceira logicamente decorrente das duas primeiras, denominada de conclusão.

Local e Sujeitos da Pesquisa: Quanto ao local da pesquisa, a coleta de dados nos prontuários foi realizada na UBS São Francisco, localizada à Rua 31 de março, nº 1.327, no Bairro de São Francisco no município de Manacapuru, interior do Estado do Amazonas. Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa foram os pacientes na faixa etária de 0 a 8 anos, atendidos no biênio 2013-2014.

Tratamento e Análise dos dados: Quanto ao tratamento e análise dos dados se empregou a técnica de estatística descritiva, a qual constitui um trabalho de observação, registro, análise, classificação e interpretação dos fatos coletados, mas sem interferência do pesquisador (GIL, 2007). Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos de distribuição de frequências que foram analisados de acordo com a literatura pesquisada, além do conhecimento do pesquisador.

Aspectos éticos e legais: No que tange aos aspectos éticos e legais da pesquisa, na coleta de dados foi observado o que dispõe a Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS Nº 196/96 e a coleta das informações ocorreu com a autorização da instituição (anuência) onde se realizou a pesquisa, conferindo, desta forma, aos indivíduos-alvo, a proteção a grupos vulneráveis, levando em consideração, a dignidade, o respeito e defendendo-os em sua vulnerabilidade e garantindo seu anonimato. Ainda na esfera dos aspectos éticos e legais da pesquisa, foram adotadas todas as disposições da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, quanto às citações e referências das publicações utilizadas, com as devidas credenciais de autoria, estando ainda de acordo com o Código de Ética Médica - Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM Nº 1931/2009, em seu Capítulo XI, art. 109, que rege o Ensino e Pesquisa Médica, que preceitua acerca da autoria das pesquisas acadêmicas, observando o zelo pela veracidade, clareza e imparcialidade na apresentação das informações.

O MUNICÍPIO DE MANACAPURU E UBS SÃO FRANCISCO

Manacapuru: O município de Manacapuru pertence à microrregião de Manaus e a mesorregião do centro do Estado do Amazonas, fazendo limites com os Municípios de Manaquiri, Iranduba, Beruri, Anamã,

Caapiranga e Novo Airão, estando localizado na 7ª Sub-Região – Região do Rio Negro. Manacapuru dispõe de uma área territorial de 7.329,23 Km², o que representa 0,4666% do Estado, e 0.1902 % da região e 0.0863 % de todo o território brasileiro (SEPLAN, 2010).

O acesso a Manacapuru, se dá por via terrestre e fluvial. Por via fluvial, em embarcações (balsas) que saem diariamente do porto de São Raimundo ou em lanchas rápidas. Por via terrestre através da rodovia AM – 070 (Estrada Manoel Urbano) através da Ponte sobre o Rio Negro. A distância em linha reta entre Manacapuru e a Capital Manaus é de 69,7 Km, representando a 6ª menor distância, dentre os municípios do Amazonas, em relação à capital do Estado e a 4ª da Região Metropolitana de Manaus - RMM. Seus principais rios são: Rio Negro e Manacapuru.

Segundo o censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE realizado no ano de 2000, a população total de Manacapuru era de aproximadamente 73.695 habitantes, com 64,67% da população localizada em área urbana e 35,33% em área rural. Já no ano de 2010, a população estimada pelo IBGE foi de 85.141 habitantes, que a colocou na 4ª posição no *ranking* dos municípios do Estado do Amazonas, com maior população, sendo sua densidade populacional de 11,80 hab./Km², e na 3ª posição da RMM (SEPLAN, 2010). Em 2014, o IBGE (2015), estimou uma população de 92.996 com uma densidade demográfica (hab/km²) de 11,62 habitantes.

O sistema de saúde em Manacapuru conta com 28 estabelecimentos de saúde municipais, assim distribuídos: 18 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 03 Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, 04 Núcleos de Apoio a Saúde da Família - NASF, 01 Policlínica, 01 Hospital, 01 Maternidade e 01 Laboratório Central - LACEN, geridos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Manacapuru, que fica responsável pela parte administrativa. Há disponibilidades de exames complementares básicos e alguns testes rápidos, tais como hepatite B e C, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e exames de imagem, tais como radiografia e ultrassonografia. O município é composto por 18 UBS distribuídas em 5 rurais e 13 urbanas. As UBS são divididas em equipes com modalidade do tipo Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), Equipes de Agentes Comunitários da Saúde (EACS) e Estratégia Saúde da

Família (ESF). O município conta com a participação de quatro Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), e não possui Centro de Especialização em Odontologia (CEO).

UBS São Francisco: Nesse subitem faz-se uma breve caracterização da UBS São Francisco, classificada como um estabelecimento de saúde com atendimento da área urbana e rural de atenção primária à saúde, localizada na Rua 31 de março, nº 1.327, no Bairro de São Francisco no município de Manacapuru, interior do Estado do Amazonas. A área de atuação das equipes da referida UBS está delimitada ao bairro de São Francisco e suas mediações, atendendo cerca de 1.273 famílias. O horário de funcionamento é de 7hs às 18hs de segunda à sexta-feira. No que se refere à atuação da UBS São Francisco no contexto da saúde da criança, objeto de estudo desse trabalho, é importante destacar que a mesma será caracterizada juntamente com o item de apresentação e discussão dos resultados. A UBS é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, dentistas, Agentes de Consultório de Dentista – ACD e Agentes Comunitários de Saúde – ACS, sendo alguns profissionais (como enfermeiros) pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica – PROVAB. Além disso, conta com os serviços de recepção, serviços gerais, e vacinação, onde o trabalho é realizado através de uma integração entre os setores para que eles venham alcançar os objetivos e metas propostas, que é atender à comunidade mostrando que o trabalho é a prevenção das doenças do cotidiano e não atendimento de urgência. Essas normas são conhecidas por todos da equipe, tornando-se indispensáveis ao seu conhecimento e nas práticas diárias. No que se refere à estrutura física, destaca-se que a UBS São Francisco conta com uma recepção composta de cadeiras para pacientes, um consultório médico, uma sala de imunização climatizada, um consultório de enfermagem, uma sala de odontologia, banheiros, uma cozinha e uma sala de curativo. No momento, os serviços disponíveis na unidade de saúde são:

Recepção: é o local destinado à triagem dos pacientes, onde os mesmos recebem informações de todos os procedimentos e tratamentos disponibilizados à comunidade.

Consultório Médico: é o local destinado as consultas médicas em todos os ciclos da vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.

Consultório de Enfermagem: é o local destinado as consultas de enfermagem em todos os ciclos da vida: criança, adolescente, mulher, adulto como (consultas de pré-natal, consultas subsequentes, puericultura, Prevenção do Câncer do Colo do Útero - PCCU (preventivo), Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs/AIDS, e Programa Saúde na Escola – PSE.

Sala de Imunização: é o local destinado à administração de imunobiológicos em crianças, jovens, adultos e idosos com devido apazamento e orientados para possíveis reações, também nesse mesmo local é realizado teste do pezinho. Sala de Curativos: onde são realizados curativos, inalações, retiradas de pontos e pequenas suturas. Consultório odontológico: onde são realizadas restaurações, exodontias, aplicação de flúor, encaminhamentos dentre outros.

Consultando o Manual da Estrutura da UBS do MS – Brasil (2008) e material publicado por Siqueira et al. (2009), percebeu-se que inúmeros são os mobiliários, equipamentos e instrumentos imprescindíveis para o bom funcionamento de uma UBS, apesar de não se possuir quase nada dos equipamentos citados no manual, o trabalho flui da melhor maneira, adequando-se ao material que se possui na UBS São Francisco.

Apesar da UBS São Francisco não fazer parte da pesquisa realizada por Siqueira et al. (2009), em algumas regiões, pôde-se observar com certeza que a estrutura que se dispõe faz parte desses 60% inadequados, em decorrência das limitações de mobilidade.

A UBS São Francisco também tem o apoio avançado do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, ou seja, além do Estratégia Saúde da Família – ESF e Programa Saúde na Escola, o núcleo é composto por Assistente Social, Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo e Educador Físico. A UBS São Francisco trabalha conforme recomendações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, bem como os programas oferecidos a população para a prevenção de doenças como: Hipertensão, DSTs, Dengue, tuberculose, dentre outros.

Vale ressaltar ainda que a UBS São Francisco é um centro de portas abertas aos moradores da região. Cada ACS é responsável por uma quantidade de pacientes, pois eles na maioria das vezes conseguem no primeiro atendimento, levar o paciente na unidade de saúde e orientar os dias para marcação de consulta. Na referida UBS as marcações são feitas da seguinte maneira: marca sempre uma

semana antes do atendimento, ou seja, o paciente espera por sete dias para sua consulta e se for urgência coloca-se no mesmo dia, caso necessário encaminha-se ao hospital da cidade.

Quanto às atribuições dos profissionais da equipe de saúde verificadas na UBS São Francisco, esclarece-se que, os profissionais que participam do processo de territorialização e mapeamento são principalmente os ACSs e o enfermeiro. Isso afeta de forma positiva os usuários e a UBS, que se beneficiam deste sistema organizado e qualificado, melhorando assim sua saúde, além de contribuir com a melhoria do trabalho médico, pois todas essas medidas tornam os pacientes mais vinculados com a UBS, otimizando assim os tratamentos.

Já os protocolos e planos terapêuticos são problemas que precisam ser resolvidos para aprimoramento da saúde dos pacientes e facilitação do atendimento da equipe de saúde. Em relação a pequenas cirurgias e emergência não compete à unidade suas realizações, pois não existem materiais, equipamentos, nem estrutura necessária para tais procedimentos, sendo assim, os pacientes são encaminhados ao hospital geral da cidade.

Em relação às prioridades e possibilidades, procura-se sempre buscar um bom entendimento com os agentes de saúde, para que eles consigam trazer os pacientes notificados nos grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM, Tuberculose, Hanseníase), pois eles têm uma dificuldade grande de trazer os pacientes até a UBS São Francisco. A maioria não aceita ou admite que tenha certas doenças, agravando ainda mais seus problemas de saúde.

Os médicos estão na linha de frente diariamente e por isso são os profissionais mais próximos da comunidade, e servem também como ouvintes das suas reclamações que são anotadas e repassadas as propostas de melhorias para a unidade e para as autoridades do município, acreditando nessas melhorias para o melhor atendimento a comunidade que tanto precisa.

Em relação à população da área adstrita e à demanda espontânea, esclarece-se que, conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, uma equipe de PSF deve ser no máximo, responsável por 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Portanto, a demanda na UBS São Francisco é grande,

dividida em 1.273 famílias, destacando-se que o tamanho da equipe não é adequado para a demanda da população na área abrangente. Na área de abrangência, a demanda não está de acordo com a estrutura da equipe.

Ainda em relação à atenção à demanda espontânea levando-se em consideração a leitura do texto “Acolhimento à Demanda Espontânea” do MS – Brasil (2011) sobre a forma como é feito o acolhimento e sobre a forma como lidam com o excesso de demanda espontânea na UBS em estudo, destaca-se que na UBS São Francisco, quase todos os profissionais que nela trabalham fazem um pouco de acolhimento, como por exemplo, os ACSs, a recepcionista, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o médico, pois todos na medida do possível buscam o melhor para os pacientes, buscando atender suas reais necessidades.

Nesse contexto, pode-se inferir que, o acolhimento tem uma grande importância na organização dos serviços de atenção à saúde e principalmente na demanda espontânea, que sob uma perspectiva pessoal, ainda é um desafio para todas as unidades de saúde. Dessa forma, procura-se sempre atender aqueles pacientes que procuram a UBS São Francisco, mesmo que não estejam devidamente agendados, pois muitos são da zona rural e outros têm suas particularidades, assim busca-se ao máximo ajudá-los.

Embora não seja foco desse trabalho é importante ainda destacar que, na UBS São Francisco são realizadas ações de estímulo à prática regular de atividades físicas e orientações sobre o malefício do consumo excessivo de álcool e tabagismo, pelos educadores físicos do NASF e as palestras são realizadas na recepção da UBS. Quem participa, na maioria das vezes, desses atendimentos com palestras educativas é a assistente social, o educador físico, o enfermeiro, o médico da UBS, o nutricionista, o psicólogo e o odontólogo.

Quanto à atenção aos hipertensos e diabéticos, destaca-se primeiramente que, as doenças crônico-degenerativas, como a Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira.

Na UBS São Francisco, a exemplo do que ocorre nas UBSs de todo o Brasil, existe o Programa Hiperdia do Ministério da Saúde, que é destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e diabetes atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, o que permite a geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Quem fica responsável pelo cadastramento dos adultos hipertensos e diabéticos no programa é o médico, o enfermeiro e os ACSs que utilizam as fontes de dados e monitoramento das ações dispensadas aos pacientes e o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.

E novamente, destacando que, embora não seja foco desse trabalho faz-se necessário ressaltar o atendimento aos idosos. Na UBS São Francisco não há um dia específico para atendimento aos idosos, e aproveita-se o Hiperdia para atendê-los. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento e em decorrência disso, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Os profissionais que fazem o acompanhamento dos idosos são o médico e o enfermeiro onde buscam atender da melhor forma possível. Os atendimentos domiciliares são sempre realizados pelo médico e técnico de enfermagem. Além disso, na perspectiva de um atendimento integral à saúde do idoso, visando principalmente à promoção da saúde, a concretização das mudanças vai além das possibilidades dos profissionais da saúde. É preciso despertar outros setores da sociedade, como os da educação, lazer e conscientização dos profissionais viabilizando estratégias capazes de atender à complexidade que representa melhorar as condições de vida dos idosos.

A atuação como médica residente nas esferas da Estratégia Saúde da Família - ESF e da Atenção Primária à Saúde – APS no contexto da Saúde da Família e Comunidade, proporcionou oportunidades de trocas de experiências, e de maior aprendizado, desencadeando ainda o aprimoramento de conhecimentos prévios, qualificando ainda para que o atendimento aos usuários da rede

pública de saúde se torne mais humanizado e adequado para cada comunidade, de modo particular para as comunidades dos municípios do interior do Estado do Amazonas, que são carentes de uma assistência à saúde mais eficiente e eficaz.

INCIDÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL, EM CRIANÇAS DE 0 A 8 ANOS ATENDIDAS NA UBS SÃO FRANCISCO NO BIÊNIO 2013-2014

Resultados e Discussão

Os dados compilados apresentam a incidência de crianças desnutridas na faixa etária de 0 a 8 anos, atendidas na UBS São Francisco no biênio 2013-2014.

Tabela 1 – Desnutrição Infantil em 2013

Faixa Etária	Meses – 2013											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
De 0 a 2 anos	3	3	8	5	5	4	3	5	2	5	2	3
De 3 a 4 anos	5	6	5	3	4	5	3	6	3	3	1	2
De 5 a 6 anos	11	6	8	4	7	7	6	6	2	4	3	3
De 7 a 8 anos	6	3	7	2	6	6	3	5	3	4	3	5
Total	25	12	28	14	22	22	15	22	10	16	9	13

Fonte: UBS São Francisco – Manacapuru, 2015.

Gráfico 1 – Desnutrição Infantil em 2013

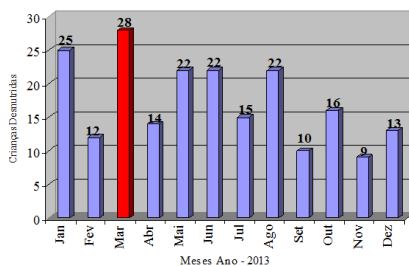


Tabela 2 – Desnutrição Infantil em 2014

Faixa Etária	Meses – 2014											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
De 0 a 2 anos	5	2	3	2	1	4	3	5	1	2	4	4
De 3 a 4 anos	3	-	2	1	2	3	3	3	3	3	2	1
De 5 a 6 anos	6	1	5	2	3	2	3	5	7	4	6	3
De 7 a 8 anos	3	2	6	2	2	2	4	3	5	7	6	3
Total	17	5	16	7	8	11	13	16	16	16	18	11

Fonte: UBS São Francisco – Manacapuru, 2015.

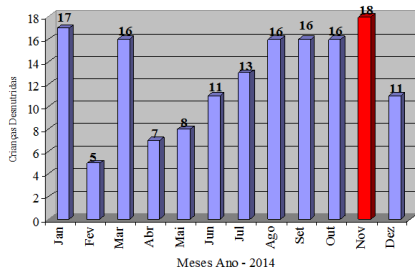


Gráfico 2 – Desnutrição Infantil em 2014

Conforme pode ser visualizado nos resultados apresentados nas tabelas 1 e 2, e seus respectivos gráficos, no estudo realizado, tanto no ano de 2013, quanto no ano de 2014, pôde-se observar que a desnutrição incide com maior frequência nas crianças na fase escolar de 5 a 6 anos (67) e 7 a 8 anos (53). No ano de 2014 estes são os resultados: 5 a 6 anos (47) e 7 a 8 anos (45), seguido de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos (48) em 2013 e (36) em 2014. As crianças na faixa pré-escolar de 3 a 4 anos apresentaram os seguintes resultados: em 2013 (46) e em 2014 (26).

Segundo Sousa (2006), a alimentação desempenha um papel decisivo para o crescimento e o desenvolvimento físico da criança em idade pré-escolar e escolar, etapa em que ela passa por um acelerado processo de maturação biológica, juntamente com o desenvolvimento social e psicomotor, para o qual a participação família e da comunidade são fundamentais. Também no aspecto sociocultural, a alimentação aprendida na infância poderá influenciar seu comportamento em relação a hábitos de saúde na idade adulta.

Nesse contexto, é muito importante o modo como as refeições são conduzidas, tanto na qualidade como na quantidade de alimentos oferecidos, bem como no ambiente físico e emocional que os adultos proporcionam às crianças. É necessário ainda um ambiente psicológico favorável. Basta não ser preenchido um único desses itens e carências nutricionais poderão se desenvolver (SOUSA, 2006).

Conforme Sousa (2006), as refeições do pré-escolar e do escolar são muito semelhantes às do adulto, constituindo basicamente de: jejum, lanche, almoço, lanche e jantar. E para que o processo da nutrição seja eficiente, é preciso que a criança tenha uma alimentação adequada, tanto em qualidade quanto em quantidade. Essa

alimentação deverá ser bem aceita pela criança, ingerida, retida no estômago, digerida e absorvida e metabolizada. Os detritos metabólicos, também, deverão ser eliminados pelas vias adequadas e sem perdas anormais de substâncias nutritivas.

Além disso, ressaltam Lacerda e Accioly (2012a), o consumo alimentar na infância dependerá do número de refeições ao dia, do intervalo entre as refeições, do tamanho da refeição e dos tipos de alimentos presentes na refeição.

Como se pode perceber, a determinação das necessidades energéticas é primordial, sendo as dos demais nutrientes proporcionais a esse valor. No âmbito escolar, exemplifica Sousa (2006), quando se determina o valor energético do lanche na escola, deve-se levar em consideração o tempo de permanência da criança na escola. Aquelas que permanecem de 4 a 7 horas por dia, devem receber 1/3 das recomendações nutricionais diárias, enquanto que a permanência de 8 horas ou mais, exige um total de pelo menos metade a até 2/3 dessas recomendações.

Atualmente, no Brasil, a saúde escolar está vinculada ao Ministério da Educação que desenvolve diretamente o Programa Nacional de Saúde do Escolar - PNSE, que também busca conscientizar pais, professores e a comunidade para a importância de identificar e prevenir deficiências auditivas e visuais nos alunos. Esta iniciativa contribui para a diminuição dos elevados índices de repetência e evasão escolar (BONETTI, 2008).

O outro programa do Ministério da Educação é o Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE, conhecido popularmente como "merenda escolar". É o mais antigo programa de suplementação alimentar, tendo seu início em 1954, tendo ganhado abrangência nacional em 1955. O objetivo do PNAE é suprir parcialmente as necessidades nutricionais dos escolares, por meio de oferecimento de, no mínimo, uma refeição diária adequada (BONETTI, 2008).

Com isto, favorece-se a formação de bons hábitos alimentares e a diminuição da evasão e repetência escolar. O Programa Nacional de Alimentação Escolar é pautado em duas ações básicas: a assistência alimentar através do fornecimento da merenda escolar e a educação nutricional. Os beneficiários são alunos da educação pré-escolar, e ou do ensino fundamental, matriculado em escolas públicas dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios, ou

estabelecimentos mantidos pela União e os estabelecimentos filantrópicos (BONETTI, 2008).

Lacerda e Accioly (2012a), por sua vez esclarecem que a saúde, na idade pré-escolar e escolar, se refletirá definitivamente na adolescência e vida adulta, sendo fundamental que sejam atendidas as exigências nutricionais nestas faixas etárias. A desnutrição na fase pré-escolar e escolar, por exemplo, pode levar a alterações físicas, funcionais e anatômicas, repercutindo negativamente no crescimento e desenvolvimento da criança, apatia, retardo da linguagem, diminuição da capacidade de concentração e baixa resposta a estímulos.

No que se refere à incidência da desnutrição infantil em crianças mais jovens (e 0 a 2 anos), pode-se destacar que, é em decorrência da necessidade das mulheres ausentarem-se, precocemente, de casa, logo após o parto, em busca de trabalho, para contribuir na composição da renda familiar.

Lacerda e Faria (2012) destacam que o quadro de desnutrição geralmente origina-se quando o lactente inicia a alimentação complementar inadequada, ou seja, baixa ingestão alimentar acompanhada de contaminação ambiental e dos alimentos. Neste momento é comum a ocorrência de episódios infecciosos, especialmente diarreia aguda, acompanhados de perda de peso e aumento das necessidades nutricionais. Este aumento, usualmente, não é atendido em função de precária situação sócio-econômica das famílias atendidas.

Segundo Palma (2003), a alimentação é um dos fatores mais importantes para a saúde da criança, principalmente nos primeiros anos de vida. Os elementos fundamentais à nutrição, tais como proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas, sais minerais e água, devem guardar adequada proporção entre si para que haja perfeita utilização pelos órgãos e tecidos. O alimento, nos primeiros anos de vida, uma das principais formas de contato com o mundo externo, é prioritário que o desenvolvimento neuromotor e emocional sejam também considerados. As necessidades calóricas nesse período são duas a três vezes maiores que no adulto. No primeiro ano de vida, 40% dessas calorias são usadas para suprir as demandas do processo de crescimento e desenvolvimento.

No entanto, é urgente que se faça uma pesquisa mais profunda sobre essas famílias e as crianças, atendidas na UBS São Francisco no município de Manacapuru, a fim de que se possa analisar as deficiências de micronutrientes, que possivelmente estarão presentes na maioria delas e que têm déficit direto acarretando prejuízos sobre a integridade do sistema imune e no desenvolvimento intelectual.

Tabela 3 – Desnutrição Anual – Biênio 2013-2014

Ano	Total de crianças desnutridas
2013	208
2014	154
Total	362

Fonte: UBS São Francisco – Manacapuru, 2015.

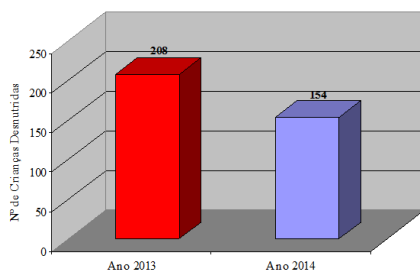


Gráfico 3 – Desnutrição Anual – Biênio 2013-2014

De acordo com os resultados apresentados na tabela e gráfico 3, pode-se destacar que, apesar da prevalência da desnutrição em crianças na faixa etária de 0 a 8 anos atendidas na UBS São Francisco no biênio 2013-2014, ao longo do período analisado ela veio declinando. No ano de 2013 foram 208 crianças desnutridas e no ano de 2014 esse número reduziu para 154 crianças.

Estes resultados sinalizam que o atendimento ambulatorial em Pediatria na referida UBS está contribuindo para a diminuição da incidência da desnutrição na faixa etária de 0 a 8 anos, na cidade de Manacapuru, evidenciando ainda que, uma contínua avaliação nutricional dentro dos parâmetros do atendimento de saúde sistematizado contribui significativamente para a prevenção e controle das doenças e carências nutricionais causadas pela desnutrição.

Segundo Garcia (2002), o atendimento de saúde sistematizado é aquele que considera o paciente nos aspectos biopsicossociais relacionados entre si, promovendo através dos diferentes membros da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e nutricionistas) a visão global das necessidades do indivíduo, o que determina a eficiência nas ações de saúde.

De forma resumida, Affonso (2015, p.144) esclarece que, o atendimento ambulatorial é aquele “destinado a assistir pacientes que encontram-se fora do ambiente hospitalar, com acompanhamento periódico ou não, sob cuidados preventivos e curativos”. Portanto, “não há contato pessoal dos profissionais de saúde com o panorama que envolve a vida do paciente e as estratégias terapêuticas estabelecidas seguem apenas as informações psicossociais” que são “referidas pelos mesmos e ou familiares durante a consulta e estas informações nem sempre são completas o suficiente para demonstrar aspectos que poderiam ou não influenciar a adesão à terapia orientada”.

Ante ao exposto e levando em consideração os pressupostos acima enunciados, faz-se necessária a correta sistematização do atendimento ambulatorial em pediatria, haja vista que, a avaliação do estado nutricional é o principal passo na avaliação da saúde de crianças e populações. Os índices antropométricos mais utilizados são derivados da comparação de medidas de peso e altura com curvas de referência: peso, idade, altura/idade e peso/altura.

É importante ainda destacar que, embora estes índices estejam relacionados entre si, cada um tem um significado específico em relação ao processo ou resultado do dano nutricional. A avaliação de medidas antropométricas requer a utilização de valores de referência e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a utilização dos valores de referência do *National Center for Health Statistics* (NCHS) de peso e altura da população norte-americana.

O estudo permitiu ainda observar que a população de crianças na faixa etária de 0 a 8 anos, residentes no Bairro São Francisco e adjacências na cidade de Manacapuru, e que foram atendidas na UBS São Francisco no biênio 2013-2014, vivenciam uma situação, do ponto de vista nutricional mais precária, quando comparada às crianças de outras áreas urbanas, como as localizadas na cidade de Manaus, por exemplo. Entretanto, este diagnóstico reveste-se de preocupação, pelo fato da desnutrição incidir sobre a população infantil de Manacapuru,

o que denuncia o debilitado estado nutricional a que historicamente está submetida à referida população.

A OMS (2000) destaca que a desnutrição infantil é resultado de dieta inadequada, bem como de doenças oriundas da falta de segurança alimentar, cuidados inadequados por parte da mãe, bem como de serviços de saúde deficientes, portanto, suas causas básicas estão relacionadas às estruturas sociais e instituições, sistemas políticos e ideologias, distribuição de riquezas e de recursos.

Nesse cenário, pode-se destacar, que embora não resolva, no entanto, contribui para a redução do número de crianças desnutridas o aumento progressivo da cobertura de programas governamentais, dentre os quais se destacam o Programa Bolsa Família (PBF) que contribuem na melhoria do poder aquisitivo de famílias de baixa renda tornando possível a compra de alguns alimentos.

Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS (2015), no início de 2004, implementou-se o Programa Bolsa Família, o qual incorporou o Bolsa Escola e outros como o bolsa alimentação, centralizando a administração de todos os dispositivos de transferência de renda direta. No ano de 2005, o Bolsa Família foi expandido, atingindo cerca de sete milhões de famílias.

De acordo com a Lei Nº 10.836 de 09 de janeiro de 2004, e com o Decreto Nº 5.209 de 17 de setembro de 2004, o Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. O Bolsa Família integra o “Plano Brasil Sem Miséria”, que tem como foco de atuação os milhões de brasileiros com renda familiar *per capita* inferior a R\$ 77 mensais e está baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos (MDS, 2015).

O PBF visa ainda assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome. No que se refere aos benefícios, os valores pagos pelo PBF variam, de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças e adolescentes até 17 anos. A seleção das famílias para o Bolsa Família é feita com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚNICO) do Governo Federal, instrumento de coleta e gestão de

dados que tem como objetivo identificar todas as famílias de baixa renda existentes no Brasil (MDS, 2015).

No que se refere ao âmbito de atuação da UBS São Francisco, na área da saúde da criança, destaca-se que a mesma atende as crianças residentes na área urbana e rural de Manacapuru, para atividades de puericultura, atendendo ainda as demandas livres conforme chegam à UBS. A referida UBS realiza atendimento de puericultura, buscando atender todos os pacientes que procuram esse estabelecimento de saúde, mesmo os que não marcam consulta antecipada.

O atendimento pediátrico abrange os pacientes 0 a 8 anos onde a instituição busca desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças ou agravos, prestando assistência de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento, garantindo assim um atendimento de qualidade. Outro atendimento ao público pediátrico é realizado na escola com o Programa Saúde na Escola - PSE uma vez na semana.

A UBS São Francisco orienta também sobre o acompanhamento e orientação do aleitamento materno, bem como informações sobre vacinação, promoção de hábitos alimentares, prevenção de anemia e desnutrição infantil, dentre outras ações. Em relação à suplementação de ferro, a UBS dispõe de uma nutricionista responsável, para deixar uma vez na semana, a quantidade de sulfato ferroso que a unidade precisa durante a semana, assim não falta a suplementação de ferro na unidade.

O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado para o acompanhamento e deve ser visto com muita atenção. No entanto, o médico pediatra continua sendo o elo fundamental entre a criança e a família, exercendo um papel importante no controle do crescimento e desenvolvimento da criança.

É importante ainda destacar que na UBS São Francisco faz-se o possível para atender à demanda puerperal durante o pós-parto, haja vista que, a maioria das puérperas sente-se inseguras quanto aos cuidados com o bebê. Desta forma, a consulta com o pediatra pode proporcionar condições para que a mulher possa cuidar tanto de si, quanto do bebê, avaliar desvios dos limites fisiológicos do puerpério, bem como orientar quanto ao aleitamento materno, dentre outras ações.

Nesse contexto, as ações educativas desenvolvidas por profissionais de saúde, em decorrência disso, a capacitação permanente dos profissionais de saúde, no sentido de incrementar ações de educação em saúde que levem em conta as necessidades específicas dos pacientes, é essencial. Além disso, a comunicação e as informações em saúde entre profissionais e pacientes devem ser colocadas em primeiro plano na assistência em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a saúde.

E como estratégia de prevenção da desnutrição infantil, além das ações educativas, destaca-se ainda a alimentação alternativa como a multimistura, que vem sendo utilizada como estratégia no combate ao problema.

PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO: MULTIMISTURA EM UBSs

Conforme já destacado anteriormente, no ano de 2004, a Pastoral da Criança em parceria com a Secretaria Municipal de Trabalho e Assistência Social do município de Manacapuru/AM, utilizou a multimistura como estratégia no combate à desnutrição infantil, através de um programa social que fornecia e orientava a aplicação da multimistura em crianças carentes no município, apresentando resultados positivos.

E revendo a literatura sobre a evolução das estratégias utilizadas pelo setor de saúde visando à prevenção do problema da desnutrição infantil, no contexto da humanidade, não seria possível furtar-se à perspectiva histórica, que segundo Bonetti (2008 p.17), as estratégias usadas pelo setor de saúde na prevenção da desnutrição estão claramente definidas em 1978, em Alma-Ata.

Nesta reunião, “foi adotado o enfoque de atenção primária à saúde para todos, no ano 2000, inclusive a promoção da nutrição adequada”. Segundo a OMS, é responsabilidade do setor de saúde “a definição e a análise do problema nutricional, promoção e participação de estratégias e programas multi-setoriais de alimentação e nutrição”, bem como “a implantação de um sistema de vigilância alimentar e nutricional” (BONETTI, 2008 p.17).

E para ampliar as ações de combate à desnutrição, além do sistema de vigilância alimentar nutricional, na década de 80, foi

criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, o PSF, hoje ESF e em conjunto com a OMS/ OPAS, a implantação da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância – ADIPI (BONETTI, 2008).

Alimentação Alternativa: Multimistura

Santos et al. (apud Kaminski, 2007, p.5) definem a alimentação alternativa como a “proposta de promover na dieta brasileira o uso de alimentos tradicionais e não tradicionais ricos em vitaminas e minerais, acessíveis a toda população”. Entre os alimentos promovidos encontram-se: farelos, farinhas, folhas verdes, cascas (de frutas, verduras e ovos), sementes, entre outros.

Mascarenhas et al. (apud Kaminski, 2007, p.5) destacam que a multimistura é um dos pontos chave da proposta da alimentação alternativa, a qual se constitui na mistura dos alimentos promovidos, visando a obtenção de um produto “mais enriquecido nutricionalmente”. Destacam também o princípio da multimistura, de que “a qualidade é dada pela variedade”.

E para melhorar o cenário da fome e da desnutrição de uma parcela da população brasileira e na necessidade de melhorar sua qualidade de vida e saúde, alguns seguimentos da sociedade brasileira começaram a buscar alternativas na tentativa de minimizar os problemas nutricionais existentes, e a utilização de produtos regionais não convencionais já disponíveis à população começou a fazer parte do cardápio diário de um grupo populacional (OLIVEIRA et al., 2007).

Nesse contexto, a utilização de alimentos alternativos surgiu no Brasil no final da década de 70, com a idéia proposta pelos médicos Rubens Brandão (Ginecologista e Obstetra) e Clara Takaki Brandão (Pediatra, Nutróloga e Assistente da Pastoral da Criança), de desenvolver tecnologias simplificadas que estimulassem a maximização dos produtos regionais e como resultado deste pensamento surgiu a multimistura considerada como um complemento alimentar (OLIVEIRA et al., 2007).

Mais precisamente em 1976, a Dr^a. Clara Takaki Brandão começou a desenvolver um trabalho com a alimentação alternativa utilizando alimentos próprios da região, com a finalidade de combater a desnutrição infantil (BONETTI, 2008).

A proposta da alimentação alternativa baseada na multimistura começou a ser praticada no ano de 1976, na cidade de Santarém, Pará. Em 1989, com a transferência de Rubens Brandão e Clara Takaki Brandão para o Ministério da Saúde, a proposta alcançou maior visibilidade (KAMINSKI, 2007).

A Pastoral da Criança da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB tem a Alimentação Alternativa como uma de suas linhas de ações básicas na saúde, nutrição e educação. A participação comunitária, através dos líderes da Pastoral da Criança, constitui a base sólida para a disseminação desta prática, permeada por uma dimensão religiosa e amparada no Programa de Combate às Carências Nutricionais do Ministério da Saúde, que propôs o consumo rotineiro de multimistura (KAMINSKI, 2007 p.5).

Segundo Oliveira et al. (2007), no início da década de 1990, com o apoio da Pastoral da Criança da CNBB, os alimentos alternativos (multimistura) começaram a ser difundidos em todo o país, como uma das linhas de suas ações básicas de saúde, nutrição e educação. A multimistura é resultado da aplicação do conceito de que nem sempre se aproveita o alimento integralmente.

A multimistura mostra-se eficiente pelo melhor aproveitamento de alimentos, contribuindo para uma recuperação nutricional mais rápida e de menor custo, como a prevenção de doenças, fornecendo nutrientes que são indispensáveis para prevenir doenças infecto-contagiosas, promover o crescimento e o ganho de peso (BERNARDO apud BONETTI, 2008).

O princípio da multimistura está baseado na premissa de que a qualidade da alimentação é dada pela variedade e não pela quantidade. Além de ter como características baixo custo, fácil preparo, paladar regionalizado, rápido preparo, alto valor nutritivo, estímulo da autonomia da própria população para o combate a desnutrição (BONETTI, 2008).

O acesso é facilitado pelo fato de que essa qualidade é encontrada nos fundos de quintais, em folhas de hortaliças, ervas, sementes poucos conhecidas, e resíduos de arroz e trigo. A produção desses complementos nutricionais, como farelos, pó de folhas, sementes é feita através de uma tecnologia muito fácil, como selecionar, moer, tostar, peneirar os ingredientes que a compõem (TAKAHASHI apud BONETTI, 2008).

Na visão de Bonetti (2008), a multimistura é um outro tipo de alimentação que visa ao combate à desnutrição. É a utilização da alimentação alternativa, neste caso representado pela farinha enriquecida ou multimistura, combinando vários alimentos, principalmente as partes mais nutritivas fazendo um aproveitamento integral deles.

Partindo-se dos princípios especificados a multimistura é mais nutritiva, pois usa menor quantidade e maior variedade. Assim alimentos diferentes oferecem uma riqueza maior de nutrientes, e maior possibilidade de balanceamento da alimentação infantil. A multimistura, é produzida a partir da mistura balanceada de componentes como farelos de arroz, farelos de trigo, torrados, pós de folha de mandioca, folhas de batata doce e de abóbora, pós de sementes de abóbora, melancia, melão, girassol, castanhas, gergelim, amendoim (TAKAHASHI apud BONETTI, 2008).

A multimistura é um produto obtido “através da secagem, torragem, moagem e mistura de ingredientes de origem vegetal, sendo obrigatória a presença de farelos torrados em quantidade mínima de 70% (g/100g) e pó de folhas verde-escuras”, podendo ser adicionados leite em pó e outros ingredientes (VIZEU et al. apud LEMOS et al., 2010, p.1807).

Ela é composta por concentrados de minerais e vitaminas, usado em doses mínimas, mas constantemente, juntos com a alimentação tradicional, fornecendo nutrientes que são capazes de promover o crescimento, prevenir e curar anemia, aumentar a resistência às infecções e, conseqüentemente combater à desnutrição (BERNARDO apud BONETTI, 2008).

A médica pediatra e nutróloga Dra. Clara Brandão atendeu a treze creches no Pará e incluiu no cardápio uma “multimistura” composta por partes usualmente não consumidas de alimentos com alto valor nutritivo para as crianças. Segundo Brandão (2009 apud Dias, 2013 p.441) “o resultado foi a redução de 30% para 5% da taxa de desnutrição infantil na região”. Em 1985, a multimistura foi adotada oficialmente pela Pastoral da Criança que consolidou e disseminou o seu uso por todas as regiões do país. No entanto, em 1995, a prescrição da multimistura foi condenada pelo Conselho Federal de Nutricionistas - CFN conforme o parecer que apontou erros

técnicos e conceituais no folheto “Alimentação Alternativa” de autoria da Dra. Clara Brandão, divulgado pela Pastoral da Criança.

Em 1994, o Informe Técnico - IT produzido pelos médicos Jaime Amaya e Hilda Torin da Unicamp deflagrou uma campanha de desqualificação da multimistura e destacou que “os princípios básicos da Declaração de Helsinki de 1964 estariam sendo desrespeitados ao submeter um imenso contingente de crianças a uma experimentação com alimentos de eficiência não comprovada” (TORIN et al. apud DIAS, 2013 p.441).

Em 1995, o Departamento Científico – DC de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, através da então Presidente do DC de Nutrologia Roseli Oselka Saccardo Sarni, apresentou posição contrária à utilização da multimistura em crianças devido às limitações expostas a seguir.

No que se refere às limitações do ponto de vista nutricional:

Elevado conteúdo de ácido fítico (5 a 6% no farelo de arroz) – o ácido fítico é um forte agente quelante dos cátions mono e divalentes, com os quais forma complexos insolúveis nos alimentos, em condições de pH fisiológico. Muitos estudos mostram a relação inversa que existe entre o ácido e absorção de minerais, como zinco, cálcio, magnésio e ferro. A baixa biodisponibilidade dos minerais, como o ferro, explica a ausência de impacto da utilização da multimistura na redução dos índices de anemia carencial ferropriva (SPB,1995, p.1).

Quanto às limitações toxicológicas e antinutricionais:

Más condições sanitárias, alto grau de contaminação (coliformes fecais, *Bacillus cereus* etc), presença de aflatoxina (composto carcinogênico e altamente resistente à destruição pelo calor e tostagem), presença de glicosídeos cianogênicos (folha da mandioca), alta concentração de nitratos nas folhas, que na presença do pH gástrico convertem-se em nitritos, que são agentes carcinogênicos (SPB,1995, p.1).

No que tange ao questionamento ético, qualquer programa de intervenção nutricional, “especialmente em larga escala em crianças, só deveria ocorrer após clara demonstração de eficácia e segurança da multimistura, o que, a nosso ver inexistente”.

Levando em consideração as limitações expostas e a questão ética referente à qualquer programa de intervenção nutricional, e

ainda a necessidade garantida por legislação própria quanto ao controle de qualidade de produtos destinados à alimentação humana, a SBP “considerada inapropriada a utilização da multimistura em programas de alimentação infantil e combate às carências nutricionais em larga escala, especialmente em programas emergenciais de combate à fome”, que não “devem ser baseados na utilização de subprodutos industriais sem evidências de benefícios e com eficácia e segurança duvidosas, pelo simples fato de serem de baixo custo” (SPB,1995, p.1).

Diante da oposição da comunidade acadêmico-científica, a Pastoral da Criança deixou de liberar o seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ para as fábricas de multimistura. A partir dessa oposição, alguns voluntários formaram grupos independentes para permanecer com a produção da multimistura, como é o caso da Coop-Proalt, cooperativa vinculada ao programa da Casa da Criança e do Adolescente em Volta Redonda/RJ (DIAS, 2013).

O embate entre o CFN, a SBP e os defensores da multimistura vem sendo travado ao longo de três décadas, principalmente a partir de 1990, quando o suplemento chegou a adquirir contornos de uma política pública alimentar para o combate à subnutrição infantil no Brasil (DIAS, 2013).

Multimistura nas UBSs: Uma alternativa para o combate à desnutrição

Ao entrar no século XXI, os debates e polarizações acerca da utilização da multimistura tornaram-se ainda mais evidentes. Em 2003, a 12^a Conferência Nacional de Saúde - CNS recomendou a adoção da multimistura como uma política pública alimentar. No eixo temático V, referente à organização da atenção à saúde, mais especificamente o item alimentação e nutrição, na Diretriz n° 93, a CNS (2003) estabelece que:

Implementar no SUS, com recursos específicos, a atenção nutricional, considerando a importância da nutrição e da alimentação na promoção e na recuperação da saúde, no controle da obesidade e de outras disfunções alimentares. Garantir, em todo o território nacional, legislação sobre a obrigatoriedade da rotulagem das hortaliças e demais alimentos, a qual já se encontra em vigor em alguns estados e/ou municípios, com informações sobre origem, tipo de defensores agrícolas utilizados e data de colheita. Garantir

merenda escolar adequada às crianças com doença celíaca, isto é, sem glúten, bem como aos trabalhadores e estudantes nessa condição, além de campanhas de esclarecimento sobre essa doença (CNS, 2003, p.99).

A Diretriz nº 94, sobre alimentação alternativa, colocou como objetivo:

Estabelecer parcerias entre governo e entidades para que sejam realizadas oficinas sobre alimentação saudável e enriquecida. Que seja produzida a Multimistura e que as unidades básicas de saúde - UBSs saibam orientar e distribuí-la a crianças, adolescentes, gestantes, idosos e também para as entidades que trabalham com portadores e casos de imunodeficiências e/ou subnutrição, respeitando diversidades religiosas, culturais e étnicas, como estratégia de prevenção e recuperação mais rápida das pessoas com déficits de peso e nutricionais (CNS, 2003, p.99).

Já a Diretriz nº 95 preconiza que, deve-se “garantir a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação na rede de serviços do SUS” (CNS (2003, p.99).

Merece ainda destaque a Indicação INC 2139/2008 do Dr. Talmir do PV/SP apresentada em 03/04/2008 que tem por objetivo sugerir ao Ministério da Saúde a introdução da multimistura, já utilizada há bastante tempo pela Pastoral da Criança, nas Unidades Básicas de Saúde-UBSs, do SUS, a fim de atender as crianças que apresentam sintomas de desnutrição infantil, anemias, e outras patologias relacionadas com a qualidade da alimentação.

Tal proposta baseia-se no fato de que a Pastoral da Criança, por intermédio de sua Coordenadora, Dr^a Zilda Arns⁵, vem fazendo uso dessa técnica nutricional, como suplemento alimentar, há vários anos e de comprovada eficiência na prevenção e no combate de anemias e desnutrição, evitando assim, as doenças da infância que levam ao tratamento domiciliar ou hospitalar com maior custo para o SUS (TALMIR, 2008, p.2).

Desta forma, assegura-se o direito à saúde das crianças previsto tanto na Constituição Federal de 1988, quanto na Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, popularmente conhecida como Estatuto da Criança e Adolescente - ECA.

⁵ Fundadora da pastoral, morta no terremoto do Haiti em 12 de janeiro de 2010, em atividade missionária.

Segundo Kaminski (2007, p.5), a difusão do uso da multimistura é fundamentada em três idéias principais: “(1) aproveitar todas as partes das plantas, ditas “comestíveis”; (2) resgatar hábitos alimentares tradicionais, perdidos com a migração do homem do campo para a cidade e (3) enriquecer a alimentação em fibras, proteínas, vitaminas e minerais utilizando produtos de baixo custo”.

No que se refere aos resultados nutricionais, sociais e ecológicos da multimistura na área de saúde destacam-se os seguintes:

Nutricionais: o fornecimento da multimistura para crianças, em creches e postos de saúde, proporciona cicatrização de lesões cutâneas, melhoria da visão e dos reflexos motores e psíquicos, diminuição de diarreia e outros sintomas típicos da desnutrição, aumento da capacidade de resposta e estímulos e redução de apatia e econômicos.

Sociais: além de auxiliar no combate à desnutrição, pode diminuir a demanda por serviços de saúde e melhorar o aproveitamento no processo de aprendizagem infantil. Estimula trabalhos comunitários contribuindo para avanços na organização da sociedade civil.

Ecológicos: Possibilita o aproveitamento mais racional de recursos naturais, ao diminuir o desperdício de alimentos (e parte de alimentos) com poder nutritivo (OLIVEIRA et al., 2007, p.22-23).

Na visão de Kaminski (2007), a utilização da multimistura como complemento/suplemento só será eficiente como fonte alternativa de nutrientes no combate a desnutrição, quando forem seguidas formulações compostas de ingredientes que realmente atuem como fonte de macro e micronutrientes essenciais ao bom crescimento e desenvolvimento do organismo e forem acrescidas em dietas de populações com déficit destes nutrientes.

No ano de 1994, no então Centro Municipal de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, em Manaus/AM, hoje UBS Dr. José Amazonas Palhano, usou-se a multimistura elaborada com farelo de trigo, pó de folha de mandioca e pó de casca de ovo contra a desnutrição em crianças de zero a quatro anos de idade. Na época, a então diretora do centro de saúde, afirmou que a "multimistura" recuperou 100 crianças (80%) das 124 que passaram pelo centro nos oito meses que se fez a experiência. Os 20% de crianças não se recuperaram da doença é

porque foram retiradas do centro de saúde pelos pais antes do término do tratamento (FOLHA UOL MANAUS, 2014).

A multimistura utilizada no Centro Municipal de Saúde Dr. José Amazonas Palhano, foi uma fórmula conseguida através de pesquisas com nutrientes alimentares realizadas por técnicos do Programa de Recuperação de Crianças Desnutridas - PRDC da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e da Universidade Federal do Amazonas – UFAM (FOLHA UOL MANAUS, 2014).

A coordenadora do PRCD na época esclareceu que a multimistura foi a solução alimentar encontrada "para resolver o problema da desnutrição a um custo baixo". No composto alimentar estão incluídas as vitaminas, proteínas, lipídios, cálcio e ferro que não chegariam a ser consumidas diariamente pelas crianças pobres. Esses elementos estão presentes em alimentos como ovos, frutas, verduras, legumes e carne (FOLHA UOL MANAUS, 2014).

A coordenadora do PRCD citou como exemplo na época o caso da menina V.O.M., de dez meses, que entrou no centro de saúde com um quadro de pneumonia e desnutrição graves, pesando 3,75 kg. Em um mês, a menina passou a pesar 4,30 kg e foi curada da pneumonia. Um pacote de 250 gramas da multimistura equivale a cem gramas de carne. O alimento é aconselhável para crianças de até dez anos.

Oliveira et al. (2006) avaliaram o impacto da suplementação da dieta com multimistura sobre o estado nutricional de crianças em fase pré-escolar em risco nutricional: 135 crianças na faixa etária de um a seis anos durante 2 meses, foram divididas em 3 grupos intervenção 1, intervenção 2 e controle. O grupo GI1, GI2 e GC receberam 5g e 10g de multimistura e placebo, respectivamente.

O estado nutricional das crianças foi avaliado antes e após a suplementação. Cada 100g da multimistura contém 47,5% de farelo de trigo, 47,5% de fubá de milho, 4,0% de pó de semente de melão, gergelim, abóbora e amendoim, 0,5% de pó de folha de mandioca e 0,5% de casca de ovo apresentando uma diferença nos indicadores peso/ idade, altura/idade e peso/altura entre os grupos estudados (OLIVEIRA et al., 2006).

Gigante et al. (2007) avaliaram durante 6 meses, 24 escolas de educação infantil o efeito da multimistura adicionada à merenda

escolar sobre o estado nutricional de crianças atendidas em escolas municipais de educação infantil. As escolas foram comparadas antes e depois da intervenção. Foram adicionados 10 g de multimistura à alimentação fornecida às crianças que frequentavam as 12 escolas do grupo intervenção. A multimistura era constituída por 30% de farelo de arroz, 30% de farelo de trigo, 10% de farinha de trigo, 15% de farinha de milho, 5% de pó da folha da mandioca, 5% de pó da casca do ovo e 5% de pó de semente de abóbora ou de girassol. A suplementação com 10 g de multimistura mostrou efeito sobre índices nutricionais estudados em crianças atendidas em escolas municipais de educação infantil.

Ferreira et al. (2008) verificaram o impacto do consumo da multimistura sobre as condições de nutrição e saúde de 98 crianças de (6 a 60 meses) em situação de risco de uma favela de Maceió, Alagoas, Brasil, suplementadas com 2 colheres de sopa de multimistura durante 10 meses. A multimistura era composta de farelo de trigo (80%), folha de mandioca (10%) e pó de casca de ovo (10 %) com resultados positivos na avaliação antropométrica, dietética e bioquímica (FERREIRA et al., 2008).

Em reconhecimento à importância da utilização da multimistura e do soro caseiro, no ano de 2013, a Assembléia Legislativa do Estado do Amazonas realizou uma sessão em homenagem aos 30 anos da Pastoral da Criança, homenagem merecida, pois raras são as instituições e organismos que contribuíram tanto para a sociedade, ultrapassando os seus próprios limites e influenciando esta mesma sociedade muito além do seu raio de ação (JORNAL “EM TEMPO”, 2013).

A primeira delas é a de que ações simples de gente simples, feitas de maneira organizada transformam e fazem verdadeiras revoluções. As ações básicas da pastoral, “que são a pesagem das crianças para controlar o seu crescimento e evitar a subnutrição com o uso da multimistura, e o uso do soro caseiro” nos casos de diarreia “salvaram e possibilitaram vida sadia a milhares de crianças em todos os cantos e recantos do Brasil”. Estas ações eram e são realizadas por voluntárias preparadas para tanto em cursos de capacitação com linguagem e conteúdos adaptados a realidade (JORNAL “EM TEMPO”, 2013, p.1).

De acordo com o *site* multimistura.org (2015), o programa de orientação alimentar contra a desnutrição infantil, utilizando a multimistura como estratégia de prevenção, já passou por vários Estados brasileiros e por mais 15 países da América Latina, África e Ásia, sendo que grande parte do seu reconhecimento foi graças a parceiros, como a organização social Pastoral da Criança, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na época do então Programa Saúde da Família (PSF), hoje ESF e também governos estaduais, municipais e inúmeras organizações não governamentais (ONGs), que passaram a utilizá-lo em suas ações de cidadania.

Embora os benefícios da multimistura não estejam devidamente entendidos e completamente comprovados, na visão do CFN e da SBP, de acordo com os defensores da multimistura e suas experiências realizadas, a utilização da multimistura diariamente com uma dieta equilibrada, mostra uma melhora significativa no desenvolvimento das crianças de baixa renda, deixando-as mais resistentes contra infecções, mais dispostas e ajudando no quadro do estado nutricional. No entanto, mais estudos são necessários para melhor entendimento e comprovação sobre os benefícios da multimistura, bem como uma legislação específica quanto ao controle de qualidade do produto destinado à alimentação humana e sua distribuição nas UBSs, por exemplo.

E como bem recomenda o *site* multimistura.org (2015) aliado a isso, oficinas sobre alimentação alternativa, como a apresentada na fórmula nutricional "multimistura", que revela-se como um método alimentar alternativo, rico em vitaminas e minerais, que há mais três décadas tem sido usada por organizações sociais para combater a mortalidade infantil no Brasil, devem ser realizadas nas instituições de saúde, contribuindo ainda para debater sobre a segurança e soberania alimentar (cadeia produtiva, cardápios, hortas, conservação de alimentos e enriquecimento durante a preparação de receitas), buscando ainda formas eficientes para a população não deixar de comer bem, independentemente da renda familiar.

CONCLUSÃO

Com a Declaração Universal de Direitos Humanos em 1948, foi reconhecido que um dos direitos do homem era o de viver livre da fome

e da desnutrição, e nesse contexto, a responsabilidade social de garantir à criança o mais elevado padrão de saúde, explicitamente reconhecida na Convenção dos Direitos da Criança, inclui a garantia de um padrão nutricional satisfatório.

No entanto, com o advento da globalização da economia e da competitividade extrema, que avançam em curso assimétrico, expandindo mercados através de fronteiras nacionais, o número de pessoas vivendo na pobreza continua a crescer, oprimindo ainda mais a vida daqueles que não têm recursos e acesso para usufruir da economia global. A humanidade presenciou avanços monumentais capazes de salvar vidas e evitar sofrimento, entretanto, a condição de dignidade, como acesso a uma alimentação saudável, permanece fora de alcance para muitos milhões de excluídos no mundo.

O problema da desnutrição infantil ainda faz parte do cotidiano de um número expressivo de crianças brasileiras, e nos municípios do Estado do Amazonas e em Manacapuru, essa realidade não é diferente, tratando-se, portanto, de um problema de saúde pública de grandes proporções, o que demanda a participação não somente dos profissionais da área de saúde, mas também da sociedade, para a sua prevenção e erradicação.

Não restam dúvidas que o progresso humano e o desenvolvimento social dependem do cuidado dedicado à criança e da garantia de seus direitos. Daí decorre a extrema relevância da Sistematização do Atendimento Nutricional Ambulatorial em Pediatria

Desde que surgiu o conceito de saúde sob “o bem-estar físico, social e mental”, ficou imprescindível avaliar o paciente de maneira global, para que todos os objetivos clínicos traçados fossem alcançados, o que vem exigindo maior interatividade entre os profissionais, e foi assim que surgiu o conceito e a importância do trabalho em equipe para se fazer os corretos procedimentos do atendimento nutricional ambulatorial em pediatria.

Na realidade, seja qual for a maneira de assistencialismo, a consideração do panorama biopsicossocial traz condições para que sejam estabelecidas estratégias terapêuticas eficazes, ou seja, que se adaptem ações aos aspectos que regem a vida de cada paciente.

É importante ainda esclarecer que, embora os objetivos propostos tenham sido alcançados, esse trabalho não teve a pretensão

de apresentar conclusões definitivas acerca do tema em pauta, haja vista que, os aspectos que circundam a questão da desnutrição infantil são muitos, e que um estudo de caso, mesmo em nível de residência médica, não pode contemplar em todas as suas especificidades.

O estudo de caso ainda revelou que, apesar da prevalência da desnutrição em crianças na faixa etária de 0 a 8 anos atendidas na UBS São Francisco no biênio 2013-2014, ao longo do período analisado a incidência de desnutrição veio declinando. No ano de 2013 foram 208 crianças desnutridas e no ano de 2014 esse número reduziu para 154 crianças.

Estes resultados sinalizam que o atendimento ambulatorial em Pediatria na referida UBS está contribuindo para a diminuição da incidência da desnutrição na faixa etária de 0 a 8 anos, na cidade de Manacapuru, evidenciando ainda que, uma contínua avaliação nutricional dentro dos parâmetros do atendimento de saúde sistematizado contribui significativamente para a prevenção e controle das doenças e carências nutricionais causadas pela desnutrição.

Não restam dúvidas de que, a taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde das crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. A desnutrição infantil é um dos maiores problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento como o Brasil e sua redução e erradicação estão estreitamente relacionadas com ações integradas que busquem reduzir a pobreza e a melhoria da qualidade de vida das famílias menos favorecidas, o que implica no estabelecimento de estratégias amplas, mas simples, com intensa participação da sociedade civil, não sendo exclusivo dos profissionais de saúde. Tem-se conhecimento que dentre os fatores associados aos óbitos na infância estão as condições de saúde e nutrição, bem como fatores como nível de escolaridade, condições de vida familiar, assistência pré-natal e cuidados imediatos ao recém-nascido que podem interferir no crescimento e desenvolvimento infantis. As principais causas da mortalidade infantil incluem as doenças perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição infantil. Retomando a questão da possibilidade de utilização da multimistura no combate à desnutrição infantil, destaca-se que a orientação nutricional deve ocorrer tanto em nível individual

e comunitário, quanto em nível escolar, ofertando ainda uma merenda escolar saudável e um programa de orientação aos alunos e responsáveis. A farinha enriquecida, popularmente conhecida como multimistura, é mais uma estratégia importante no combate à desnutrição infantil, mas para produzir eficácia deve estar relacionada à educação nutricional.

Tomando-se como base a revisão bibliográfica que foi realizada neste trabalho, pode-se inferir que a multimistura é um suplemento que pode ser utilizado nas UBSs para ajudar no controle do estado nutricional, promovendo um enriquecimento das dietas padrões. Os resultados das pesquisas consultadas demonstraram que a multimistura possui quantidades significativas de minerais e vitaminas e muitas fibras, no entanto, em decorrência de alguns fatores antinutricionais, esses nem sempre estão disponíveis para que possam ser absorvidos pelo organismo.

Mesmo com algumas limitações nutricionais, toxicológicas e éticas, apontadas pelo Conselho Federal de Nutrição – CFN e pela Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP, a pesquisa realizada ainda revelou a efetividade da multimistura como complemento alimentar no combate da desnutrição infantil. Portanto, nesse cenário, impõe-se a educação nutricional, não somente no âmbito familiar, como no escolar também, desempenhando o pediatra o papel de educador para esses menores e seus responsáveis. Os pediatras devem contribuir ainda para a criação de estratégias visando à orientação, bem como a promoção de normas de higiene e de hábitos alimentares, buscando atingir a população de um modo geral, de modo particular as famílias de baixa renda e as mães com baixo nível de escolaridade. Os pediatras, por meio do atendimento ambulatorial em pediatria e do Programa de Puericultura nas UBSs, podem contribuir, de forma substancial, para a diminuição da incidência da desnutrição infantil, conforme pôde ser verificado nesse estudo.

Os resultados ainda sinalizaram que o atendimento ambulatorial em Pediatria e uma contínua avaliação nutricional dentro dos parâmetros do atendimento sistematizado em nutrição, contribuem de forma significativa para a prevenção e controle das doenças e carências nutricionais causadas pela desnutrição infantil. Além disso, durante as consultas os pediatras deveriam incentivar o aleitamento materno, as imunizações, estimulando as comunidades

atendidas a procurarem alternativas para o tratamento da desnutrição, cumprindo o que preconiza o Programa de Puericultura do Ministério da Saúde. Em parceria com a escola, os pediatras deveriam estimular e orientar os professores a criarem nas crianças um hábito alimentar saudável. O desenvolvimento social e o progresso humano futuro está intimamente relacionado ao cuidado dedicado à criança e à garantia de seus direitos, inclusive ao acesso à alimentação como um direito humano, e daí decorre a relevância da sistematização do atendimento nutricional ambulatorial em Pediatria que deve ser realizado no âmbito das UBSs.

Nesse sentido, pode-se destacar que essa pesquisa buscou trazer em seu bojo uma proposta de avaliação, por parte das autoridades de saúde competentes, da utilização da multimistura como alternativa de combate à desnutrição infantil. Nesse contexto, recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas para melhor entendimento e comprovação sobre os benefícios da multimistura nas UBSs, bem como uma legislação específica quanto ao controle de qualidade do produto e sua distribuição.

É importante ainda destacar que a produção científica em pediatria clínica com o tema desnutrição infantil deve ser crescente e pesquisado sob as mais diversas perspectivas para compreender que muitos problemas relacionados ao problema encontram-se vinculados ao acesso à informação e à educação nutricional. Esse trabalho contempla uma pesquisa inicial, logo, os estudos devem ter continuidade para um adequado aprofundamento do assunto. Pesquisas sobre este tema encontram-se em processo de contínuas atualizações, deveriam ser mais explorados e constituem-se em um campo fértil para futuros trabalhos na área de Pediatria Clínica, devendo ser realizados com mais frequência, principalmente na cidade de Manaus e até em municípios do Estado do Amazonas, onde há carência de pesquisas nessa área, sendo também um campo propício para futuros estudos empíricos e experimentais.

REFERÊNCIAS

- ABE, R.; FERRARI, R.A.P. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos enfermeiros numa unidade de saúde da família. In: **REME – Rev. Min. Enferm.**;12(4): 523-530, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/297>> Acesso em: 12 abr. 2014.
- ACCIOLY, E.; LACERDA, E.M.A. Atendimento Nutricional Ambulatorial em Pediatria. In: LACERDA, E.M.A. et al. **Práticas de Nutrição Pediátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- AFFONSO, C.V. **Nutrição, Prevenção e Qualidade de Vida**. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/feff/sites/uploads/deafa/qvaf/gestao_empresa_cap10.pdf> Acesso em 05 mar. 2015.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. **Perfil Econômico dos Municípios do Estado do Amazonas**: Secretaria de Estado de Planejamento e Desenvolvimento Econômico. Manaus: SEPLAN, 2010. Disponível em: <<http://www.seplan.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/PERFIL%20RMM%20-%20VERS%C3%83O%203%20FINAL%2002-02%20-%202011.pdf>>
- BONETTI, S.C. **A multimistura na recuperação do escolar desnutrido**. Rio de Janeiro, 2008. TCC (especialização) Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Disponível em:<http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD96%201%BA%20TEN%20AI%20SIMONE%20CARUSO%20BONETTI.pdf> Acesso em: 11 nov.2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>
- BONATO, V.L. **Gestão em saúde**: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone, 2007.
- BRASIL. **Agenda de Compromissos para a saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_criaca.pdf> Acesso em: 11 nov.2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: Acesso em: 05 maio 2014.
- BRASIL. **Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em 11 nov. 2013.
- BRASIL. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf>Acesso em: 25 mar. 2014.
- BRASIL. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em:

Déborah Acássia Mamed Rodrigues– **Desnutrição Infantil e o Atendimento Ambulatorial em Pediatria no Acompanhamento e no Controle da Desnutrição Infantil na Faixa Etária de 0 a 8 Anos em Unidade Básica de Saúde – UBS**

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em: 13 fev. 2014.

BRASIL. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 24 jan. 2014.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. CNS/MS. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 196/96**. Estabelece Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/reso196.doc>> Acesso em: 05 dez. 2013.

BRASIL. **Resolução CFM Nº1931/2009**. Conselho Federal de Medicina – CFM. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em:

<<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>> Acesso em: 11 nov. 2013.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. In: **Rev Esc Enferm USP**, 45(3):566-74, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03>> Acesso em: 11 nov. 2013.

CARNEIRO, V. G. **A Puericultura realizada pelo Enfermeiro: Importância na Estratégia Saúde da Família**. MG, 2010. Disponível em:

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2607pdf>> Acesso em: 11 nov. 2013.

CARVALHO, M.R.; TAMEZ, M. R. **Amamentação Bases Científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

CNS. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.multimistura.org.br/12a%20conferencia%20nacional%20de%20saude.doc>>. Acesso em: 27 dez. 2013.

COSTA, R.S.; KAC, G. Avaliação Antropométrica do Estado Nutricional de Crianças. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2012.

DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A.C.; SIGULEM, D.M. Nutrição em Saúde Pública. In: LOPES, F.A.; BRASIL, A.L.D. **Nutrição e Dietética em Clínica Pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 2003.

DIAS, L.R. Análise sociotécnica das controvérsias ao redor do programa alimentar Multimistura. In: **História da Ciência e das Técnicas e Epistemologia – HCTE da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ**. 2013. Disponível em: <<http://www.hcte.ufrj.br/downloads/sh/sh4/trabalhos/Lucimeri%20Ricas.pdf>> Acesso em: 27 dez. 2013.

FARIA, I.G.; LACERDA, E.M.A. Desnutrição. In: LACERDA, E.M.A. (Org.) et al. **Práticas de nutrição pediátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

Déborah Acássia Mamed Rodrigues– **Desnutrição Infantil e o Atendimento Ambulatorial em Pediatria no Acompanhamento e no Controle da Desnutrição Infantil na Faixa Etária de 0 a 8 Anos em Unidade Básica de Saúde – UBS**

FERREIRA, H.S. et al. Efeitos do consumo da multimistura sobre o estado nutricional: ensaio comunitário envolvendo crianças de uma favela da periferia de Maceió, Alagoas, Brasil. In: **Rev Bras Saúde Matern. Infant**, v.8, n.3, p.309-31, Recife, jul./set, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a10v8n3.pdf>> Acesso em: 28 jul. 2014.

FOLHA UOL MANAUS. **Multimistura combate a desnutrição**. 20/04/1994. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/4/20/brasil/6.html>> Acesso em: 28 jul. 2014.

GARCIA, E.M. **Atendimento Sistematizado em Nutrição**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GIGANTE, D.P. et al. Randomized clinical trial of the impact of a nutritional supplement “multimixture” on the nutritional status of children enrolled at preschools. In: **Jornal de Pediatria**, v.83, n.4, p.363-369, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n4/v83n4a13.pdf>> Acesso em: 28 jul. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIORDANI, A.T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul/SP: Difusão Editora, 2008.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. In: *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, suppl.1, p. 881-892. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a20v16s1.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2014.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do Sul/SP: Yendis, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Amazonas. Manacapuru**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=130250>> Acesso em: 4 mar. 2015.

JAMES, W. P. T. Tendências Globais da Obesidade Infantil - Consequências a Longo Prazo. In: **Obesidade na Infância**. Anais Nestlé, Volume 62, 2002.

JORNAL “EM TEMPO”. **Pastoral da Criança**. 21/09/2013. Disponível em: <<http://www.emtempo.com.br/pastoral-da-crianca/>> Acesso em: 28 jul. 2014.

KAMINSKI, T.A. **O uso da multimistura no contexto da segurança alimentar**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Rurais, Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos, Santa Maria/RS, 2007. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1714> Acesso em: 27 dez. 2013.

KARP, R. Desnutrição em Crianças nos Estados Unidos: O impacto da Pobreza. In: SHILS, M.E. et al. (org). **Tratado de Nutrição Moderna na saúde e na doença**. 9. ed. Volume II, 2003.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001.

LACERDA; E. M. de A.; ACCIOLY, E. Aleitamento materno. In: LACERDA, E.M.A. **Práticas de nutrição pediátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

LACERDA, E.M.A; ACCIOLY, E. Alimentação Complementar do Lactente. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2012.