

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DO PROGRAMA HORA DE COMER EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FLORIANÓPOLIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Janaina das Neves¹
Nelize Moscon Marafon²
Rafaella Cristina Dimbarre de Miranda³

RESUMO

A desnutrição infantil ainda desafia os profissionais de saúde, uma vez que tem causas biológicas e também sociais. Este artigo descreve a experiência exitosa na adesão das famílias na Hora de Comer - um Programa de Suplementação Alimentar para Crianças em Situação de Risco Nutricional e Baixo Peso em um Centro de Saúde da Família de Florianópolis. A pesquisa tem caráter descritivo/qualitativo, tendo a observação participante como instrumento para a coleta dos dados. A abordagem interdisciplinar com as famílias recuperou a participação ativa destas no Programa e possibilitou a formação de vínculo entre elas e respectivas equipes de saúde. Ressalta-se o papel fundamental dos Agentes Comunitários de Saúde no acompanhamento a estas famílias bem como sua participação nas reuniões educativas no Grupo, uma vez que, os resultados demonstraram que é importante que toda a equipe se preocupe pela situação da criança. Conclui-se que os profissionais de saúde devem considerar em suas ações os problemas multidimensionais envolvidos na determinação da desnutrição infantil e procurar assistir integralmente as famílias, por meio de investigação da realidade, da criação de vínculos e da efetiva articulação intersetorial para proteção social das mesmas.

Palavras-chave: Desnutrição infantil. Saúde da família. Interdisciplinaridade.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo relata a experiência de abordagem interdisciplinar das residentes de Nutrição e de Serviço Social na coordenação das reuniões educativas de um programa de suplementação alimentar, chamado Hora de Comer, em um Centro de Saúde da Família (CSF), no município de Florianópolis/SC.

O interesse de se trabalhar com as famílias que compunham o Programa Hora de Comer foi despertado no decorrer da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, do

¹ Nutricionista, Mestre em Neurociências e Comportamento, Doutora em Ciências. Professor Adjunto do Departamento de Nutrição da UFSC.

² Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Social da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis da UFSC. E-mail: nelizemoscon@hotmail.com.

³ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nutricionista do Hospital Universitário da UFSC. E-mail: rafaella.nutricionista@gmail.com

Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Embora os índices de desnutrição infantil tenham decaído ao longo da história, ainda se constitui em um desafio para os profissionais de saúde, pois é responsável por mais da metade dos óbitos em crianças com menos de cinco anos de idade, em nível mundial. O desafio se apresenta especialmente para as Equipes de Saúde da Família (ESF), que buscam constantemente responsabilizar-se de forma integral pela população de sua área de abrangência, com grupos de atenção prioritários, como a saúde da criança, da mulher e do idoso.

Especificamente no que se refere à saúde da criança, o Ministério da Saúde propõe um acompanhamento de acordo com “um calendário mínimo de consultas, para avaliar e acompanhar, de maneira sistemática, os processos de crescimento e desenvolvimento da criança.” (BRASIL, 2004, p. 15).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a desnutrição pode começar precocemente na vida intra-uterina (caracterizada pelo baixo peso ao nascer, ou seja, peso inferior a 2500g) e, frequentemente, cedo na primeira infância, tendo como uma das causas a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e/ou da alimentação complementar inadequada nos primeiros dois anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas, como diarreias e doenças respiratórias, por exemplo. Outros fatores de risco incluem problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica, ou por precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança (alimentação inadequada em relação aos horários, tipo e quantidade de alimentos oferecidos, cuidados com higiene e saúde de modo geral) e o fraco vínculo mãe-filho.

A abordagem da desnutrição infantil implica considerar as condições socioeconômicas adversas que levam uma criança a esse quadro, pois a pobreza e a desnutrição são problemas multidimensionais e intimamente relacionados. O problema da desnutrição é também resultado da situação de pobreza em que vive a maioria das famílias. Situação de pobreza esta gerada pelo atual modo de produção capitalista, que prioriza a concentração de renda, o econômico em detrimento do social (da melhoria da qualidade de vida das pessoas).

Conforme aponta Soares, a intervenção não pode desta forma, se resumir apenas a uma suplementação alimentar da criança, mas deve considerar a situação da família e buscar soluções para tirá-la da situação de exclusão social em que se encontra (SOARES, 2004).

Como iniciativa de enfrentamento ao problema da desnutrição infantil, o município de Florianópolis criou no ano de 1999 o Programa Hora de Comer, que tem o objetivo de assistir integralmente as crianças residentes no município que estão em situação de risco nutricional e baixo peso por causa primária (ingestão inadequada/insuficiente de alimentos) por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais (FLORIANÓPOLIS, 2008).

O Programa está estruturado em três partes: exige o acompanhamento mensal destas crianças por meio de consulta médica; a participação mensal de um responsável em reunião educativa no ESF de sua residência e posteriormente, a entrega de uma cesta nutricional para a família como suplemento alimentar para a criança. Além disso, o Protocolo prevê a articulação intersetorial, com inclusão das famílias em programas de proteção social.

A faixa etária das crianças atendidas pelo Programa segue a orientação do Ministério da Saúde, que a partir do lançamento de Novas Curvas de Crescimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2000, orienta mudanças de classificação referente ao estado nutricional da população, conforme os seguintes critérios: peso para idade entre p3 e p97 considerado normalidade nutricional, peso baixo para idade quando abaixo do p3 e muito baixo peso quando menor ou igual a p0,1 (BRASIL, 2006). Esses parâmetros são também adotados na carteira nacional da criança.

Neste sentido, o Programa Hora de Comer, foi reformulado em 2008, seguindo essas recomendações e incluindo também as crianças portadoras de doença celíaca (nesse caso crianças que apresentam desnutrição secundária). Em função disso, os produtos da cesta nutricional foram substituídos por ingredientes isentos de glúten.

Atualmente são incluídas as crianças de 6 meses até 2 anos com peso para idade abaixo do p10, ou seja, crianças com baixo peso para idade (abaixo do p3) e com risco nutricional (p entre 3 e 10). Além dessa faixa etária são incluídas as crianças de 2 a 5 anos, somente com baixo peso para idade (abaixo do p3). As crianças dessa faixa etária que estiverem em risco nutricional (peso para idade entre o p3 e p10) são acompanhadas pela ESF, porém não recebem cesta nutricional do Programa (FLORIANÓPOLIS, 2008). O critério de idade atendido justifica-se pelo fato de ser esta faixa etária de maior suscetibilidade para o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

As reuniões educativas do Programa acontecem nos CSF do município. No Centro de Saúde alvo do estudo, as reuniões educativas eram anteriormente realizadas pelos próprios profissionais das equipes de saúde e sua coordenação era feita sob a forma de rodízio, geralmente a ESF que tinha mais crianças cadastradas assumia essa atividade.

As autoras coordenaram as reuniões educativas do Grupo inicialmente pelo interesse no tema da desnutrição infantil, tomando como questão central a complexidade de fatores relacionados à desnutrição e a proteção social das famílias que enfrentam esta situação, e também pelo fato de nenhum outro profissional do Centro de Saúde da Família ter disponibilidade de tempo naquele momento, ou afinidade com a temática para colaborar com as atividades.

A percepção de que diversas crianças eram desligadas do Programa em função da desistência da família, ou por atingirem o limite de idade preconizado, e não pela obtenção do peso adequado, trouxe questionamentos para as autoras. O fato de algumas ESF não terem conhecimento do Protocolo do Programa nem das crianças inseridas no mesmo, pertencentes à sua área de abrangência, ou o acompanhamento destas se limitar a antropometria e orientações básicas, sem um plano terapêutico, também trouxe inquietações sobre a melhor forma de garantir atendimento integral para as crianças e famílias.

Neste sentido, estabeleceu-se como objetivo do estudo descrever a implementação do novo protocolo do Programa Hora de Comer neste CSF, descrevendo a dinâmica da reunião educativa do Grupo a partir da inserção das autoras, com destaque para dois aspectos percebidos: a mudança de comportamento das famílias participantes ao longo das reuniões educativas, bem como a importância da criação de vínculo de cada família com a sua respectiva equipe de saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo/qualitativo, tendo como instrumento para a coleta dos dados e informações, a observação participante. Esta técnica, de acordo com Minayo (2001) se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, com objetivo de obter informações sobre a realidade dos atores sociais envolvidos. Também foi utilizada a análise documental, baseada no registro das reuniões educativas, na lista de presença das famílias e cadastro das mesmas no Centro de Saúde com nome e endereço.

As reuniões educativas do Programa Hora de Comer tiveram a duração de uma hora e foram coordenadas pelas autoras de Agosto de 2008 até dezembro de 2009. Embora com rotatividade, foi 17 o número médio de famílias participantes no período estudado.

Foram trabalhados temas em forma de roda de conversa, que se constitui em um instrumento para efetivar a educação popular em saúde uma vez que, permite o diálogo entre

o conhecimento técnico-científico e o saber popular. Nesta metodologia valorizam-se as trocas interpessoais, as iniciativas dos usuários e a construção compartilhada de conhecimentos nos temas discutidos, possibilitando assim, a construção da autonomia dos sujeitos e a possibilidade de mudança social (VASCONCELOS, 2007, p. 21). Ao final de cada encontro, acordava-se coletivamente um tema de interesse para a próxima reunião e as autoras foram facilitadoras desse processo.

Durante o processo buscou-se reconhecer as famílias como sujeitos portadores de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o as residentes e o serviço de saúde e de desenvolver uma análise mais crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta, autonomia e enfrentamento dos seus problemas.

Objetivando socializar a experiência com os demais profissionais da área da saúde, deixou-se uma cópia deste estudo no Centro de Saúde da Família alvo do estudo e outra cópia também foi entregue à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SC, que é gestora deste Programa de suplementação alimentar.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

A partir da experiência do trabalho com as famílias, foram observados dois grandes resultados:

3.1 MUDANÇA DE COMPORTAMENTO DAS FAMÍLIAS NAS REUNIÕES EDUCATIVAS

A implementação do novo protocolo do Programa Hora de Comer e a mudança no método de condução das atividades levou também à mudança de comportamento das famílias nas reuniões educativas.

Percebeu-se que, no início da coordenação das reuniões alguns participantes compareciam somente pela obrigatoriedade da atividade, chegando atrasados ao encontro, negando-se a participar das atividades propostas ou limitando-se a ouvir sem nenhuma participação.

Os assuntos trabalhados anteriormente se referiam mais à orientação sobre os produtos da cesta nutricional ou a forma ideal de consumir aqueles produtos, o que não despertava

interesse aos participantes. Observou-se então, a necessidade de abordar a realidade diária das famílias, com assuntos sugeridos pelo próprio grupo.

Inicialmente, estes assuntos que eles sugeriam tinham foco na doença, como resultado da própria necessidade de conhecimento sobre determinadas patologias pelas quais foram acometidos. Na sequência, estas abordagens foram aos poucos substituídas por outras mais abrangentes, vinculadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, como: higiene e conservação dos alimentos; importância das fibras; autocuidado; direitos e benefícios sociais; violência contra a mulher entre outros.

A partir daí, houve uma participação mais ativa dos integrantes: assiduidade aos encontros, maior receptividade às coordenadoras, maior interesse nas discussões, com relatos pessoais de suas experiências relacionadas aos assuntos discutidos, como por exemplo, o relato de uma das participantes sobre uma situação de violência doméstica vivenciada. Aconteceram também outros episódios onde houve a participação de mais de um integrante da família na reunião educativa, e também de uma mãe que, mesmo com a saída da criança do programa, participou por vezes deste momento de encontro, o que claramente demonstrou que aquele momento não era mais obrigação.

Além disso, observou-se uma maior autonomia das famílias, com posições mais críticas sobre os acontecimentos, como o relato sobre a curta duração no tempo de consulta mensal da criança pelo profissional de saúde ou insuficiência de informações claras sobre a situação nutricional da criança, e ainda sobre abordagem somente clínica.

O comportamento mais receptivo das famílias e o reconhecimento das suas necessidades, a partir do olhar para a realidade delas possibilitou a articulação intersetorial entre o CSF e os serviços, ampliando a rede de proteção social da criança e família, trazendo melhoria das condições de vida e saúde das mesmas.

3.2 CRIAÇÃO DE VÍNCULO ENTRE AS FAMÍLIAS E SUA RESPECTIVA EQUIPE DE SAÚDE

A partir do reconhecimento das crianças inseridas no Programa e da equipe de saúde à qual pertenciam foi promovida uma discussão do Protocolo do Programa com as equipes de saúde, reforçando a importância de o acompanhamento ser feito pelas mesmas, entendendo que este, bem como o conhecimento da dinâmica familiar e a criação de vínculo são atribuições das ESF e se constituem em novas formas de promover saúde, de melhorar condições de vida e reverter o quadro de desnutrição infantil.

Com essa compreensão, as equipes se propuseram a fazer uma busca ativa para inserir mais crianças moradoras em sua área de abrangência, principalmente aquelas não acompanhadas integralmente, ou que não chegavam até o Centro de Saúde, geralmente residentes em áreas descobertas (sem Agente Comunitário de Saúde).

A partir desta motivação, uma ESF passou a utilizar novo método para a consulta mensal da criança, durante o período em que ocorreu este estudo, realizado de forma coletiva. Segundo relato dos profissionais e das famílias, esta experiência trouxe resultados positivos. As famílias verbalizaram que a consulta passou a ser um momento prazeroso de conhecimentos, que possibilita maior troca de experiências com os profissionais, inclusive tendo fácil acesso também ao profissional cirurgião dentista, antes distante das atividades com as famílias. Os aspectos clínicos eram conduzidos pelo médico e acompanhados por todos os profissionais da equipe, permitindo também acesso das famílias para avaliação odontológica, orientações de enfermagem e conversa com o ACS.

Ao final da experiência de mais de um ano, os profissionais das equipes de saúde no referido CSF demonstraram interesse em dar continuidade à atividade educativa realizada até então pelas residentes. Na reunião de colegiado do CSF, decidiu-se que a ESF com maior número de crianças assumiria a coordenação do grupo, mantendo as dinâmicas que vinham sendo utilizadas e avaliando periodicamente o método utilizado, buscando estratégias alternativas para as famílias que possuem crianças que não estão atingindo o peso desejado.

Ressalta-se o papel fundamental do ACS no acompanhamento a estas famílias, nas quais as visitas devem ser mais frequentes bem como a participação destes nas reuniões educativas do grupo, uma vez que, os resultados demonstraram que é importante que toda equipe se preocupe com a situação da criança e do problema da desnutrição infantil.

3 CONCLUSÕES

Cabe aqui ressaltar a defesa por uma Política de Saúde Pública de segurança alimentar e nutricional, em nível municipal, a quem dela necessite, para além de grupos alvo. Um vasto leque de indivíduos, dentre estes, idosos, crianças, gestantes não possuem o direito a alimentação adequada provido como garante a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

A intersetorialidade deve ser o caminho para que a integralidade do atendimento seja possível, o que ainda é considerado um desafio para maioria dos serviços de saúde uma vez que rompe com o modelo de atendimento centrado na doença. A promoção da saúde no seu conceito mais amplo enquanto direito social requer que os profissionais se atentem para os

outros setores, articulem proteção social, inclusão em programas de geração de renda, com a política de habitação, com projetos contra-turno escolar para as crianças entre outros.

A experiência vivenciada durante o desenvolvimento da pesquisa, de mudança no comportamento das famílias inseridas no Programa e da criação de vínculo entre elas e equipes de saúde sinaliza uma possibilidade de enfrentamento frente ao problema da desnutrição infantil, porém como citado, ela também é consequência da situação de pobreza na qual a família está incluída, que é resultado da desigualdade social, o que demanda mudança da estrutura de produção, ações políticas eficazes, esforços de governantes comprometidos com a reversão desse quadro.

Em seu ambiente particular, profissionais de saúde devem considerar em suas ações esses problemas multidimensionais envolvidos na determinação da desnutrição infantil e procurar assistir integralmente as famílias, por meio de investigação da realidade, da criação de vínculos e da efetiva articulação intersetorial para a proteção social das mesmas.

THE IMPLEMENTATION OF PROTOCOLO DO PROGRAMA HORA DE COMER IN A CENTER OF FAMILY'S HEALTH IN FLORIANÓPOLIS: A INTERDISCIPLINARY EXPERIENCE

ABSTRACT

Child malnutrition still constitutes a challenge for professionals, since it has biological and social causes. This paper describes the succeeded experience in the Eat Time Program - a Program that assists children living in Florianopolis who are under nutritional risk and low weight. This research has a descriptive/qualitative character and the participant observation as a tool for collecting data. The new way to manage the Program, based on interdisciplinary intervention recovered the active participation by the families to the Program and increased the link between them and their respective healthcare team. It is highlighted the essential role of the community health workers in monitoring this families and their participation in the Program, since the study demonstrated that is important that all staff worry about the child' problem. In conclusion, healthcare professionals should consider the multidimensional factors involved in the child malnutrition problem and assist families integrally by inquiry of the reality, increasing link and intersectoral articulation in order to protect them.

Keywords: Child Malnutrition. Health Family. Interdisciplinarity.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília, 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.nutricao.saude.gov.br/documentos/manual_desnutricao_crianças>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.nutricao.saude.gov.br/sisvan>>. Acesso em: 13 jul. 2009.

FLORIANOPOLIS. **Protocolo do programa hora de comer**. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOARES, M. L. P. V. **Vencendo a desnutrição: abordagem social**. São Paulo: Salus Paulista, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Submetido em: 17/04/2013

Aceito para publicação em: 05/07/2013