

# Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil

*BENEDITO SCARANCI FERNANDES*

## **Importância da desnutrição energético-protéica (DEP)**

**A** DESNUTRIÇÃO energético-protéica (DEP), é a principal alteração do estado nutricional, porque se trata de um dos principais problemas de saúde em países em desenvolvimento (Iyengar *et al.*, 2000). Estima-se que atualmente deve haver aproximadamente oitocentos milhões de desnutridos crônicos em todo o mundo, sendo que destes, duzentos milhões são crianças moderada ou levemente desnutridas e setenta milhões o são severamente (Iyengar *et al.*, 2000).

Do ponto de vista epidemiológico, pode-se dizer que as principais características da desnutrição infantil são:

- prevalece em países e setores pobres (Ortale e Rodrigo, 1998);
- incide nos indivíduos biologicamente mais vulneráveis, as crianças menores de cinco anos (Ortale e Rodrigo, 1998);
- e apresenta forte associação com o aumento de taxas de morbimortalidade (Ortale e Rodrigo, 1998), sendo um dos indicadores mais sensíveis da situação social do país (Tanner, 1976).

Apesar de as transformações de ordem econômica, social e demográfica pelas quais passou a sociedade brasileira nas últimas décadas terem modificado consideravelmente o perfil nutricional e educacional da população, a desnutrição continua sendo uma preocupação na saúde infantil. Os dados obtidos pela Pesquisa Nacional sobre Demografia de Saúde (PNDS, 1996) revelam que, entre os menores de dez anos de idade, a natureza da desnutrição é de caráter crônico, com prevalência variando entre 8,1% e 27,3%, dependendo da região estudada. Esta situação indica que a população brasileira continua apresentando baixos níveis de saúde e nutrição, retratando as diferenças sociais e econômicas que existem na nossa sociedade.

Pode-se inferir, portanto, pelo exposto, que o tema da desnutrição ainda deve ter alta prioridade na pesquisa, já que tem importantes conseqüências na saúde das crianças: o retardo do crescimento, sua principal expressão biológica, e o aumento da morbidade e da mortalidade (Ortale *et al.*, 1998), os quais continuam a ser graves problemas em nosso país.

Em função dessa alta prioridade, é preciso identificar estratégias eficazes para a prevenção e o controle da desnutrição, o que torna necessário o conhecimento da causalidade da DEP. O ponto de partida será, então, responder à seguinte pergunta: qual é o arcabouço teórico de explicação da desnutrição? Quais os modelos teóricos ou explicativos da DEP?

### **Os modelos explicativos da causalidade da DEP**

Os modelos explicativos atuais da causalidade da DEP são construídos a partir de uma base epidemiológica (Taddel e Sigulen, 1998), ou seja, a compreensão de que os fenômenos da saúde têm uma determinação multicausal. Não se pode falar em um único fator causal, mas sim em uma rede de fatores. A partir dessa hipótese, são criados modelos teóricos que têm como referência não somente as ciências específicas da área da saúde, mas também as ciências sociais.

Esses modelos explicativos colocam a desnutrição como resultado final de todo um espectro de condições (Chimurly e Nisal, 1993). Há fatores diretamente relacionados à DEP, como o consumo alimentar e a saúde do indivíduo, e fatores indiretamente relacionados, como as condições familiares, sua situação social e econômica e, por último, o nível das políticas sociais. É a interação entre pobreza (condição socioeconômica e familiar), saúde e alimentação da criança que conduz ao estado nutricional.

A estratégia fundamental para o controle da desnutrição, dentro desse modelo, é o estabelecimento de políticas públicas que melhorem a saúde e a nutrição da sociedade brasileira. A resolução da DEP depende de uma ação sobre as condições de vida da população, exigindo tanto a ação governamental como o envolvimento de todos os setores sociais.

Dentre estes setores é muito importante a participação dos profissionais de saúde, pois o seu trabalho vincula-se às duas principais causas diretas da DEP: a alimentação e os cuidados de saúde. Entretanto, esse envolvimento nem sempre ocorre. Por quê?

Para responder a essa questão é necessário partir da experiência. A primeira observação é que as equipes de saúde têm dificuldade em envolver as famílias na solução do problema, mesmo porque a maior parte das alterações ocorre de forma moderada e leve, não sendo perceptíveis para as famílias.

Por outro lado, é aos serviços e aos profissionais de saúde que as crianças desnutridas e suas mães trarão os seus problemas, pois a DEP é um problema de saúde e, nesse sentido, a maior parte das suas conseqüências se expressará em alterações biológicas e psíquicas.

De onde surge essa dificuldade? Por que os profissionais de saúde não sabem como cuidar das crianças desnutridas e de suas famílias? Por que não entendem a desnutrição como um problema de saúde?

Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, são preparados para o diagnóstico e tratamento de doenças. O reconhecimento da determinação so-

cial da DEP e o fato de ser um problema de saúde para o qual a solução não é terapêutica, colocam em xeque todo um arcabouço teórico-prático no qual o profissional foi formado. Como proporcionar então um maior comprometimento dos profissionais de saúde com o problema do controle da DEP?

### **Necessidade de um novo modelo explicativo**

Uma primeira observação é que as equipes de saúde têm dificuldade na compreensão da desnutrição. A DEP não é uma realidade homogênea, tanto do ponto de vista da sua causalidade, como de suas conseqüências. A pobreza também não é homogênea; seus efeitos são múltiplos e diferenciados, vinculados tanto à educação, à saúde, ao trabalho, como à alimentação e a características individuais (Ortale e Rodrigo, 1998).

Um sinal dessa dificuldade de entendimento são as diferenças encontradas na situação de saúde entre as famílias das camadas pobres da sociedade. Mesmo vivendo em condições sociais e econômicas precárias, sem moradia adequada, instrução e o mínimo necessário para viver de forma digna, identificam-se crianças com melhor condição de saúde que outras da mesma comunidade.

Em relação à desnutrição pode ser observado um fenômeno semelhante, pois esta se apresenta de forma diferenciada nas crianças da mesma família e entre famílias diversas. Ou seja, mesmo vivendo sob as mesmas condições, as pessoas apresentam estados nutricionais diferentes.

Esta situação ocorre por existirem outros fatores causais que, embora alterando a situação de saúde e de nutrição das pessoas, permanecem subjacentes às condições sociais e econômicas, ficando, deste modo, imperceptíveis aos profissionais de saúde. Assim, quem trabalha no nível local, depara-se com estas diferenças, sem entender o significado das mesmas. Se não existissem estes outros fatores intervenientes na vida das famílias, as crianças deveriam estar em condição nutricional e de saúde semelhante, o que não ocorre.

Na atividade profissional do dia-a-dia surgem perguntas como: de que maneira explicar as diferenças observadas? quais seriam esses fatores, que permanecem subjacentes à condição social e econômica e que explicariam as diferenças observadas? Em condições diversas, em vez da desnutrição, que alterações ocasionariam?

Esse problema é tão relevante que existe na literatura de saúde um conjunto de pesquisas feitas a partir dessa mesma percepção. Seu objetivo é identificar os “desviantes positivos” (do inglês *positive deviance*), ou seja, os fatores responsáveis pelos resultados positivos na saúde de crianças que crescem e se desenvolvem adequadamente em famílias pobres (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2001).

A compreensão de quais seriam esses fatores positivos poderá tornar mais satisfatórias as ações dos serviços de saúde nas soluções dos problemas identificados, aumentando a eficácia da sua interação com a comunidade.

Apesar desta linha de pesquisa e de outras tentativas na área educacional, que têm buscado mudanças na formação de recursos humanos em saúde no país, os problemas apresentados acima permanecem em aberto. Uma das soluções seria a construção de um novo modelo explicativo para os fenômenos em saúde, em particular a DEP, capaz de fornecer ao profissional ferramentas adequadas para trabalhar com essas crianças, suas famílias e comunidades.

O propósito deste artigo é debater essas dificuldades dos profissionais de saúde frente ao modelo explicativo vigente. A partir disso, proporá uma atenção adequada à criança desnutrida e um sistema de saúde mais eficaz no enfrentamento da desnutrição.

### **Proposta de um novo modelo de explicativo**

De onde surgem essas dificuldades? Do modelo explicativo dos fenômenos de saúde, em outras palavras, do conceito de saúde que está na base desse modelo, dentro do qual se dá a formação e atuação das diferentes profissões de saúde.

Na Idade Média, a saúde era identificada com a salvação. O homem saudável era o homem salvo. A saúde indicava, então, “uma condição global da existência em que a pessoa na totalidade das suas múltiplas potencialidades cresce e se desenvolve sentindo-se parte de uma história comum” (Petrini, 1981).

Com a era moderna, essa unidade é quebrada, e a saúde passou a ser entendida como o contrário de doença, especialmente no sentido físico. A grande prioridade tornou-se a eliminação das doenças. Houve um direcionamento no sentido de se buscar o seu tratamento. O desenvolvimento da microbiologia e dos antibióticos ocasionou uma grande evolução no controle de doenças infecciosas, reforçando a crença de que a saúde era possível com a eliminação das doenças. Isso “fundamentou uma concepção monocausal, apoiada na teoria dos germes, segundo a qual os problemas de saúde se explicam por uma relação agente-hospedeiro” (Mendes, 1996).

O crescimento de doenças não infecciosas, como o diabetes e a hipertensão, colocou em crise o modelo explicativo unicausal e a crença da saúde como resultado da total eliminação das doenças pelo tratamento. A entrada da sociologia e da psicologia no debate sobre a saúde levou a uma ampliação do conceito de saúde que não se restringe ao aspecto físico da pessoa, nem é somente ausência de doença. Este processo levou à elaboração de uma concepção multicausal do processo saúde-doença.

Dentro dessa nova lógica, foram formulados, a partir da década de 1970, modelos mais globalizantes de compreensão da realidade sanitária. Os “modelos de Blum, de Dever e de Lalonde que procuram articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, estilos de vida, meio ambiente e serviços de saúde” do processo saúde-doença, estão entre os que tiveram maior repercussão nos anos seguintes (Mendes, 1996).

Na seqüência desse processo, um outro marco foi a Conferência de Alma Ata, em 1978, onde se declarou que “a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (OMS/Unicef, 1979)”. Inicia-se assim um movimento internacional (Otawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000), que conduziu à formulação da proposta da Promoção de Saúde como a estratégia para se atingir níveis desejáveis de saúde. A Promoção da Saúde na abordagem que resultou desse processo envolveria desde as ações desenvolvidas dentro do âmbito dos cuidados de saúde, até a execução de políticas saudáveis (Ministério da Saúde, 2002).

O esforço para a construção de um modelo do processo saúde-doença tem sido intenso, mas apesar de grandes contribuições que trouxe, fica claro que a perda da saúde “como uma condição global da existência (Petrini, 1981)” ocasionou um problema não solucionado por esse movimento.

Para discutir as dificuldades dos profissionais de saúde, este artigo propõe como hipótese de trabalho que parte das dificuldades existentes, no trabalho em saúde, pode estar sendo motivada por esse conceito de saúde. A falta de ferramentas adequadas adviria basicamente dele. Todo o esforço atingiu somente as conseqüências. Hoje somos capazes de identificar uma grande quantidade das mesmas, mas o que é saúde permanece em aberto. O problema está na origem e isso, ainda, não foi suficientemente enfrentado.

A compreensão da saúde é vinculada à cultura: a visão de homem e de mundo na cultura vigente num certo momento histórico. O problema da cultura de hoje é o desconcerto do eu, isto é, o desnorteamento que atingiu o homem moderno, a incapacidade de ter coordenadas, de ter “um” critério para enfrentar a realidade. Isto gera perturbação e incerteza diante de si e das coisas. A perda de uma unidade na vida faz com que o homem de hoje pareça sob “efeito de Chernobyl”: exteriormente igual, mas atingido por uma radiação que o ameaça interiormente. Assim, o seu relacionamento com a realidade é mais frágil, mais doente, mais arriscado (Giussani, 2001).

Para uma compreensão de saúde é preciso, então, recuperar o eu, um sentido da pessoa, daquilo que é a pessoa. Por isso, o ponto de partida para a proposta de um novo conceito de saúde tem de ser o conceito de pessoa.

A compreensão do que é a pessoa não nasce de uma análise, mas de um olhar para a experiência. O que a experiência nos diz sobre a pessoa? O aspecto mais relevante da experiência de uma pessoa é que ela não existia e agora existe, ou seja, foi feita por um outro, “depende”, “pertence”. A pessoa, para ser compreendida, deve ser observada dentro dos relacionamentos aos quais “pertence”, ou seja, a partir dos quais é definida sua identidade, o seu eu.

“A experiência indica que o homem, como pessoa, está colocado dentro de uma trama de relacionamentos que o solicitam, provocam sua reação, desenvolvem e trazem à tona os seus sentimentos e determinam nele aquilo

que se chama necessidade. As duas palavras para compreender o homem são: pessoa e necessidade. Não se pode considerar a pessoa na sua dignidade e consistência senão por meio das características da situação em que se encontra, a partir das suas necessidades. Não se cuida verdadeiramente do doente a não ser tendo-o presente como pessoa e se não é feito todo possível para ajudá-lo na situação em que se encontra de necessidade física, psicológica ou social. Fazer o bem a uma pessoa consiste em ajudá-la de acordo com a situação em que se encontra, nas necessidades concretas que tem naquele momento” (Giussani, 1972).

Outra palavra importante para compreender a pessoa é que ela, para enfrentar suas necessidades, foi provida de capacidades, de recursos. O homem está num caminho, que é a vida, numa trama de relacionamentos, em busca da satisfação das suas necessidades, para quais deve usar as suas capacidades e os seus recursos. O conjunto de recursos que a pessoa usa para responder às suas necessidades é o seu “patrimônio”.

Como o conceito de saúde está intimamente relacionado com o de pessoa, a sua compreensão também não é fruto somente de análises, mas da observação da experiência. Quando então as pessoas percebem que estão saudáveis? Quando são capazes de satisfazer as suas necessidades. Deste modo, a saúde poderia ser compreendida como uma capacidade para a realização humana, necessária a satisfação das necessidades da pessoa. E de que maneira uma pessoa enfrenta as suas necessidades? A partir da sua identidade, ou seja, dos relacionamentos que a constituem, aos quais pertence, e do seu patrimônio. Para compreender completamente a saúde é preciso relacioná-la àquilo que identifica as pessoas, o seu pertencer e as capacidades que tem, os recursos que possui, o seu patrimônio.

O modelo explicativo da saúde, além de incluir as causas sociais e psicológicas das doenças, deve incluir uma proposta do modo como uma pessoa pode ter mais saúde, não somente como busca do que está faltando, mas num verdadeiro sentido de promoção. Qual o caminho mais saudável, aquele que torna possível a realização humana da pessoa, a satisfação completa das suas necessidades? Para construir uma resposta é preciso tomar em consideração o patrimônio e o pertencer da pessoa.

### **Patrimônio**

Por patrimônio entende-se um conjunto de recursos do qual as pessoas podem dispor para enfrentar as suas necessidades e as de seus familiares. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e de relacionamento, tais como os de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais. Essa proposta foi desenvolvida pela AVSI – Associação para o Voluntariado ao Serviço Internacional ([www.avsi.org](http://www.avsi.org)) em seus projetos de redução da pobreza urbana desenvolvidos nas favelas de Belo Horizonte e Salvador. O ponto de partida dessa proposta foi o trabalho de Caroline Moser (socióloga

americana que trabalhou para o Banco Mundial com comunidades carentes em diferentes partes do mundo).

Estruturar uma intervenção a partir do patrimônio da pessoa, da família e da comunidade significa considerar as potencialidades e os nexos que estas pessoas e comunidades estabeleceram na sua história de vida. Compreender o trabalho em saúde a partir do patrimônio, implica uma abertura a uma realidade mais ampla, que transcende a dificuldade em si, não se restringindo à aplicação de soluções previamente concebidas. Tal compreensão permite o incremento gradativo do patrimônio da pessoa em situação de pobreza. Em outras palavras, a ação nasce do que existe e este é o princípio que estimula a participação da família nesse processo.

Partir da falta, da doença ou da ausência de condições de vida, implica ficar, de algum modo, esperando que a solução ocorra no futuro, o que na maioria das vezes conduz a um imobilismo. Quantas vezes, diante de uma criança desnutrida, da sua mãe, que parece tão “desinteressada” da sua situação econômica de carência extrema, nos sentimos impotentes, uma vez que se trata de algo que não pode ser resolvido? Partir do patrimônio permite olhar para essa situação buscando encontrar os recursos que já existem, identificar um caminho e não ficar parado. Essa atitude do profissional de saúde instiga a mãe a assumir os próprios problemas, tendo em conta o seu patrimônio.

### **Pertencer**

O conceito do pertencer (*belongingness*) aparece na literatura em saúde a partir da formulação dada por Abraham Maslow (psicólogo humanista americano do início do século XX) da sua hierarquia de necessidades, onde este aparece como um dos níveis propostos pelo autor (Boeree, 2003).

Na literatura recente, o pertencer tem sido utilizado como um dos componentes do suporte psicológico ou social da pessoa em diferentes situações da vida: idosos frente ao envelhecimento (Healthcote, 2000), adolescentes em relação ao uso de drogas (James *et al.*, 2000), crianças e adolescentes vítimas de violência (Xiaoming *et al.*, 1998), pacientes internados e seus familiares (Takahashi *et al.*, 1990), mães de baixa renda (Green e Rodgers, 2001) e pessoas com depressão psicológica (Nan e Ensel, 1999).

O conjunto destas pesquisas indica a necessidade de se considerar o pertencer na saúde física e mental (Palfai e Hart, 1997 e Baumeister e Leary, 1995), porém, o problema que resulta é a perda da idéia de globalidade. Por isso, adotaremos como referência uma abordagem do pertencer que tem sido utilizada como orientação para nosso trabalho atual junto às comunidades carentes em Belo Horizonte (dentro do projeto desenvolvido em conjunto com a AVSI). Essa abordagem parte de um conceito antropológico do pertencer baseado em Giussani, descrito em diferentes livros e artigos do autor, dos quais retiramos um caminho de entendimento do mesmo.

Giussani parte da observação mais simples da realidade de pertencer que é a da criança com seus pais:

cada um de nós teve a oportunidade de tomar nos braços um recém-nascido. Imaginemos que aquela pequena criatura já tivesse consciência, como teria dali a alguns anos, e imaginemos que perguntássemos a ela: quem é você? O que é você? O pequenino iria se virar para a mãe ou para o pai e chamaria: mamãe, papai!, e sem se dar conta, responderia assim à pergunta. De fato, a natureza daquela criança é ser “de” seu pai e “de” sua mãe, até o momento em que vier à tona aquilo que não é deles, a sua alma (Giussani, 1996).

Continuando a observar o crescimento da criança, percebe-se que ele somente é possível dentro de uma trama de relacionamentos, onde é estabelecida sua identidade, na medida em que ele percebe-se pertencendo ao pai e à mãe:

e a criança, quando cresce, não é educada como estrutura pessoal pelo fato de aprender teoricamente quais são as regras e o que fazer ou não fazer. A criança é educada e cresce com uma personalidade bem forjada pelo simples fato de pertencer a seu pai e sua mãe. O pertencer está repleto de ensinamentos, é rico de palavras, de discursos, de indicações, de normas (Giussani, 1996a).

A partir da realidade da criança, Giussani propõe uma compreensão do homem como pessoa dependente: “para nós de um modo ou de outro, acontece algo de análogo (à criança), a verdade da vida e da pessoa é que ela pertence a um outro: é feita por um Outro, respira e vive de um Outro; neste preciso instante provém de um Outro e é dirigida pelas mãos de um Outro” (Giussani, 1996a).

Esse é o fator distintivo do homem, a sua identidade:

o homem distingui-se de outras criaturas na medida em que é consciente daquilo que vive. Essa consciência não é completa senão se aprofunda até o Fundamento de onde a vida surge, Deus. Mas o que significa tomar consciência de Deus? No fundo, tomar consciência de Deus significa dar-se conta da própria dependência original. Não uma simples dependência no passado, no ato que nos criou – assim como um filho, pensa a respeito do seu pai –, mas dependência total, de cada instante, contínua, em cada gesto (Giussani, 1996b).

Se essa é a identidade do homem adulto como esse pertencer, essa dependência é fonte de maturidade humana e não de alienação:

o homem não existia e agora existe; amanhã não existirá mais: portanto depende. Ou depende da influência dos seus antecedentes biológicos e históricos, e então será escravo do poder, ou depende d’Aquilo que está na origem do dinamismo de todo real, ou seja, de Deus (Giussani, 1999).

Assim, somente se o homem e o povo são conscientes da sua dependência original podem ser livres e criativos: “um homem é forte, uma personalidade é ativa, um grupo, um povo são criativos somente se sabem a quem pertencem” (Giussani, 1996a).



Segundo a concepção de “pertencer”, de Giussani, é nesse nível que se define a identidade da pessoa e sua possibilidade de crescimento e realização humanas. A nosso ver, esse conceito aprofunda o que está presente na literatura e, por isso, propomos sua utilização na construção de uma compreensão nova da saúde. Essa abordagem parece-nos estar mais de acordo com a experiência humana.

### **Novo conceito de saúde a partir do patrimônio e do pertencer**

Para entrarmos na construção de um novo conceito de saúde é fundamental realçarmos alguns aspectos das formulações mais recentes:

- o cuidado de saúde é mais importante do que o tratamento;
- o estilo de vida e o ambiente são mais importantes do que a organização dos cuidados em saúde;
- o estilo de vida é determinado pelas condições sociais e econômicas na qual a pessoa vive.

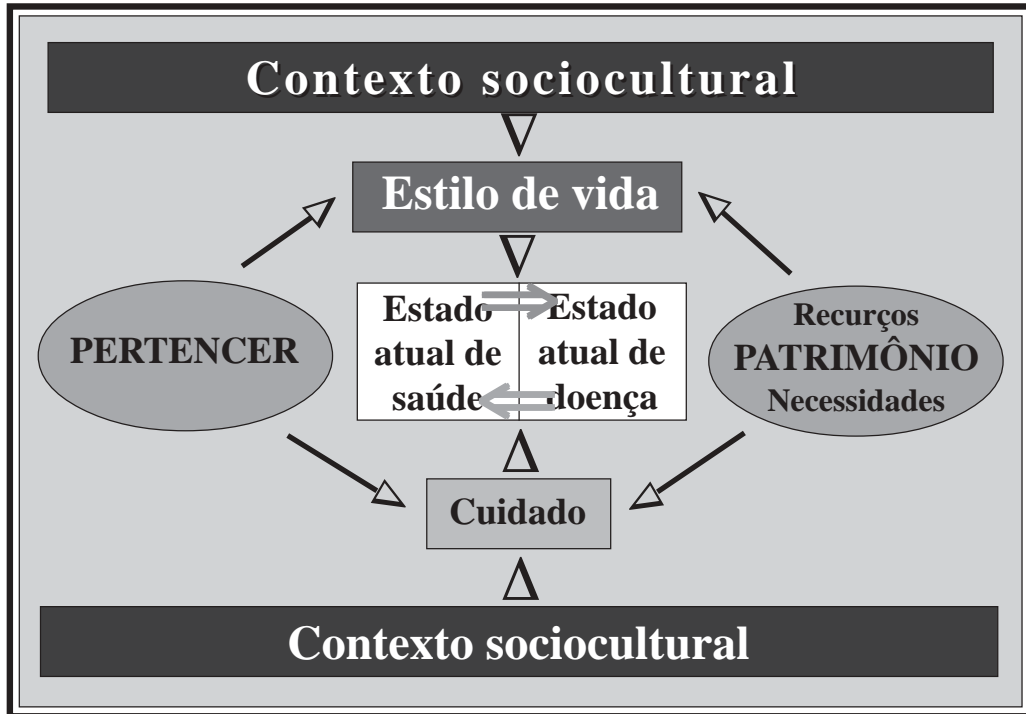
O uso do pertencer e do patrimônio como categorias a serem consideradas na concepção de saúde faz com que seja repensado o cuidado com a saúde da pessoa e a questão da determinação social do estilo de vida. O cuidado é expressão do patrimônio e do pertencer. A alimentação, a imunização, a consulta, enfim, todo cuidado está relacionado ao patrimônio como recurso usado na resposta a uma necessidade. Está vinculado, também, ao pertencer, porque se não pertenço, não tenho recurso. Expresso de modo positivo, somente numa relação de pertencer entre pessoas pode-se prestar cuidado a alguém. Somente quem pertence conhece as suas necessidades e recursos, o seu patrimônio.

A saúde relaciona-se com toda vida da pessoa, mas é expressa dentro do cotidiano como estado de saúde. Atualmente, este é influenciado pelo estado de doença atual, pelo sexo e pela idade da pessoa, pelo cuidado que é fruto do pertencer e do patrimônio (que são os recursos utilizados para responder às necessidades), pelo estilo de vida que está relacionado ao contexto sociocultural onde vivo. Assim, a saúde não depende somente de estarmos ou não doentes, mas do modo como vivemos e dos cuidados que recebemos (dos outros ou de nós mesmos). Este conceito pode ser representado como o que segue.

Segundo o esquema proposto, a saúde é modificada pela idade e sexo da pessoa, pela condição de doença, pelo cuidado e pelo estilo de vida, que são determinados socialmente. O cuidado e o estilo de vida podem ser modificados a partir do pertencer e do patrimônio. Assim, se uma pessoa é cuidada e tem um estilo de vida saudável mesmo dentro de condições sociais desfavoráveis, aumenta a sua condição de saúde, mesmo que apresente alguma doença.

Essa possibilidade de um cuidado e de estilo de vida saudáveis mesmo dentro de condições de vida desfavoráveis certamente é experiência de muitos profissionais de saúde que trabalham em comunidades carentes e que encontraram pessoas hipertensas e diabéticas vivendo em condição de saúde mais adequada pelo seu modo de colocar-se diante da vida.

Figura 1 – Conceito de saúde a partir do patrimônio e do pertencer.



Desse modo, parece-nos que a saúde entendida a partir do patrimônio e do pertencer é recuperada como “uma condição global da existência em que a pessoa na totalidade das suas múltiplas potencialidades cresce e se desenvolve sentindo-se parte de uma história comum” (Petrini, 1981).

Estes conceitos (pertencer e patrimônio) aparecem também no Conjunto de Manuais, da coleção “Vencendo a Desnutrição”, desenvolvido pelo Cren (Centro de Recuperação e Educação Nutricional da Salus) e que estão disponíveis no site [www.desnutricao.org.br](http://www.desnutricao.org.br).

### **Nova abordagem do problema da desnutrição**

A proposta da saúde como realidade vinculada ao pertencer e ao patrimônio das pessoas conduz a uma percepção diferenciada da desnutrição infantil. Assim, a desnutrição pode ser explicada como quebra do vínculo “natural” entre mãe e filho (o pertencer).

Reforça essa proposta a percepção de que mães de crianças mais gravemente desnutridas não têm noção do que está ocorrendo e, por consequência, não buscam as “soluções” possíveis. Isso é um indicativo dessa quebra de vínculo mencionada, da perda da consciência do seu pertencer mútuo com o filho.

Essa quebra ocorre porque essa família é mais vulnerável (baixo patrimônio) ao conjunto de fatores sociais e econômicos desfavoráveis existentes numa situação de pobreza. Essa vulnerabilidade quebraria o pertencer entre filho e mãe, tornando possível a desnutrição.

O fortalecimento do pertencer e do patrimônio poderiam ser dois desviantes positivos fundamentais. As famílias dessas crianças que apresentam esse “desvio positivo” são menos vulneráveis (sabem utilizar melhor do patrimônio disponível na comunidade) e o laço existente entre elas é mais forte.

Os desviantes positivos identificados na literatura foram: cuidados maternos, uniões satisfatórias, famílias unidas, apoio social, oportunidades de emprego e serviços sociais; os pais têm mais mobilidade social, atitudes mais positivas, iniciativas de adotar práticas mais modernas em relação a si mesmos e seus filhos e serem mais empreendedores; fazem melhor uso do serviço de saúde, planificação familiar e educativa, têm mais aspirações em relação aos seus filhos e investem mais recursos neles (Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 2001).

Em nossa opinião, falta a essa abordagem (dos desviantes positivos) um ponto de unidade a ser trabalhado (a saúde), o que evidencia a necessidade de um conceito de pessoa como um eu que nasce e se desenvolve a partir de um pertencer concreto, utilizando-se do patrimônio da sua família e comunidade.

A partir dessa proposta, cabe ao profissional de saúde perguntar-se como participar do controle da DEP. Em primeiro lugar, como cidadão. Mas também como agente de saúde que busca a promoção da saúde, a prevenção e o controle dos problemas que cotidianamente encontra no seu trabalho, como a DEP, independentemente de onde se dá a sua atuação profissional. Para que isso ocorra, é preciso que esteja envolvido com as pessoas que encontra no seu trabalho, percebendo-se como pertencente a elas. Somente desse modo cuidará delas e tornar-se-á um recurso fundamental do patrimônio da comunidade. Assim, é necessário que o profissional de saúde perceba-se envolvido com o problema dessa família e comunidade, de tal modo que possa contribuir para o favorecimento do vínculo dessa mãe com seu filho.

A necessidade de envolvimento das pessoas na sua comunidade é outro desviante positivo na saúde e nutrição das famílias vivendo em condições sociais desfavoráveis. O grau de interesse das pessoas com sua a condição de vida é fundamental para a melhoria da mesma. Toda linha educativa em saúde comunitária está baseada exatamente no fato de que o nível de participação da pessoa é importante para que ela modifique não só sua saúde, mas também toda a sua vida (OMS/Unicef, 1979).

A compreensão da importância do pertencer e do patrimônio possibilita um novo olhar também para a proposta da participação comunitária. O que envolve a pessoa com a sua comunidade não é tanto a existência dos problemas: a falta de casa, de água encanada, de boas condições de vida. O que possibilita a participação é que a pessoa se sinta “parte de”, ou seja, pertença a uma história e, assim, utilize melhor dos recursos disponíveis na comunidade ainda que poucos (patrimônio).

## **Atenção a partir desse conceito de saúde**

Essa concepção de saúde determina uma atenção que leva em consideração esse dado da experiência que é o pertencer, faz com que o trabalho em saúde seja entendido como relação entre pessoas, que apesar das múltiplas necessidades e carências das realidades dessas pessoas, estas somente podem ser enfrentadas na medida que houver envolvimento, laços.

Nesta situação, é fundamental considerar em particular uma pessoa sem a qual é impossível enfrentar-se completamente o problema daquela criança desnutrida: a mãe. Não para culpá-la, como infelizmente muitas vezes ocorre nos serviços de saúde, mas para envolver-se com ela, para olhá-la como pessoa, estar atento aos detalhes, estar presente no seu ambiente de vida, estar interessado nela e em seu filho. É um ponto de partida para se vencer as barreiras sociais e psicológicas que freqüentemente encontramos.

Todos os profissionais de saúde já perceberam como as soluções que propõem esbarram na dificuldade social, na pobreza. Essa limitação na nossa experiência não nasce simplesmente da amplidão dos problemas de saúde ou de sua determinação social, mas também da necessidade desse envolvimento.

A atenção dos profissionais de saúde com a mãe da criança desnutrida, que muitas vezes parece impenetrável ou distante, torna-a mais envolvida com seus próprios problemas e com os do seu filho. A intervenção de profissionais mais atentos aos “detalhes”, a sua presença no seu ambiente de vida, a percepção do interesse por ela e pelo seu filho é o ponto de partida para que a distância, que muitas vezes é percebida, possa ser vencida.

Em nossa experiência, compreendemos que essa “distância” se dá porque essas pessoas vivem sob condições que esmagam e escondem suas necessidades, gerando nelas um fatalismo diante da insatisfação dos desejos como ter uma casa, trabalho, comida e lazer. A possibilidade de um início existe quando se percebem valorizadas pelo humano que são. É claro que os problemas, as dificuldades continuarão, no entanto, um eu foi afirmado. Um caminho só é possível quando alguém tem a “coragem” de afirmar o seu eu.

O nível pessoal e o profissional do cuidado e do trabalho em saúde não estão separados, mas juntos, não por desejo nosso, mas pela sua raiz, a pessoa como uma unidade, definida pelo seu desejo infinito de felicidade e realização humana.

## **Organização da atenção à criança desnutrida**

Para que a organização da atenção à criança possa enfrentar o problema da desnutrição, é necessária a mesma abordagem. Partir da percepção da saúde como uma realidade vinculada ao patrimônio da comunidade e ao pertencer da pessoa. Assim, duas são as preocupações fundamentais para que as ações de controle da DPE sejam eficazes:

- que as mães e crianças não sejam simplesmente receptoras das ações, mas que participem do cuidado a que estão sujeitas. Para tanto, é necessário que a relação profissional-família ocorra dentro da percepção do pertencer;
- que haja integração dos profissionais nos serviços de saúde e destes com os outros serviços de diferentes áreas sociais, principalmente educação e assistência social, utilizando-se ao máximo do patrimônio das famílias.

Deste modo, um programa de controle da desnutrição tem como estratégias fundamentais: atenção à pessoa (criança desnutrida) e a integração com a família e a comunidade.

Outros componentes necessários para possibilitar tal tipo de abordagem são:

- ação em equipe multiprofissional e multidisciplinar para melhor utilização do patrimônio;
- cuidados de saúde fundamentais para a criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno e orientação da alimentação para o desmame; incentivo à Imunização das crianças, conforme calendário do PNI; identificação e tratamento precoce das patologias e agravos associados (principalmente as doenças diarréicas agudas, infecções respiratórias agudas); educação alimentar realista e eficaz.

Dentro da perspectiva de utilização do patrimônio das famílias e da comunidade, as ações e atividades a serem desenvolvidas para o controle da DPE devem acontecer: na comunidade, no ambulatório (centro de saúde e outros tipos de ambulatório de atenção básica), em outros serviços da comunidade (creches e escolas), em unidade de cuidados diários (centro de recuperação nutricional) e em hospitais.

Essa proposta foi elaborada considerando a necessidade de as ações estarem de acordo com o estado nutricional da criança. Assim, para a grande maioria, que são as crianças em risco de DEP, desnutridos leves e moderados, a atuação deve ocorrer na comunidade, em centros de saúde (ou outras formas de organização ambulatorial da atenção primária à saúde) e em outros serviços dessa comunidade (creches e escolas).

As crianças com formas graves de DEP, em função do seu maior risco, exigem uma recuperação mais rápida e, por isso, a assistência deve ser prestada em ambulatórios de nível secundário, centros de recuperação nutricional (CRN) ou unidades de cuidados diários (UCD), onde é possível cuidar delas em esquema de semi-internação. Caso haja necessidade de internação em hospitais, o período de permanência neste tipo de serviço deve ser o mais curto possível e, depois da alta, devem ser cuidados em CRN ou UCD. Cada nível de atenção será apresentado procurando levantar-se os principais aspectos de sua atuação.

Em primeiro lugar há a necessidade de formulação de políticas públicas para melhorar a nutrição e saúde da sociedade. Na comunidade, o fundamental é trabalhar a promoção e a prevenção em termos nutricionais. Nas unidades básicas de saúde, a vigilância nutricional deve ser complementada pela atenção à criança que está sob o cuidado de determinadas instituições, como creches. Para

as crianças com desnutrição moderada e grave, deve ser garantido o atendimento em CRN ou UCD. Esse tipo de unidade ainda não possui financiamento estabelecido no Sistema Único de Saúde mas, se for analisada em termos dos benefícios que acarreta e da diminuição de gastos que ocasiona se comparada com as internações evitáveis, é evidente que se trata de uma prioridade.

Figura 2 – Políticas públicas.



Um esclarecimento que se faz necessário é que esta proposta não prescinde, pelo contrário, exige que haja um sistema integrado de saúde que funcione. Não estamos propondo aqui a criação de um sistema paralelo de atenção ao desnutrido, mas apenas indicar a necessidade de ações ou serviços dentro do sistema de tal forma que ele possa contribuir para o controle da DEP no país. Dentro disso, é importante enfatizar que se a estratégia de saúde da família utilizar a abordagem da saúde a partir de conceitos como pertencer e patrimônio, certamente tornar-se-á um instrumento eficaz de controle da desnutrição no país.

### **Corolários da abordagem da saúde como pertencer e patrimônio**

Os corolários dessa concepção de saúde são:

- o cuidado de qualquer pessoa, em qualquer condição de vida; pode ser mais adequado com esse tipo de abordagem e não somente na desnutrição. A melhora do cuidado de saúde passa pelo fato de que o profissional de saúde entende que é necessário um nível de pertencer no seu trabalho cotidiano;

- todo o trabalho na saúde, da pediatria à geriatria, pode renovar-se a partir do pertencer e do patrimônio, pois parte de uma concepção unitária da vida, da pessoa e, assim, da realidade da saúde;
- essa proposta parte, por questão de coerência interna, não de uma concepção teórica, mas da experiência pessoal de quem a formulou, como tal aberta ao diálogo, desejosa de novas contribuições, necessárias para o seu desenvolvimento.

## Bibliografia

- BAUMEISTER, R. F. e LEARY, M. R. “The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation”. *Psychol Bull*, 117 (3), maio 1995, pp. 497-529.
- BOEREE, C. G. Abraham Maslow. Disponível em: maslow. html” <http://www.sbp.edu/~cgboree/maslow.html>. Acesso em 5/6/2003.
- CHIMURLAY, D. e NISAL, R. “Nutritional Status of Tribal Underfive Children in Ahmadnagar District, Maharashtra, in Relation to Weaning/Feeding Practices”. *Indian Pediat*. 30 (2), fev. 1993, pp. 215-222.
- GIUSSANI, L. *Curso para Profissionais de Saúde*. Milão, apostila, 1972.
- \_\_\_\_\_. “Entre Barrabás e o escravo frígio”. Em Giussani, L. *O eu, o poder, as obras*. São Paulo, Cidade Nova, 2001, pp. 43-47.
- \_\_\_\_\_. “Oração; consciência de dependência”. Em Giussani, L. *Em busca do rosto do homem*. São Paulo, Editora Companhia Ilimitada, 1996b, pp. 169-73.
- \_\_\_\_\_. “Paternidade e pertencer”. *Passos*, 2, out. 1999, pp. 31-34.
- \_\_\_\_\_. “Pertencer: verdade de si mesmo”. Em Giussani, L. *Em busca do rosto do homem*. São Paulo, Editora Companhia Ilimitada, 1996a, pp. 73-83.
- GREEN, B. L. e RODGERS, A. “Determinants of Social Support among Low-income Mothers: A Longitudinal Analysis”. *Am J Community Psychol*, 29 (3), jun. 2001, pp. 419-441.
- HEALTHCOTE, G. “Autonomy, Health and Ageing: Transnational Perspectives”. *Health Educ Res*, 15 (1), fev. 2000, pp. 13-24.
- INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ. *Salud de la Niñez. Manejo de la Desnutrición Leve y Moderada, y Medidas Preventivas*. Incap/OPS, 2001. Unidad 3, pp. 409-413.
- IYENGAR, G. V. e NAIR, P. P. “Global Outlook on Nutrition and Environment: Meeting the Challenges of the Next Millennium”. *Sci Total Environ*, 249(1/3), abr. 2000, pp. 331-346.
- JAMES, W. H.; KIM, G. K. e ARMIJO, E. “The Influence of Ethnic Identify on Drug Use among Ethnic Minority Adolescents”. *J Drug Educ*, 30 (3), 2000, pp. 265-280.
- MENDES, E. V. “Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde”. Em MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1996, pp. 233-295.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, 2002, pp. 5-56.
- NAN, L. X. Y. e ENSEL, W. M. “Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis”. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, dez. 1999, pp. 344-359.

- OMS/UNICEF. *Cuidados primários de saúde, declaração da Conferência de Alma-Ata*. Brasília, 1979, pp. 31-64.
- ORTALE, S. e RODRIGO, M. A. "Pobreza, Desnutrición Infantil y Morbilidad em Familias del Área Urbana del Gran Plata, Buenos Aires". *Arch. Latinoamer. Nutr.*, 48 (2), 1998, pp 146-151.
- PALFAI, T. P. e HART, K. E. "Anger Coping Styles and Perceived Social Support". *The Journal of Social Psychology*, 137 (4), 1997, pp. 405-411.
- PETRINI, J. C. *Saúde para todos*. São Paulo, apostila, 1981.
- PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia de Saúde, IBGE, 1996.
- TADDEI, J. A. A. C. e SIGULEN, D. M. "Epidemiologia". Em NÓBREGA, F. J. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro, Revinter, 1998, pp. 71-79.
- TAKAHASHI, E. I. U.; SILVA, C. A. e GUERRA, G. M. "Necessidades básicas das esposas de pacientes infartados, na fase aguda do tratamento". *Rev. Esc. Enf. USP*, 24 (1), 1990, pp. 177-193.
- TANNER, J. M. "Growth as a Monitor of Nutritional Status". *Proc. Nutr. Soc.*, 35, 1976, pp. 315-322.
- XIAOMING, L. *et al.* "A Psychometric Evaluation of Checklist of Children's Distress Symptoms". *Arch Pediatr Adolesc Med*, 152, jun. 1998, pp. 569-577.

**RESUMO** – A DESNUTRIÇÃO energético-protéica (DEP) é a principal alteração de saúde de crianças em países e regiões pobres. Os atuais modelos explicativos da DEP apontam para um espectro de condições: a alimentação, os cuidados de saúde, a situação social e econômica da família e a necessidade de políticas sociais adequadas. Entre os cuidados de saúde, tem relevância o papel dos profissionais de saúde que, em função da origem social da DEP, têm dificuldade em cuidar das crianças desnutridas. Essa dificuldade nasce da concepção de saúde sobre a qual está moldada a formação e a atuação profissional. O autor propõe um conceito de saúde baseado no "patrimônio" da família e no "pertencer" da pessoa. A utilização dessa abordagem tem permitido uma nova forma de atenção às crianças e famílias, e tornará possível a reorganização dos cuidados de saúde.

**ABSTRACT** – THE protein-energy malnutrition (PEM) is the main children's health disturbance in poor countries and regions. The current explanatory models of PEM indicate several factors: feeding; health care; the social and economic situation of the family; and the necessity of adequate social politics. Among the mentioned factors, the health care is the one in which the role of the health professionals is relevant, despite the social origin of the PEM, that makes the care with the malnourished children more difficult. This problem results from the health concept which determinates the professional training and work. The author proposes a health concept based on the family's "heritage" and on the person's "belongingness". The use of this approach has allowed a new kind of children and family care and will make possible the reorganization of health care.

*Benedito Scaranci Fernandes*, médico pediatra, é professor da Faculdade de Medicina da Uni-versidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atualmente ocupa a Superintendência de Atenção à Saúde da secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

Texto recebido e aceito para publicação em 11 de junho de 2003.



