

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISADORA SIMÕES DE AZEVEDO E SILVA SANTOS

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS CONSEQUÊNCIAS
DA DESNUTRIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO FÍSICO E MENTAL
DAS CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA 2 CECILIANO COELHO NO MUNICÍPIO
JAPARATINGA, ALAGOAS**

MACEIÓ/ ALAGOAS

2019

ISADORA SIMÕES DE AZEVEDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS CONSEQUÊNCIAS
DA DESNUTRIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO FÍSICO E MENTAL
DAS CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA 2 CECILIANO COELHO MUNICÍPIO
JAPARATINGA, ALAGOAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Ms. Patrícia de Cássia da Silva Bezerra

MACEIÓ / ALAGOAS

2019

ISADORA SIMÕES DE AZEVEDO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR AS CONSEQUÊNCIAS
DA DESNUTRIÇÃO NO DESENVOLVIMENTO FÍSICO E MENTAL
DAS CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA² CECILIANO COELHO MUNICÍPIO
JAPARATINGA, ALAGOAS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora. Ms. Patrícia, de Cássia da Silva Bezerra

Examinador 2 – Professora. Ms. Eulina Maria Barcelos -UFMG

Aprovado em Maceió, em 17 de maio de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Ana Cláudia Simões e Arnaldo Agripino, ao meu namorado Lívio Angelim, que sempre me deram suporte e incentivo durante toda a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus aos colegas de trabalho, aos meus familiares e aos tutores desta instituição, não poderia deixar de agradecer a minha orientadora Patrícia, de Cássia da Silva Bezerra que contribuiu significativamente na construção deste trabalho.

“É parte da cura o desejo de ser curado.”

Sêneca (4 a. C.-65).

RESUMO

A desnutrição está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais mata crianças abaixo de cinco anos de idade. As questões levantadas mais relevantes para justificar esse problema consiste na falta de informação quanto a importância da amamentação no desenvolvimento e crescimento da criança e de quais os déficits causados na saúde da criança. O objetivo deste trabalho é implantar um plano de intervenção em saúde para reduzir o índice de desnutrição em crianças de 0 a 5 anos da área adscrita ao Programa de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho em Japaratinga, Alagoas Para a elaboração desta proposta de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional, estimativa rápida e plano de intervenção de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional. Para compor o embasamento teórico foi realizado o levantamento de informações do município, seus aspectos históricos e dados relevantes para apresentação do município. O trabalho de pesquisa literária (revisão de literatura) sobre a temática desnutrição infantil, os fatores desencadeadores e consequências a fim de introduzir embasamento teórico no contexto deste trabalho, a partir das produções científicas publicadas nas bases de dados na área da saúde, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sob a forma de artigos, teses, dissertações e livros. A implementação de ações de combate às carências nutricionais em crianças de 0 a 5 anos impactará na redução dos índices de desnutrição entre as crianças de Japaratinga, além de impactar significativamente nas doenças infecciosas, no desenvolvimento psicomotor e na prevalência de baixo peso em crianças menores de cinco anos entre outras complicações.

Palavras-chave: Desnutrição Infantil. Desmame precoce. Alimentação Saudável.

ABSTRACT

Malnutrition is associated with several other diseases and is still considered the most deadly disease among children under five years of age. The most relevant issues raised to justify this problem are the lack of information about the importance of breastfeeding in the development and growth of the child and of the deficits caused in the child's health. The objective of this work is to implement a health intervention plan to reduce the malnutrition rate in children aged 0 to 5 years of the area assigned to the Family Health Program 2 Ceciliano Coelho in Japaratinga, Alagoas. the situational diagnosis, rapid estimation and intervention plan according to the Strategic Situational Planning. To compose the theoretical basis was carried out the information collection of the municipality, its historical aspects and relevant data for presentation of the municipality. The work of literary research (literature review) on the subject of child malnutrition, the triggering factors and consequences in order to introduce theoretical background in the context of this work, from the scientific productions published in the databases in the health area, such as: Scientific Electronic Library (VHL), Regional Library of Medicine (BIREME), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), in the form of articles, theses, dissertations and books. of actions to combat nutritional deficiencies in children from 0 to 5 years will impact the reduction of malnutrition rates among the children of Japaratinga, besides significantly affecting infectious diseases, psychomotor development and the prevalence of underweight in children under five years among other complications.

Key words: Childmalnutrition. Earlyweaning. Healthyeating

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Melito
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Programa para cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Componentes e Índice de Desenvolvimento Humano	13
Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde PSF 2, UBS Ceciliano Coelho, município de Japaratinga.	18
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas.	31
Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desnutrição infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas	32
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desnutrição infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas.	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Estratégia de saúde da Família 2 Ceciliano Coelho	15
1.5 A Equipe de Saúde da Família 2, da Estratégia de Saúde da família Ceciliano Coelho Município de Japaratinga, Alagoas.	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 2 Ceciliano Coelho	16
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Atenção à Saúde da Criança	22
5.2 Acompanhamento do desenvolvimento da criança na Atenção Básica	24
5.3 Fatores de riscos para desmame precoce	25
5.4 Desnutrição	27
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado	29
6.2 Explicação do problema	30
6.3 Seleção dos nós críticos	30
6.4 Desenho das operações	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município Japaratinga, Alagoas

Com base no contexto histórico Japaratinga é um município brasileiro que se originou de uma colônia de pescadores implantada no local onde hoje está a prefeitura. O que existia antes era alguns barracos à beira-mar e parte das terras era ocupada com lavouras. A ocupação da região começou por volta de 1800, data em que se inicia também a exploração do coco. A Igreja Matriz é obra da colonização holandesa construída a cerca de 300 anos quando eles residiam em Porto Calvo. A edificação da Igreja continua da mesma forma até os dias atuais (IBGE, 2018).

Na década de 30 se tem dados documentados que, existia um pequeno estaleiro para a fabricação de navios de pequeno porte que por sua vez eram utilizados para o transporte do coco. O município foi desmembrado de Maragogi conquistando sua autonomia através da Lei 2.264 de 23 de julho de 1960, porém a sua instalação oficial só ocorreu em 30 de junho de 1960. Atualmente o Município Japaratinga compreende um importante polo turístico que possui a beleza exótica de suas praias, que impulsiona a economia local (IBGE, 2018).

Dentre os pontos turísticos do município destaca-se a praia de Barreira do Boqueirão, que atrai os turistas dos demais estados e até de outros países devido os aspectos que predominam no lugar. Um de seus encantos é as nascentes de água mineral, onde os visitantes desfrutam do tradicional banho de bica, o mar é calmo, sem ondas e tem suas águas mornas. Na praia é comum ver os jangadeiros nas piscinas naturais. Dentre outros pontos atrativos, tem-se a comemoração da festa da padroeira Nossa Senhora das Candeias que ocorre entre os meses de janeiro e fevereiro; a festa da Emancipação Política do município que acontece no dia 23 de junho e o Festival de Abertura do Verão que é vivenciado no mês de novembro (IBGE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Japaratinga é considerado baixo (IDHM entre 0,500 e 0,599) em 2010. De acordo com os dados apresentados para o município, observa-se que a dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,735, outro fator importante

compreende a renda que para o ano de 2010 teve o índice de 0,560, e de educação, com índice de 0,451 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL,2013).

Assim como descrito na tabela abaixo:

Quadro1-Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Município - Japaratinga - AL

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,132	0,207	0,451
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	9,54	15,68	30,22
% de 5 a 6 anos na escola	37,73	63,98	93,05
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental REGULAR SERIADO ou com fundamental completo	14,14	20,84	78,71
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	6,08	9,42	28,40
% de 18 a 20 anos com médio completo	4,21	0,97	20,81
IDHM Longevidade	0,627	0,700	0,735
Esperança de vida ao nascer	62,60	67,01	69,10
IDHM Renda	0,437	0,490	0,560
Renda per capita	121,44	168,79	260,92

Fonte: PNUD, Ipea e FJP, (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013)

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade possui um forte vínculo com a equipe da unidade de saúde. A população assistida pela equipe de saúde da família PSF 2, abrange uma população de 2.900 habitantes e atende os povoados de Barreiras, Boqueirão e Bitingui, com aproximadamente 40 atendimentos diários. As doenças mais frequentes são hipertensão, diabetes, doenças ortopédicas, doenças da infância como amigdalite, gripe, viroses, parasitoses e desnutrição.

O município possui três escolas municipais, uma escola estadual, cinco praças, cerca de vinte igrejas, e uma ótima infraestrutura, possui área comercial que supri as necessidades da população com mercearias, farmácias, frigoríficos entre outros pontos comerciais. O que refere aos aspectos em serviços básicos existe coleta de lixo, abastecimento de água, e acondicionamento sanitário (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

Nos indicadores de mortalidade infantil os dados apresentam que no município passou de 36,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 32,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010. Nota-se que em 10 anos ocorreu uma redução.

A renda per capita média de Japaratinga cresceu 114,86% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 121,44, em 1991, para R\$ 168,79, em 2000, e para R\$ 260,92, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,11%. A taxa média anual de crescimento foi de 3,73%, entre 1991 e 2000, e 4,45%, entre 2000 e 2010(ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO,2013).

Quanto à educação no município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 93,05%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 78,71%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 28,40%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 20,81%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 55,32 pontos percentuais, 64,57 pontos percentuais, 22,32 pontos percentuais e 16,60 pontos percentuais (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2013).

1.3 O Sistema Municipal de Saúde

O sistema municipal de saúde é composto pelos seguintes estabelecimentos de saúde: Centro de Reabilitação Vivian Denise Trindade Gomes, Centro de Saúde de Japaratinga, Centro de Saúde Noêmia Vasconcelos, Laboratório de Análises Clínicas Dr. Manoel Ferreira, Secretaria Municipal de Japaratinga, Unidade autorizadora de TFD (Tratamento Fora de Domicílio) intermunicipal, Unidade de Saúde Ceciliano Coelho PS de Barreiras, Unidade de Saúde Davi Lima de Mendonça, Unidade de Vigilância de Japaratinga. (CNES, 2019). Cabe destacar a inexistência de hospitais e de Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Japaratinga conta ainda com a atenção especializada da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com atendimento de psiquiatria, psicologia e assistentes sociais e especialidades médicas: ginecologia, pediatria, ortopedia, otorrinolaringologia, endocrinologia, cardiologia, cirurgia geral, apoio

diagnóstico com serviço de ultrassonografia e assistência farmacêutica nas unidades de saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Japaratinga

Localizada no município de Japaratinga, a UBS Ceciliano Coelho está localizada na área rural, e é fisicamente dividida em três subunidades, uma em cada povoado: povoado Bitingui, povoado Barreiras, e povoado Boqueirão. A infraestrutura é mediana (possui sala de espera, recepção, banheiros, sala de vacinas e consultórios), porém são bem equipadas e distribuídas de acordo com o modelo é considerada UBS de porte I (destinada a abrigar no mínimo uma equipe de atenção básica) estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS). A população tem muita facilidade no acesso, justamente por tratar-se de subunidades e estarem situadas nas próprias comunidades (povoados). O processo de trabalho da ESF2 está em constante evolução, sempre desenvolvendo novas ideias nas reuniões e ações de promoção à saúde da comunidade Japaratinguense.

Na referida UBS, são realizados cerca de 40 atendimentos diários e as doenças com maior prevalência são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), para a população adulta e para crianças viroses, gripe, amigdalite, infecção intestinal e desnutrição são as doenças mais incidentes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho, da Unidade Básica de Saúde de Japaratinga-AL

A Unidade de Saúde da Equipe de Ceciliano Coelho, que abriga a equipe do PSF 2, foi inaugurada há cerca de 5 anos e está situada no sítio do Boqueirão. A unidade de apoio funciona em uma casa alugada, improvisada para funcionamento da UBS. A recepção é pequena e possui poucos bancos de espera. A sala de procedimentos não possui maca, nem materiais básicos para pequenos procedimentos ou curativos. A sala de medicamentos é pequena, não possui refrigeração, e a quantidade de medicamentos disponível é muito menor do que a demanda. O consultório odontológico é refrigerado, e possui equipamentos adequados para a consulta, porém sempre faltam medicamentos necessários para

os procedimentos. O consultório médico também é refrigerado, porém tem péssima iluminação e a pia para higienização das mãos não funciona (ALAGOAS, 2014).

A Equipe do ESF2 é formada pelos profissionais: uma médica, uma enfermeira, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um técnico em enfermagem; uma recepcionista; uma auxiliar em serviços gerais. O tempo da Equipe do PSF2 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: Saúde bucal, Pré-natal, Puericultura, Controle de câncer de mama e ginecológico, Atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas (ALAGOAS, 2014).

Além dos trabalhos descritos acima, a equipe desenvolve outras ações de saúde, como grupos de hipertensos e diabéticos, mas a população se apresenta pouco interessada, resultando a baixa adesão ao grupo, embora o acompanhamento para o controle da HAS e DM2 ocorra (ALAGOAS, 2014).

Existe resistência por parte dos pacientes hipertensos e diabéticos em seguir orientações quanto ao uso de medicamentos e principalmente de dietas, por isso a equipe da ESF conta com o apoio do NASF, do qual a nutricionista faz parte, e presta um importante papel em conscientizar tais pacientes. Outro problema que preocupa, é a desnutrição infantil que têm sua prevalência em crianças de 0 a 2 anos, o que é resultante do desmame precoce. O desmame gera problemas de saúde a criança inclusive a ocorrência da desnutrição interferindo no desenvolvimento físico e mental da criança (MONTE, 2000).

1.6O funcionamento da Estratégia de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho

A unidade funciona a partir das sete horas da manhã onde são realizadas as consultas da demanda espontânea e a tarde são realizados os atendimentos programados até às dezesseis horas.

Na referida ESF, existem grupos operativos sobre o Hiperdia, Assistência pré-natal e Puericultura, além de serem realizadas visitas domiciliares semanalmente,

atendendo aos grupos prioritários como idosos, gestantes, crianças e pacientes acamados.

O espaço físico da ESF é bem aproveitado, apesar dos espaços serem pequenos a exemplo da sala destinada à recepção. Contudo, têm-se salas para realizar as consultas, sala de reunião, banheiros para os profissionais e para a população, uma pequena copa e uma sala de vacinas.

Quanto ao processo de trabalho cada profissional exerce sua função de acordo com suas atribuições, vale destacar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) auxilia no processo de cadastramento das famílias de cada micro-área, sendo esta ação, uma atividade constante e realizada principalmente com a finalidade de atualizar os dados dos usuários possibilitando quantificá-los, identificar as doenças em prevalência na área entre outras informações que visem alimentar o sistema e realizar um melhor conhecimento e acompanhamento da população da área adscrita a ESF(ALAGOAS, 2014).

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A estimativa rápida é uma ferramenta utilizada para identificar questões relevantes sobre a comunidade de um território, sendo importante o reconhecimento por meio de métodos que identifiquem suas singularidades e seus problemas (de saúde e ambientais), com base numa abordagem territorial (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

- Falta de adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica;
- Falta de adesão ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2;
- Desnutrição infantil;
- Desmame precoce;
- Falta de medicamentos e materiais básicos;
- Estrutura precária da unidade de saúde.

1.8 Priorização dos problemas

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), o diagnóstico situacional é resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de uma determinada população, e pode ser considerada uma importante ferramenta de gestão para identificação dos problemas de saúde presentes naquele local. De posse dos problemas, seleciona-se aquele possível de resolução por meio da priorização, posteriormente a identificação dos nós críticos e daí elabora um plano de ação.

O termo problema pode ser entendido como obstáculo que impede o alcance de um determinado objetivo. Os critérios utilizados para a seleção dos problemas foram: importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. A seleção foi baseada na análise dos pontos obtidos 10 pontos conforme quadro apresentado a seguir.

Quadro 2- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, PSF2 Ceciliano Coelho, município de Japaratinga, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica	Alta	3	Parcial	3
Falta de adesão ao tratamento para o diabetes mellitus tipo 2	Alta	2	Parcial	2
Desnutrição infantil	Alta	1	Parcial	1
Falta de medicamentos e materiais básicos	Alta	4	Fora	4
Estrutura precária da unidade de saúde	Alta	5	Fora	5
Desmane precoce	Alta	6	Parcial	6

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A implantação do projeto de intervenção “Plano de intervenção para reduzir as consequências da desnutrição no desenvolvimento físico e mental das crianças da área de abrangência da estratégia de saúde da família2 Ceciliano Coelho município Japaratinga-AL” visa reduzir as consequências da desnutrição em crianças de 0 a 5 anos. Tal proposta se justifica pela necessidade em combater a desnutrição, que consiste em um problema que é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro (SAWAYA, 2006).

Atualmente contamos com 53 crianças com a faixa etária de 0 a 5 anos onde verificamos que 31 encontravam-se desnutridas, a partir desta realidade foi imprescindível desenvolver um projeto de intervenção que abordasse este problema elencando metas e objetivos para trazer resolutividade ao problema na área adscrita ao PSF 2 (DABNET, 2018).

A desnutrição está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais mata crianças abaixo de cinco anos de idade. As questões levantadas mais relevantes para justificar esse problemática consiste na falta de informação quanto a importância da amamentação no desenvolvimento e crescimento da criança e de quais os déficits causados na saúde da criança que é excluída do aleitamento materno e introduzido outros alimentos lácteos, além dos alimentos de baixo valor nutricional que são oferecidos as crianças maiores de seis meses. É de extrema importância desenvolver um trabalho de intervenção visando a redução da desnutrição entre as crianças e assim evitar os problemas e complicações no desenvolvimento físico e mental das crianças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

-Implantar um plano de intervenção em saúde para reduzir o índice de desnutrição em crianças de 0 a 5 anos da área adscrita ao Programa de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho em Japaratinga-Alagoas.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o quantitativo de crianças de 0 a 5 anos assistidos pelo PSF2 Ceciliano Coelho em Japaratinga-AL que apresentam desnutrição.
- Desenvolver ações educativas para incentivar a amamentação e alimentação saudável.
- Diminuir o abandono precoce da amamentação.
- Melhorar a qualidade da alimentação das crianças da comunidade.
- Contribuir para o aumento da adesão ao Programa de Puericultura.

4.METODOLOGIA

Para a elaboração desta proposta de intervenção foi realizado o diagnóstico situacional, estimativa rápida e plano de intervenção de acordo com o Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para compor embasamento teórico foi realizado o levantamento de informações do município, seus aspectos históricos e dados relevantes para apresentação do município, dos dados da unidade por meio da análise situacional, onde foram identificados os nós críticos e desses foram analisados qual seria o prioritário que contemplaria a criação de um projeto de intervenção de acordo com a sua capacidade de enfrentamento de ações e estratégias desenvolvidas pela equipe ESF.

Para a produção deste trabalho dentre os problemas identificados, um deles foi selecionado para esta intervenção, que compreende a desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos cadastradas na unidade de saúde PSF 2 Ceciliano Coelho em Japaratinga-AL. A partir do problema evidenciado foram realizadas as coletas de dados referentes ao público-alvo da intervenção.

Em seguida foi realizado o trabalho de pesquisa literária (revisão de literatura) sobre a temática desnutrição infantil, os fatores desencadeadores e consequências a fim de introduzir embasamento teórico no contexto deste trabalho, a partir das produções científicas publicadas nas bases de dados na área da saúde, como: SciELO, BVS, BIREME, LILACS, sob a forma de artigos, teses, dissertações e livros.

A busca das publicações foi utilizando as palavras-chave: Desnutrição Infantil. Desmame precoce. Alimentação saudável. Na elaboração textual optou-se por contextualizar de maneira direta e indireta e por paráfrase as publicações disponíveis, citando conforme as normas estabelecidas pela ABNT.

Portanto, compreende-se que este trabalho será classificado como uma revisão de literatura com assuntos relacionados ao tema “Desnutrição Infantil” considerando variados aspectos científicos, práticos e técnicos, das produções literárias publicadas avaliando as práticas de educação em saúde disponíveis na literatura a fim de apresentar nas ações educativas que estão inseridas no projeto de

intervenção conteúdo relacionado á temática. Além das produções que descrevem as estratégias que promovem a saúde da criança nesse contexto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção à Saúde da Criança

A infância corresponde ao período no qual o ser humano está em desenvolvimento e esta etapa tão importante, começa desde o nascimento e termina aos doze anos incompletos, como indica o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2008). Se faz necessário comentar que a infância é o momento da vida do ser humano que se desenvolve a maioria de suas potencialidades humanas, sendo esta também caracterizada por uma etapa vulnerável, pois, devido aos determinantes do processo saúde doença que influenciam significativamente na saúde da criança, principalmente os determinantes relacionados aos fatores socioeconômicos e ambientais, como moradia, alimentação, saneamento básico, higiene, ou ser referentes à disponibilidade de serviço de saúde (PACHECO, 2010).

Silva et al (2009), apresentam em sua obra que problemas de saúde apresentados durante a infância podem trazer agravos futuros para o indivíduo, sendo que durante a infância o ser humano está mais vulnerável, uma alimentação adequada é imprescindível para contribuir com a promoção da saúde e prevenir problemas de saúde típicos da infância, evitando o comprometimento do desenvolvimento e crescimento da criança. Vale ressaltar que uma alimentação inadequada pode vir acarretar um enfraquecimento, deixando a criança mais vulnerável a ter problemas de saúde que venham interferir no seu desenvolvimento físico e mental. Monteiro & Ferriani (2000) afirmam que morrem 60 em cada 1000 crianças nascidas vivas no Brasil, por doenças totalmente evitáveis por meio das ações de saúde promocional. Portanto compreende-se que as principais causas de morte em crianças no Brasil correspondem às doenças perinatais, prematuridade da gestação, também tem como causa a ineficiência do pré-natal, as doenças relacionadas à infância e os problemas cardiovasculares e respiratórios, e a tríade: diarreia, pneumonia e desnutrição (CECCON et al., 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende-se como uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. Assim, diante desse entendimento é atribuído a APS o papel singular com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para atender as demandas da população que necessita de serviços em saúde, considerando-a como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde no ano de 2015 “foi instituído a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.1303, a qual sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança” (BRASIL,2011).

Ainda se tratando da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), observa-se que o documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde. Dessa forma, a PNAISC está organizada de acordo com as redes de atenção e saúde, tendo a APS enquanto ordenadora do cuidado a criança e como epicentro de tal movimento (BRASIL,2015).

Com base nos eixos estratégicos que fazem parte da PNAISC se dá ênfase as seguintes estratégias:

“[...] aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno” (BRASIL, 2015)¹.

No âmbito da saúde da criança, os serviços preconizados à APS seriam capazes de reduzir significativamente as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), essas ações e serviços aplicados de forma adequada que vem contribuindo para a redução do índice de internações na área da saúde infantil, o que ainda é caracterizado como um problema no contexto brasileiro, tendo como causas centrais das internações pediátricas, os problemas respiratórios e gastroenterites, os quais se relacionam as condições sensíveis a APS (PROZOTTO *et al.*, 2015).

1- Portaria Nº1.130, De agosto de 2015 Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)..http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

Se reconhece que após a adoção no Brasil da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção em saúde, a qual vem passando por significativa expansão, “tendo alcançado, em 2013, a cobertura de 56,2% da população brasileira, com um total de 34.715 equipes implantadas, ”de acordo com a “Pesquisa Nacional de Saúde evidencia-se a necessidade de se analisar, frente à saúde infantil, a orientação dos serviços de atenção básica à atenção primária à saúde.” Objetivou-se analisar o conhecimento científico produzido sobre a orientação dos serviços de atenção básica brasileiros à Atenção Primária à Saúde com enfoque na saúde da criança, uma vez que os resultados ainda precisam ser melhorados (MALTA *et al.*, 2016, p.327).

De acordo com o Manual do Ministério da Saúde:

“a vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce para sub ou sobre alimentação, evitar que desvios do crescimento possam comprometer sua saúde atual e sua qualidade de vida futura”(MALTA *et al.*,2016,p 328.).

Observando na literatura que as produções científicas publicadas referente a epidemiologia do estado nutricional da criança, vem destacando o peso e o índice de massa corpórea deixando de relacionar à altura a este índice, porém se reconhece que a altura não só deve ser associada como destacada junto aos demais para avaliar vários desfechos e causas de mortalidade (BRASIL, 2012).Nesta perspectiva, o atributo mais representativo do perfil epidemiológico da desnutrição no Brasil consiste na baixa estatura do indivíduo (ARAUJO *et al.*, 2008).

5.2 Acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica

Compreende-se que o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil aplicado na atenção á saúde da criança consiste no registro periódico do peso, da estatura e do IMC (índice de massa corporal) da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BARROS & VITORIA,2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de cinco anos) e 2007 (para a faixa etária dos cinco aos 19 anos)(BRASIL, 2007).

A OMS apresentou a incorporação das curvas de crescimento da organização Mundial de Saúde 2006 e 2007 no SISVAN as novas curvas de crescimento infantil, que representam o crescimento infantil sob condições ambientais adequadas. “Este conjunto é um instrumento tecnicamente robusto o qual se representa a melhor descrição existente do crescimento físico para crianças menores de cinco anos de idade” (ROMANI & LIRA, 2004, p.15).

Tal modelo foi elaborado tomando por base o estudo longitudinal (entre o nascimento e 24 meses) e estudo transversal (crianças de 18 e 71 meses). Teve como parâmetro a amostra de 8.500 crianças saudáveis de quatro continentes, resultando num padrão adotado pela OMS com vistas a avaliação de crianças de qualquer país, etnia, alimentação e classe social (ROMANI & LIRA, 2004).

Ainda de acordo com Romani & Lira (2004p.16), para que uma criança seja avaliada e posteriormente classificada dentro de um desses grupos de “desvio nutricional”, se faz necessária a complementação da avaliação observando as características individuais e o meio onde a criança vive, para que possamos atribuir os fatores determinantes que ocasionam o resultado de a mesma estar fora da curva e a partir desse diagnóstico situacional agir sobre elas, quando possível, buscando a sua efetiva resolutividade gerando o desenvolvimento da criança.

5.3 Fatores de riscos para o desmame precoce

Dentre as condições externas pode-se ressaltar que a carência alimentar pode desenvolver problemas como a desnutrição infantil, a qual se constitui um grande desafio relacionado a magnitude e às consequências que interferem negativamente para o crescimento, desenvolvimento físico e mental da criança (BRASIL, 2013).

O aleitamento materno exclusivo é preconizado pelo Ministério da Saúde e este consiste no ato de alimentar e ou amamentar a criança apenas com o leite materno, dessa forma vale ressaltar que o aleitamento materno é uma estratégia isolada utilizada no combate da morbimortalidade infantil, pois atua na promoção da saúde física, mental e psíquica da criança. A amamentação também traz benefícios à saúde da mulher que amamenta. Segundo o Caderno Informativo de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde o aleitamento materno é recomendado as

puérperas exclusivamente até os 6 meses de vida podendo permanecer associado a uma dieta saudável por dois anos ou mais (BRASIL, 2002).

Segundo Brasil (2015) *apud* Jones (2003), ressalta-se que devido aos inúmeros componentes existentes no leite materno que protegem contra infecções, identifica-se a ocorrência de menos mortes entre as crianças amamentadas. Dessa forma, entende-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes por causas preveníveis em crianças menores de 5 anos em todo o mundo.

Dessa forma temos o leite materno como o alimento ideal e mais completo para lactentes, principalmente no combate à desnutrição e à mortalidade infantil, por suprir as necessidades alimentares do lactente durante os primeiros meses de vida (BRASIL, 1993).

Observa-se que mesmo sabendo que o leite materno é um alimento completo para a alimentação da criança ainda nos deparamos com o número elevado de desmame precoce que seja por diversas situações, como o fato de a mãe ter que trabalhar e deixar a criança com outras pessoas, por acreditar que o leite não sacie a fome de seu bebê em fim, existem diversos fatores que influenciam na iniciação de outras bebidas lácteas e ou outros alimentos na dieta do bebe antes de completar os seis meses de vida. Assim, o desmame precoce pode ser influenciado por inúmeros fatores, como exemplo temos: biológicos, histórico-culturais, econômico-sociais e psíquicos, reconhecendo-se um processo repleto de ideologias e determinantes que resultam no fenômeno desmame precoce (SAMPAIO *et al.*,2010).

Mesmo tendo as vantagens oferecidas pelo aleitamento materno desmame vem ocorrendo mais precocemente e com isso, provocando consequências negativas ao desenvolvimento do bebe e a saúde do mesmo, interferindo diretamente na digestão e exposição aos agentes patógenos (CARRASCOZA *et al.*,2005).

Dentre as consequências do desmame estima-se que este ato seja uma das principais causas de doenças em crianças, levando à desnutrição e consequentemente à mortalidade infantil no primeiro ano de vida. O desmame precoce vem sendo o fator principal para a doença diarreica, isto é, devido a introdução precoce de outros tipos de alimentos (PASSANHA; CERVATOMANCUSO; SILVA, 2010).

Segundo Venâncio *et al*(2010) para o ano de 2010, os dados apresentados referentes ao aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil, indicam que apenas 41% das crianças menores de seis meses nas capitais dos estados brasileiros estão em processo de amamentação exclusiva e que a média de duração dessa prática situa-se em 54,1 dias.

Dentre as regiões brasileiras, destaca-se a região Norte com o maior índice do desmame precoce, representando 45,9% e respectivamente, o Centro-Oeste com 45,0%, o Sul com 43,9% e Sudeste com 39,4%. Já a região Nordeste, possui a menor prevalência, 37,0% (VENÂNCIO *et al.*, 2010).

5.4 Desnutrição Infantil

O conceito de desnutrição está relacionado a uma condição patológica decorrente da falta de energia e proteínas em variadas proporções, podendo ser agravada por infecções repetidas (CHAGAS *et al.*,2013).

Segundo Fechner *et al.* (2001) *apud* (Lima *et al.*,2010), uma criança mal nutrida não consegue se desenvolver corretamente. A falta de nutrientes interfere em todo o seu desenvolvimento psicomotor, também segundo os autores além da escassez de macronutrientes, há deficiência de micronutrientes (vitamina A e E, cobre, magnésio, zinco e selênio) e esses fatores contribuem para alterações no sistema imune. A desnutrição quando em níveis altos, pode provocar a morte precoce das crianças sendo este um fator de risco para mortalidade infantil.

A desnutrição pode se apresentar de diversas formas, devido à variedade de suas manifestações clínicas. Ela vai desde casos leves, como a desnutrição energético-proteica que está relacionado ao estado nutricional e fatores socioeconômicos, cuja ocorrência não põe em risco a saúde da criança, até aqueles considerados graves e de grande repercussão. Algumas crianças podem ainda apresentar uma forma mista de desnutrição conhecida como kwashiorkor-marasmático (MONTE, 2000).

Segundo o Monteiro (2003),os fatores associados a desnutrição infantil têm como causa, a falta de alimentação adequada, o desmame precoce, desigualdade social e situação de vulnerabilidade e pobreza.Com base nisto, se faz importante

incluir na atenção básica, estratégias para o enfrentamento e redução da desnutrição com campanhas educativas e o incentivo a amamentação e orientação para uma alimentação saudável após os seis meses de vida.

O estado nutricional infantil é conhecidamente determinado pelas condições de vida da população, como já mencionado anteriormente cabe ressaltar que principalmente no que concerne aos aspectos sociais e econômicos, os indicadores e taxas que revelam o estado nutricional de crianças de determinada localidade compreende um dos instrumentos que possibilita identificar os aspectos que envolve as condições de saúde e qualidade de vida da população (JESUS *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2010).

Outro fator que contribui para a desnutrição é a falta de informação devido à baixa escolaridade materna, precárias condições de moradia e saneamento, maior número de moradores na casa, assim como com idade materna inferior a 20 anos. Essas condições podem explicar os resultados recentes do Ministério da Saúde que indicam tendência da manutenção das altas prevalências de déficit no crescimento linear (15,1%) e ponderal (10,7%) entre as crianças menores de sete anos de idade do Programa Bolsa Alimentação no Nordeste do Brasil, oriundas de famílias expostas às mais precárias condições de vida e sustentam também a manutenção do diferencial da distribuição dos déficits do crescimento na infância entre as regiões (BRASIL, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos cadastradas na unidade de saúde PSF 2 Ceciliano Coelho em Japaratinga-Alagoas”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Os profissionais da equipe PSF 2 Ceciliano Coelho em Japaratinga-AL, por meio do diagnóstico situacional, análise do serviço e da área de abrangência, conseguiram identificar vários problemas ali existentes. Na priorização dos problemas, foi selecionado o problema “desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos”.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), o diagnóstico situacional é resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de uma determinada população, e pode ser considerada uma importante ferramenta de gestão para identificação dos problemas de saúde presentes naquele local. De posse dos problemas, seleciona-se aquele possível de resolução por meio da priorização, posteriormente a identificação dos nós críticos e daí elaboramos um plano de ação.

O problema da desnutrição infantil em crianças de 0-5 anos cadastradas pela equipe do PSF 2, ocorre por questões decorrentes da falta de informação quanto a importância da amamentação para o crescimento e desenvolvimento da criança até seis meses de vida, do desmame precoce que em média ocorre por volta de 3 meses de vida, além do desconhecimento sobre a importância de uma alimentação saudável para as crianças de 6 meses a dois anos com vistas ao combate não apenas da desnutrição infantil e mortalidade infantil, mas das consequências advinda dela, tais como desaceleração, interrupção ou até mesmo involução do crescimento e modificações sanguíneas, podendo provocar ainda, alterações

óssease nos sistemas nervoso, respiratório imunológico, renal, cardíaco e hepático dentre outras, deixando a criança mais susceptíveis a infecções.

6.2 Explicação do problema selecionado

A desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos têm como causas o desmame precoce para menores de 6 meses e a introdução de uma alimentação de baixo valor nutricional para as crianças menores de 2 anos, assim se faz necessário implementar ações que viabilize a resolutividade para este problema. Casos de desnutrição afetam diretamente a saúde das crianças Japaratinguense, sendo um caso fatal para o recém-nascido prematuro não foi amamentado devidamente.

Os dados referentes a morbimortalidade infantil no município de Japaratinga no período de 2016-2019 indicam a ocorrência de 2 casos, onde tiveram como causa a desnutrição (morte neoprecoce). No momento são atendidas 53 crianças com idade entre 0 e 5 anos, das quais, 31 encontram-se desnutridas (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO BRASILEIRO, 2017).

6.3 Seleção dos nós críticos

Após priorização do problema, foram selecionados seus nós críticos, que são as causas em que se tenha governabilidade. Sendo assim, os nós críticos eleitos foram:

- ✓ Falta de informação quanto à importância da amamentação até 6 meses de vida;
- ✓ Desmame precoce;
- ✓ Alimentação inadequada.

6.4 Desenho das operações

Este passo é muito importante porque vai nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. Além disso consta no quadro de etapas essenciais na operacionalização do projeto. Na verdade, ele direciona o projeto. O gerente de cada operação é aquele que acompanha da

execução de todas as ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.73)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desnutrição infantil em crianças de 0 a 5 anos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas

Nó crítico 1	Falta de informação quanto a importância da amamentação para crianças de até 6 meses de vida.
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações educativas para melhorar a compreensão das gestantes e puérperas sobre a importância do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança e no combate da desnutrição infantil; destacando a necessidade de manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança; • Promover palestras a fim de orientar e conscientizar as mães, para importância da alimentação adequada para a criança de 6 meses a 2 anos e as consequências da desnutrição no desenvolvimento físico e psicomotor da criança. • Monitorar se as mães estão realmente amamentando seus bebês. • Capacitar a equipe da ESF educação permanente em saúde para auxiliar na orientação e incentivo ao aleitamento materno exclusivo e a alimentação saudável.
Projeto	Amamentação: um ato de amor.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Espera-se a conscientização das gestantes e puérperas na alimentação das suas crianças ao nascer até os seis primeiros meses de vida, apenas com o leite materno, como forma de prevenção de doenças e fortalecimento no desenvolvimento físico e mental da criança; • Redução ao desmame precoce das crianças de 0 – 6 meses de vida; • Redução da desnutrição infantil entre crianças de 0 – 5 anos. • Equipe capacitada para orientar as mães.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de reuniões mensais na ESF, com temas relevantes sobre fatores relacionados a alimentação das crianças de 0-5 anos; • Implantação de cronograma mensal de acompanhamento de rotina pelos ACS, avaliando a adesão de práticas preventivas da desnutrição pelos responsáveis pela criança. • Identificação dos fatores de riscos relacionados a falta de conhecimento sobre amamentação e alimentação adequada.
Recursos necessários	<p>Político: Adesão do gestor em saúde para facilitar a execução do projeto; Disponibilização dos profissionais de saúde para executar as atividades educativas durante a implantação do projeto de intervenção com o público-alvo.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento aprofundado, por parte da equipe, sobre formas de avaliação, estratégias de definição e monitoramento de ações.</p> <p>Financeiro: Impressão de panfleto informativos quanto a importância do aleitamento materno até os seis primeiros meses de vida da criança.</p>
Recursos críticos	<p>Político: Adesão do gestor em saúde para facilitar a execução do projeto; Disponibilização dos profissionais de saúde para executar as atividades educativas durante a implantação do projeto de intervenção com o público-</p>

	alvo. Financeiro: Impressão de panfleto informativos quanto a importância do aleitamento materno até os seis primeiros meses de vida da criança
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde, indiferente Médica e enfermeira, motivados
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto a Secretaria municipal de Saúde, Justificando a necessidade de execução do mesmo, em função da prevalência da desnutrição em crianças de 0 a 5 anos. Para a médica e enfermeira não necessita de ações estratégicas para motivá-los.
Prazo	Apresentar o projeto em dois meses e realizar durante oito meses as atividades educativas, de forma contínua, anualmente.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira será elaborado um formulário para facilitar o acompanhamento.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação mensal observando se a criança está se alimentando adequadamente, teve aumento de peso, observar o nível de conhecimento das participantes após as ações.

Fonte: autoria própria (2019)

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desnutrição infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Desmame Precoce
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar atividades de educação em saúde na unidade PSF 2 visando elevar o nível de informação das mães sobre a importância da amamentação. • Orientar como amamentar esclarecer as dúvidas das mães (gestantes ou puérperas) quanto os mitos e verdades da amamentação. • Realizar rodas de conversas para verificar o conhecimento das mulheres (ES) sobre o ato de amamentar, identificar os fatores que levam ao abandono precoce do aleitamento materno. • Apresentar as participantes as vantagens para a mulher e para a criança a amamentação. • Implantar de campanha mensal contra o abandono do aleitamento materno exclusivo, anunciada em rádio local e panfletos e Acompanhamento domiciliar
Projeto	Diga não ao desmame precoce
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do índice de abandono do aleitamento materno na área de abrangência • Mães mais conscientizadas de suas responsabilidades sobre o aleitamento materno.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Mães mais conscientes sobre o aleitamento materno. • Campanha implantada e funcionando
Recursos necessários	<p>Estrutural: local para realização das atividades.</p> <p>Cognitivo: conhecimento dos envolvidos acerca do tema, das estratégias de</p>

	<p>comunicação e dos recursos pedagógicos para abordagem às gestantes e puérperas sobre o abandono do aleitamento materno exclusivo.</p> <p>Financeiro: impressão de folhetos educativos e banner, financiamento para campanhas bimestrais para a população.</p> <p>Político: articulação intersetorial (parceria com a Secretaria de Educação e de Saúde) e mobilização social. Apoio da SMS no projeto.</p>
Recursos críticos	<p>Cognitivo: conhecimento dos envolvidos acerca do tema, das estratégias de comunicação e dos recursos pedagógicos para abordagem às gestantes e puérperas sobre o abandono do aleitamento materno exclusivo.</p> <p>Financeiro: impressão de folhetos educativos e banner, financiamento para campanhas bimestrais para a população.</p> <p>Político: articulação intersetorial (parceria com a Secretaria de Educação e de Saúde) e mobilização social. Apoio da SMS no projeto</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Prefeitura Municipal de Japaratinga e Secretaria de Saúde para facilitar implantação do Projeto.</p> <p>Médica, enfermeira e nutricionista</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentar e discutir o projeto a Secretaria municipal de Saúde, Justificando a necessidade de execução do mesmo, em função da prevalência da desnutrição em crianças de 0 a meses, pela médica e enfermeira.</p>
Prazo	<p>Apresentar o projeto em dois meses e realizar durante oito meses as atividades educativas</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	<p>Médica, enfermeira e nutricionista.</p>
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<p>Equipe PSF 2 realizará a avaliação mensal observando se a criança está se alimentando adequadamente, aumento de peso, observar o nível de conhecimento das participantes após as ações.</p>

Quadro 5– Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desnutrição infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2 Ceciliano Coelho do município Japaratinga, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Alimentação inadequada
Operação (operações)	Estimular um padrão adequado de hábitos de alimentares saudáveis considerando a realidade e especificidade da população e as necessidades da criança de até 5 anos através de aulas educativas reuniões e apresentações de slides
Projeto	Alimente-se bem!
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementação o nível de informação da população sobre alimentação saudável para crianças de maiores de 6 meses • Diminuição o número de incidência de crianças desnutridas na comunidade
Produto esperado	Adesão de hábitos de alimentação saudável para as crianças reduzindo o surgimento de doenças e da desnutrição
Recursos necessários	<p>Estrutural: local para as conversas com as mães e responsáveis pelas crianças; Liberação dos profissionais da equipe PSF 2 para acompanhar o grupo;</p> <p>Cognitivo: conhecimento de técnicas de comunicação e sobre alimentação</p>

	saudável; Financeiro: aquisição dos recursos educativos. Político: mobilização para participação social e articulação intersetorial.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento de técnicas de comunicação e sobre alimentação saudável; Financeiro: aquisição dos recursos educativos. Político: mobilização para participação social e articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos	Prefeitura do Município (motivação favorável). Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável). Secretário Municipal de Educação (motivação favorável). Setor de Comunicação e Cultura (motivação favorável). Médica e enfermeira favoráveis.
Ação estratégica	Apresentar e discutir o projeto a gestão municipal de saúde e implementar as atividades da unidade PSF 2.
Prazo	2 meses para apresentação do Projeto Educativo. 8 meses para implantação e execução das atividades.
Responsável pelo acompanhamento das operações	Secretário Municipal de Saúde. Equipe PSF 2.
Processo de monitoramento e avaliação das operações.	Será realizado pela médica e enfermeira e um representante da Secretaria Municipal da Saúde. 12 meses avaliar os resultados a partir da adesão de uma alimentação saudável para a criança.

Fonte: autoria própria (2019)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores determinantes como a pobreza e a baixa escolaridade são componente que favorecem a ocorrência da desnutrição. A pobreza por sua vez se refere a não satisfação das necessidades básicas humanas como uma alimentação adequada e, conseqüentemente, estes indivíduos não possuem uma vida saudável. Já o baixo nível de escolaridade, implica na falta de conhecimento, o que vem corroborar com o problema da desnutrição, uma vez que, por desconhecer os benefícios do aleitamento materno, a mãe introduz outros alimentos lácteos na dieta da criança menor de seis meses o que pode causar desnutrição devido a uma dieta de baixo valor nutricional.

Para mudar esta realidade a realização de estratégias educativas podem melhorar o conhecimento das mães incentivando o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida e seguir uma dieta saudável dentro de suas condições financeiras que tenha alto valor nutricional visando suprir as necessidades diárias da criança e promover a sua saúde.

A qualidade da evolução ponderal da criança desde o seu nascimento está intrinsecamente relacionada a implementação de ações de combate às carências nutricionais em crianças de até 5 anos, visto que reduzirá os índices de desnutrição entre as crianças de Japaratinga, além de reduzir significativamente a incidência de doenças infecciosas, prejuízo no desenvolvimento psicomotor e por fim reduzir prevalência de baixo peso em crianças menores de cinco anos entre outras complicações.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Japaratinga. Plano Municipal de Saúde de Japaratinga Quadriênio 2014-2017. Japaratinga, 2014. Disponível em: <<http://dados.al.gov.br/dataset/43ba0374-afb2-46f8-92f3-ed5f6fa45587/resource/2a95370f-7c73-4ad6-b06f-623dd09a6393/download/municipaljaparatinga2014.pdf>> acesso em: 20 de setembro de 2018.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO. Municípios Brasileiros, 2013. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/Japaratinga.al. Acesso em: 12 de maio de 2017.

ARAÚJO, C.L.P. et al. Size at birth and height in early adolescence: a prospective birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 de março de 2018

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparison of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, 2008. Suplemento 3. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001500012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 de março de 2018

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016. Disponível em: <http://decs.bvs.br> Acesso em: 20 de março de 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Secretaria de Programas Especiais. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. **Normas gerais para banco de leite humano**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_crianca_adolescente_3ed.pdf> acesso em: 16 de março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

_____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 21 de outubro de 2011.

_____. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015; 5 ago. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/curvas_oms_2006_2007.pdf>. Acesso em: 04 de março de 2018.

_____. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação**: primeira fase. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARRASCOZA, K.C. et al. **Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno**. Estud. psicol. (Campinas) vol.22 n. 4 OUT./dez. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v22n4/v22n4a11.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliacao das acoes de saude 2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: 19 de agosto de 2018.

CECCON, R.F.; BUENO, A.L.M.; HESLER, L.Z.; et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação Brasileira, 1998-2008. Caderno de Saúde Coletiva [Internet]. 2014;22(2):177-83. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1479.pdf acesso em: 10 de março de 2019.

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível: CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=12247946000136&VEstado=27&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20JAPARATINGA. Acesso em: 11 de abril 2019.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

CHAGAS, D. C. das *et al.* Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos - seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 146-156, Mar. 2013.

Disponível em:
 Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 de Abril de 2019.

DABNET. Departamento de Atenção Básica: e-SUS atenção Básica. Dados referente aos usuários prontuário eletrônico. Japaratinga, 2018.

EMA, L *et al.* Práticas de Nutrição pediátrica. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aspectos socioeconomicos dos municípios brasileiros. **ibge@cidade/** Japaratinga.2018 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/japaratinga/historico>> acesso em: 12 abril de 2019.

JESUS, G.M. *et al.* Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. **Ciência de Saúde Coletiva** 2014; 19(5), p.1581-1588.

LIMA, A.M.; GAMALLO, S.M.; OLIVEIRA F.L.C. Desnutrição energético-proteica grave durante a hospitalização: aspectos fisiopatológicos e terapêuticos. **Rev Paul Pediatr** 2010; 28(3):353-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n3/15.pdf>> acesso em: 26 de abril de 2019.

MALTA, D. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **CienSaudeColet.**, 2016; 21(2):327-338.

MONTE CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **J Pediatr**. 2000; 3(76): 285-97

MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.D.A.; CONDE, W L. et al. Narrowing socioeconomic inequality in childstunting: the Brazilian experience, 1974-2007. **Bull World Health Organ** 2010; 88(4):305-311.

MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M.G.C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 99106, janeiro 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12440.pdf>> acesso em: 26 de agosto de 2017

MONTEIRO C.A. Adimensão da Pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos Avançados**. V. 17, n.48 p:7-20, 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, Junho, 2005.

MENDES, E.V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS; 2015.

OLIVEIRA V.C.; CADETTE, M.M. Nurses' notes on child growth and development. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3):301-6

PACHECO, C. P. **Evolução da mortalidade infantil, segundo óbitos evitáveis: macrorregiões de saúde do Estado de Santa Catarina, 1997-2008**. Tese(mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo. São Paulo 2010. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../ClaricePacheco.pdf. Acesso em:30 de agosto de 2017.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online]. 2010, vol.20, n.2, pp. 351-360. ISSN 01041282.

PREZOTTO, K.L.; CHAVES, M.M.N.; MATHIAS, T.A.F.; Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **RevEscEnferm USP** 2015; 49(1):44-53

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do desenvolvimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 4, n. 1, p.15-23, jan./mar., 2004

SAWAYA, A. L. **Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional**. Estudos Avançados, São Paulo, v. 20, n. 58, dez. 2006 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142006000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:30 de agosto de 2017

SILVA, M. M., ROCHA; L.; SILVA, S. de O. Enfermagem em puericultura: Unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2009 mar; 30 (1):141-4. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4466>. Acesso em: 30 agosto de 2017.

SAMPAIO, M.A *et al.* Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. **Psicol: TeorPesq.** 2010; 26(4):613-21.

VENANCIO, S.I.*et al.* Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J Pediatr.** 2010; .86(4):317-24.