

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PAULA NATHANY FERREIRA LIRA

**DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL EM MENORES DE CINCO ANOS EM
UMA COMUNIDADE DE LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS**

POLO MACEIÓ – ALAGOAS

2016

PAULA NATHANY FERREIRA LIRA

**DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL EM MENORES DE CINCO ANOS EM
UMA COMUNIDADE DE LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Alenas, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Marlene das Graças Martins

POLO MACEIÓ – ALAGOAS

2016

PAULA NATHANY FERREIRA LIRA

**DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL EM MENORES DE CINCO ANOS EM
UMA COMUNIDADE DE LIMOEIRO DE ANADIA – ALAGOAS**

Banca examinadora

Examinador 1: Marlene das Graças Martins

Examinador 2: Humberto Ferreira de Oliveira Quites

Aprovado em: 26 de Janeiro de 2017.

RESUMO

A deficiência nutricional na criança está associada a uma maior morbimortalidade, ao comprometimento do desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. No decorrer de minha atuação como médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foram observados alguns problemas na área de abrangência, dentre eles o déficit nutricional em menores de 5 anos. O objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de intervenção a fim de reduzir a deficiência nutricional em crianças de 0 a 5 anos na comunidade Chã do Miranda - Alagoas. Para a elaboração do plano de ação foram realizadas pesquisas nas ferramentas de busca Scielo e Pubmed e a proposta baseou-se no módulo da disciplina de Planejamento e avaliação em saúde. Observou-se que o desconhecimento da população sobre alimentação saudável e adequada para a idade, o abandono do aleitamento materno, as condições de higiene precárias e a baixa frequência às consultas de puericultura são os principais responsáveis pelo déficit nutricional. Assim sendo, a intervenção direta sobre estes fatores delineou o desenho de quatro operações: Saúde à mesa - para conscientizar a população acerca dos benefícios da alimentação saudável, em articulação com a escola; Amigos do peito – uma campanha educativa com o intuito de estimular o aleitamento materno e desmitificar crenças maléficas; Higiene e saúde – orientações sobre higiene para diminuir o alto índice de parasitoses e suas complicações (anemia, perversão do apetite); Saúde da criança – uma linha de cuidado montada para acompanhar o crescimento e desenvolvimento, com consultas agendadas para o médico e enfermeiro. Espera-se, com este trabalho, promover melhora nos índices de carência nutricional na comunidade, bem como melhorar o acompanhamento e suporte às crianças com desnutrição e obesidade.

Palavras chave: deficiências nutricionais, transtornos da nutrição infantil, saúde da família.

ABSTRACT

Nutritional deficiency in child is associated with greater morbidity and mortality, impaired physical and mental development, lower school achievement, and lower productive capacity in adulthood. In the course of my work as a physician in the Program for Appreciation of the Primary Care Professional, some problems were observed in the area of coverage, among them nutritional deficit in children under 5 years. The objective of this study was to elaborate a proposal of intervention in order to reduce the nutritional deficiency in children from 0 to 5 years old in Chã do Miranda community – Alagoas. For the elaboration of the action plan, researches were carried out in search tools as Scielo and Pubmed and the proposal was based on the module of the discipline of Planning and evaluation of health. It was observed that the population's lack of knowledge about healthy and adequate food for age, abandonment of breastfeeding, poor hygiene conditions and low frequency to follow-up visits are the main ones responsables for nutritional deficit. Therefore, the direct intervention on these factors designed four operations: Health at the table - to make population aware of the benefits of healthy food, in articulation with school; Friends of the breast - an educational campaign to stimulate breastfeeding and demystify evil beliefs; Hygiene and health - guidelines on hygiene to reduce the high rate of parasitoses and their complications (anemia, perversion of appetite); Child Health - A care line set up to keep pace with growth and development, through scheduled appointments with doctor and nurse. With this work, we hope to improve the nutritional deficiency rates in the community, as well as to improve the follow-up and support for children with malnutrition and obesity.

Key words: deficiency diseases, child nutrition disorders, family health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	7
1.1. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA	
1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	
1.3. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
1.4. ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE	
2. JUSTIFICATIVA -----	17
3. OBJETIVO -----	18
4. METODOLOGIA -----	19
5. REVISÃO DE LITERATURA -----	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	23
6.1. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	
6.2. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	
6.3. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	
6.4. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	
6.5. DESENHO DAS OPERAÇÕES	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	28
8. REFERÊNCIAS -----	30

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA

Limoeiro de Anadia localiza-se na região central do estado de Alagoas, distando aproximadamente 117 km da capital Maceió e 20km de Arapiraca. Limita-se ao norte com os municípios de Coite do Nóia e Taquarana, ao sul com o município de Junqueiro, a leste com o município de Anadia, a oeste com o município de Arapiraca, e a sudeste com o município de Campo Alegre.

Segundo o IBGE (2010), em último censo demográfico, Limoeiro de Anadia contava com 26992 habitantes. A estimativa para 2016 é de 28793 habitantes.

❖ HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

De acordo com dados da Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico de Alagoas (2014), o município originou-se, primitivamente, de uma fazenda de gado, de propriedade de Antônio Rodrigues da Silva. As origens sobre a denominação da cidade são contadas pelos moradores mais velhos de várias formas. Dentre as quais duas se destacam: a primeira delas conta que a grande quantidade de pés de limoeiro serviam como sombras frondosas onde descansavam os exploradores e caçadores das matas da região. Em outra versão, o nome do município é atribuído a uma árvore desta natureza que se achava próxima a uma capela construída em 1789, justamente erguida pelo próprio Antônio Rodrigues da Silva, em devoção à Santa Cruz e à Nossa Senhora da Conceição. Pelo povoado ter se desenvolvido próximo à capela, ficou conhecido por Limoeiro. Em 1879, houve sua integração a Junqueiro. A junção de Anadia à denominação atribui-se ao fato da ligação anterior à sua emancipação com este município e a uma lei de 1943, que mudou a denominação acrescentando o restritivo de Anadia. A região passou por profundas e diversas transformações administrativas e territoriais. Um de seus maiores prejuízos foi ter perdido, em 1929, o distrito de Arapiraca, que conseguiu superá-la economicamente, tornando-se uma das cidades mais prósperas de Alagoas.

❖ ASPECTOS GEOGRÁFICOS

- Área total do município: 309,205km².
- Concentração habitacional: 84,48hab./km².

❖ ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

• Índice de desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Limoeiro de Anadia é 0,580, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,279), seguida por Renda e por Longevidade.

Quadro 1: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Limoeiro de Anadia, 2010.

	2010
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Longevidade	0,742
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Educação	0,457
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda	0,575
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Total	0,580

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Limoeiro de Anadia, a esperança de vida ao nascer aumentou 13,6 anos nas últimas duas décadas, passando de 55,9 anos em 1991 para 63,2 anos em 2000, e para 69,5 anos em 2010. Em 2010, a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 70,3 anos e, para o país, de 73,9 anos.

• Taxa de Urbanização

O município possui 2245 pessoas em domicílios urbanos (8,32%) e 24747 pessoas em domicílios rurais (91,68%).(IBGE, 2010)

Quadro 2: Densidade demográfica, razão de sexo e taxa de urbanização do município de Limoeiro de Anadia.

Indicadores	2000	2010	2012*
Densidade Demográfica (Hab/Km ²)	271,28	301,79	-
Razão de Sexo (%)	98,24	98,94	98,98
Taxa de urbanização (%)	8,68	8,32	-

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde - DATASUS, IBGE - Censo

* Dados relativos a População Residente Estimada

FONTE: IBGE – Censo 2010.

- Renda média familiar

A renda per capita média de Limoeiro de Anadia cresceu 208,07% nas últimas duas décadas, passando de R\$92,83 em 1991 para R\$125,03 em 2000 e R\$285,98 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 34,69% no primeiro período e 128,73% no segundo.

- Abastecimento de água tratada

Conforme apresentado no quadro 3, em relação ao abastecimento de água, há um baixo predomínio de rede com água tratada (17,91%).

Quadro 3: Famílias cobertas por abastecimento de água, no município de Limoeiro de Anadia no ano de 2013.

Abastecimento de água	Número	%
Rede pública	1.152	17,91
Poço ou nascente	5.181	80,54
Outros	100	1,55

Fonte: SIAB, 2013.

- Recolhimento de esgoto por rede pública

A estrutura de saneamento básico ainda é prioritariamente composta de fossas, como pode ser percebido no quadro 4.

Quadro 4: Famílias cobertas por instalações sanitárias, no município de Limoeiro de Anadia no ano de 2013.

Destino fezes/urina	Número	%
Sistema de esgoto	39	0,61
Fossa	6.271	97,48

Céu aberto	123	1,91
------------	-----	------

Fonte: SIAB, 2013.

- Principais atividades econômicas

Limoeiro de Anadia tem como principal atividade econômica o setor de produção agropecuária. A atividade agrícola do município de Limoeiro de Anadia consiste no cultivo de: cana-de-açúcar, abacaxi, batata-doce, feijão, fumo, mamão, mandioca, manga e milho.

Quadro 5: Principais atividades econômicas de Limoeiro de Anadia no ano de 2012.

Agropecuária*	2012
Cana-de-açúcar - (t)	281.637
Mandioca - (t)	1.445
Abacaxi - (mil frutos)	335
Fumo - (t)	138
Produção de leite - (mil litros)	522
Produção de mel de abelha - (Kg)	270
Produção de ovos de galinha - (mil dúzias)	5
Produção de ovos de codorna - (mil dúzias)	0
Galos, frangas, frangos e pintos - (Cabeças)	39.860
Bovinos - (Cabeças)	12.110
Galinhas - (Cabeças)	2.620
Vacas ordenhadas - (Cabeças)	481

Fonte: IBGE/ Produção Agrícola Municipal - PAM, IBGE/ Produção Pecuária Municipal - PPM

* Considerou-se o ranking dos quatro maiores produtos agrícolas, os produtos de origem animal e o efetivo de animais, respectivamente.

❖ ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Indicadores:

- Taxa de Crescimento Anual

Entre 2000 a 2010, a população de Limoeiro de Anadia teve uma taxa média de crescimento anual de 1,26%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,68%.

- Taxa de Escolarização: 3536 indivíduos entre 7 e 14 anos estão matriculados em creches ou escolas, da rede pública e privada. O número de indivíduos

alfabetizados no município é de aproximadamente 11.483 (IBGE, censo 2010).

- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza

A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 50,32% em 1991 para 48,12% em 2000 e para 25,23% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,43 em 1991 para 0,57 em 2000 e para 0,64 em 2010.

- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:

O IDEB das escolas da rede pública de Limoeiro de Anadia, em 2011, foi de 3,7 para alunos do 4º e 5º ano e de 3,2 para alunos do 8º e 9º ano do ensino fundamental. (Ministério da Educação, IDEB).

Quadro 6: Indicadores educacionais de Limoeiro Anadia do ano de 2011

Indicadores Educacionais	2011	
	Ensino Fundamental	
IDEB - 4ª série/ 5º ano	3,7	
IDEB - 8ª série/ 9º ano	3,2	

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP

Quadro 7: Taxa de abandono, aprovação e reprovação de Limoeiro de Anadia.

Indicadores Educacionais	2010	
	Ensino Fundamental	Ensino Médio
Taxa de Abandono (Rede Pública) (%)	4,8	21,5
Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%)	80,2	73,5
Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%)	15,0	5,0

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP

- População usuária da assistência de saúde no SUS

A população Limoeirense é, em quase sua totalidade, dependente da assistência do Sistema Único de Saúde, segundo dados da secretaria municipal de saúde do município.

❖ TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA

- Número aproximado de domicílios e famílias: 6779 domicílios e 6875 famílias, sendo 649 famílias vivendo em zona urbana e 6226 em zona rural.

- Nível de alfabetização: O número de indivíduos alfabetizados no município é de aproximadamente 11483 (IBGE, censo 2010).
- Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

Entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 57,47% em 2000 para 54,04% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 9,36% em 2000 para 7,79% em 2010.

Tabela 1: Ocupação da população acima de 18 anos – Limoeiro de Anadia

Ocupação da população de 18 anos ou mais - Limoeiro de Anadia - AL		
	2000	2010
Taxa de atividade	57,47	54,04
Taxa de desocupação	9,36	7,79
Grau de formalização dos ocupados - 18 anos ou mais	21,34	22,72
Nível educacional dos ocupados		
% dos ocupados com fundamental completo	12,29	31,19
% dos ocupados com médio completo	7,28	18,40
Rendimento médio		
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m.	88,05	65,17
% dos ocupados com rendimento de até 2 s.m.	95,82	95,73

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 62,32% trabalhavam no setor agropecuário, 0,00% na indústria extrativa, 3,51% na indústria de transformação, 2,50% no setor de construção, 0,35% nos setores de utilidade pública, 9,30% no comércio e 19,38% no setor de serviços.

- Como vivem, de que vivem.

A maioria da população vive na zona rural, cuidam de sua terra. São de baixa condição socioeconômica, sem acesso à moradia, educação e saneamento básico de qualidade. Como dito anteriormente, a maioria dos indivíduos vive da agropecuária.

❖ RECURSOS DA COMUNIDADE

Possui um laboratório de análises clínicas, escolas, creches e três igrejas. A comunidade dispõe de luz elétrica, abastecimento de água tratada, telefonia móvel e

fixa de diversas operadoras na cidade, porém bem limitada nos povoados; correios, bancos, cartório, entre outros serviços. Não possui nenhum serviço de hospedagem.

1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

❖ Fundo municipal de saúde/ Orçamento destinado à saúde

Gráfico 1: Fundo Municipal de saúde de Limoeiro de Anadia (FMSLA)

Limoeiro de Anadia (AL) Transferências por Área (Função)

Exercício: 2015 (pode ser alterado na [página principal](#) desta consulta)

Total destinado à área Saúde:	R\$ 5.506.927,36
Total destinado à ação Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade:	R\$ 1.231.252,68



CNPJ / CPF	Razão Social / Nome	Tipo do Favorecido	Acumulado no Ano (R\$)	Detalhamento
11.269.277/0001-30	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE LIMOEIRO DE ANADIA [FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE LIMOEIRO DE ANADIA - FMSLA]	Entes Governamentais	1.231.252,68	[Por Repasse]

FONTE: Portal da Transparência, 2015.

❖ Programa Saúde da Família e Sistema de Referência/Contra-referência

Limoeiro de Anadia conta com dez Unidades de Saúde da Família(USF) e nove Unidades de Saúde apoio, os quais foram construídos em 2015 devido à dispersão da população. O município possui um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma equipe do Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF), um Centro de Saúde que presta suporte a todas as unidades de saúde, com atendimento de especializado em endocrinologia, cardiologia, dermatologia, pediatria e ginecologia/obstetrícia; uma Unidade Mista, onde são realizados os atendimentos de urgência e emergência. Como há poucos recursos e não possui material de suporte

avançado, os casos de maior complexidade são encaminhados ao Hospital Regional de Arapiraca – há 20 minutos da cidade. O município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e, portanto, conta-se com o suporte de Arapiraca.

As demais especialidades médicas, não oferecidas no próprio município, são agendadas pelo Complexo Regulador Assistencial (CORA) nos municípios de referência – Arapiraca e Maceió.

1.3. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

❖ UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Inserção na comunidade

A USF Chã do Miranda e o Posto de apoio do Poço Comprido localizam-se na zona rural do município de Limoeiro de Anadia – AL. Situam-se a aproximadamente 5km do centro do município. O acesso é difícil para os profissionais, uma vez que há uma grande distância a ser percorrida em estrada de barro sem manutenção a partir da rodovia AL 220. Os moradores costumam deslocar-se a pé até as unidades.

- Horário de funcionamento: Segunda a sexta, das 8:00 às 12:00 e de 13:00 às 16:00 horas.
- Recursos Humanos: Após a expansão estrutural, os usuários da Chã do Miranda e do Poço Comprido foram divididos em duas unidades, compartilhando os profissionais médico/enfermeiro, porém cada uma possui sua direção, técnicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe inteira conta com uma médica, uma enfermeira, duas diretoras, duas técnicas de enfermagem (uma para cada unidade), seis ACS (três para cada unidade) e duas auxiliares de serviços gerais (uma para cada unidade). Todos cumprem o horário de trabalho, ou seja, o horário de funcionamento da USF, das 8h às 16h, sendo 1h reservada para o almoço dos profissionais.
- Recursos Materiais:

A USF Chã do Miranda apresenta um espaço físico de aproximadamente 120 mm². Existe uma sala onde é realizado o acolhimento aos usuários e onde são guardados os arquivos e registros, uma sala de espera pequena e pouco arejada, uma sala de pré-consulta, dois consultórios onde são realizados o atendimento pela

médica e enfermeira. Em uma destas salas há um banheiro e ar-condicionado. A USF dispõe ainda de uma farmácia, uma sala de procedimentos, uma sala para esterilização de materiais, um banheiro para os usuários e uma sala de imunização, a qual não está funcionando porque o sistema elétrico da unidade não dá suporte para a conservação das vacinas. Além do problema elétrico, enfrenta-se dificuldades em relação ao abastecimento de água. A divisão do espaço é bem planejada, entretanto, a Unidade não dispõe de sala de observação para atendimento de urgência.

A Unidade de Saúde da Família do Poço Comprido é nova e bem planejada, adequada a ocupação de uma equipe multidisciplinar. Há uma recepção, uma sala de espera com muitas cadeiras, arejada. Há muitas salas, porém apenas três são ocupadas com consultórios e pré-consulta porque ainda não foram convocados outros profissionais e nem colocados os móveis necessários para um funcionamento pleno (observação, curativos).

Ambas não contam com consultório odontológico e, portanto, a cirurgiã-dentista da equipe atende apenas na cidade, tendo os usuários que deslocar-se até a zona urbana para serem atendidos. Não há telefonia fixa, conexão com internet e apenas uma operadora funciona na área.

Segundo a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 que estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS. Observa-se que as unidades apresentam conformidade estrutural com o que é sugerido, porém, existem muitas falhas no que se refere à funcionalidade e manutenção.

1.4. ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

No decorrer de minha atuação como médica da Unidade de Saúde da Família Chã do Miranda, como parte do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) pude observar alguns problemas na área de abrangência. Foram eles, em ordem de relevância, elencados pela equipe durante reunião:

- Estrutura física da Unidade Básica de Saúde inadequada para realização de ações educativas, mobilização de grupos e prestação de serviços para pacientes com dificuldade de mobilidade.
- Condições de saneamento básico precárias.
- Uso indiscriminado de medicações psicotrópicas (benzodiazepínicos; antidepressivos; ansiolíticos) e antibióticos, dada a facilidade em adquiri-los mesmo sem receituários;
- Erro alimentar nas diversas faixas de idade, levando a distúrbios como obesidade e desnutrição.
- Elevada incidência de parasitoses na população em geral.
- Falta de grupos de diabéticos, hipertensos e adolescentes para educação sexual em conjunto com a escola.
- Falta de materiais e medicamentos na Unidade.
- Vacinação não é realizada na unidade devido à falta de uma geladeira para a conservação das mesmas.
- Falta de transporte para visitas domiciliares.
- Cartões de vacinação incompletos ou inexistentes na população adulta;
Falta de adesão às práticas regulares de atividade física pela população em geral;

2. JUSTIFICATIVA

A deficiência nutricional na criança está associada a uma maior morbimortalidade, ao comprometimento do desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. (MONTEIRO; CONDE, 2000).

Diante dos casos identificados na comunidade de atraso do crescimento e desenvolvimento, anemias, desnutrição e obesidade e por compreender que a estratégia de atenção primária à saúde aplicada de forma eficiente pode ter um papel relevante no controle dos fatores que influenciam o estado de nutrição (BATISTA FILHO; RISSIN, 1993), a equipe optou por desenvolver um projeto voltado para o aspecto nutricional. Orientar e incentivar hábitos alimentares saudáveis é uma tarefa difícil por envolver a modificação de costumes, de estilo de vida, mas é possível de acontecer, principalmente quando observada caso a caso e associada ao sistema educacional. O controle estreito do crescimento e desenvolvimento, prevenção de anemias e doenças infecto-parasitárias são de extrema importância neste processo. Para tanto, toda a equipe deve estar articulada e apta para atendimento e acompanhar essas crianças.

3. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção a fim de reduzir a deficiência nutricional em crianças de 0 a 5 anos na comunidade Chã do Miranda- Alagoas.

4. METODOLOGIA

A estruturação deste trabalho teve como base o modelo de TCC disponível no espaço TCC do site da Nescon. Na disciplina de Planejamento e avaliação em saúde foi realizado um diagnóstico situacional da área, em qual foram elencados os principais problemas, sua importância e capacidade de enfrentamento, para definir as prioridades de ação –todo esse processo, com a ajuda da equipe da USF. Um problema prioritário foi levantado e, por conseguinte, foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema, para subsidiar a construção de base teórica para esta intervenção. Foram realizadas pesquisas em três bases de dados bibliográficos – Scielo, LILACS e Pubmed – publicados entre 1993 e 2016, em inglês ou português, utilizando descritores e termos livres com o intuito de ampliar o número de referências. Alguns dos descritores foram deficiência nutricional na infância, avaliação nutricional, obesidade infantil e desnutrição infantil. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

Com base no módulo dessa disciplina foi elaborado um plano operacional para intervir sobre os nós críticos identificados. Quatro operações foram desenhadas: Saúde à mesa - para conscientizar a população acerca dos benefícios da alimentação saudável, em articulação com a escola; Amigos do peito – uma campanha educativa com o intuito de estimular o aleitamento materno e desmitificar crenças maléficas; Higiene e saúde – orientações sobre higiene para diminuir o alto índice de parasitoses e suas complicações (anemia, perversão do apetite); Saúde da criança – uma linha de cuidado montada para acompanhar o crescimento e desenvolvimento, com consultas agendadas para o médico e enfermeiro(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a redação do texto foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), os Descritores em Ciências da Saúde.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Os primeiros anos de vida de uma criança correspondem à fase mais dinâmica do processo do crescimento na infância, estando vulneráveis aos agravos sociais, econômicos e ambientais. (UNITED NATIONS, 1997, apud OLIVEIRA et al., 2006).

Um bom aporte nutricional para lactentes, crianças e adolescentes correlaciona-se com melhor crescimento e desenvolvimento neurocognitivo. A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal. A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

Segundo Dietz (2001 apud Mello; Luft; Meyer, 2004), a obesidade pode ser dividida em obesidade de origem exógena – a mais frequente – e endógena. Para a endógena, deve-se identificar a doença básica e tratá-la. A obesidade exógena origina-se do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, devendo ser manejada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e otimização da atividade física.

É consenso que a obesidade infantil vem aumentando de forma significativa e que ela determina várias complicações na infância e na idade adulta. Na infância, o manejo pode ser ainda mais difícil do que na fase adulta, pois está relacionado a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade (MELLO; LUFT; MEYER, 2004). Crianças de pais obesos apresentam maior risco de se tornarem obesas quando comparadas às crianças cujos pais apresentam peso normal (RECINE; RADAELLI, 2000). Isto se deve não apenas à predisposição genética, mas também à influência dos hábitos familiares, pois os filhos têm seus pais como espelhos, como seu principal referencial.

Chaput e Tremblay (2006), destacam que crianças obesas estão expostas a estigmas de peso e podem ser vulneráveis a efeitos psicológicos, como depressão, e efeitos sociais, como o isolamento. As consequências de tendências desfavoráveis, como o isolamento ou o retraimento social, podem contribuir para a exacerbação da obesidade por meio de vulnerabilidades psicológicas que aumentam a tendência a comer demais e a atividades sedentárias.

É comum o relato de bullying e exclusão em atividades recreativas, o que pode fazer com que a criança deseje não comparecer à escola e, por fim, cause dificuldades de aprendizado. Além disso, crianças obesas estão mais predispostas a desenvolver diabetes tipo 2, apneia obstrutiva do sono, problemas articulares, hiperandrogenismo, menarca precoce, dislipidemia, entre outras. Este risco aumenta proporcionalmente ao tempo que o indivíduo se mantém obeso.

Prevenir a obesidade infantil significa diminuir, de uma forma racional e menos onerosa, a incidência de doenças crônico-degenerativas. A escola é um local importante onde esse trabalho de prevenção pode ser realizado, pois as crianças fazem pelo menos uma refeição nas escolas, possibilitando um trabalho de educação nutricional, além de também proporcionar aumento da atividade física. (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

É necessária uma mudança não só no ambiente familiar – estímulo à alimentação saudável e prática de atividade física regular, mas também na escola, com melhora da merenda e dos lanches ofertados nas cantinas, já que a maioria é de baixo valor nutritivo e alto teor calórico. O professor de educação física pode indicar atividades que sejam agradáveis à criança, para que o exercício físico não se converta numa atividade maçante para queimar calorias.

Nos países em desenvolvimento um dos maiores problemas de saúde é a desnutrição. No Brasil, embora a prevalência da desnutrição na infância tenha caído nas últimas décadas, o percentual de óbitos por desnutrição grave em nível hospitalar, se mantém em torno de 20%, muito acima dos valores recomendados pela OMS - inferiores a 5% (BRASIL, 2005). A OMS estima que mais de 20 milhões de crianças nascem com baixo peso a cada ano, cerca de 150 milhões de crianças menores de 5 anos têm baixo peso para a sua idade e 182 milhões (32,5%) têm baixa estatura (MONTE, 2000).

É uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza (BRASIL, 2005). O poder aquisitivo determina não só a disponibilidade de alimentos, mas o acesso à educação, saúde e saneamento. A desnutrição pode ser de causa primária, quando há a ingestão insuficiente de nutrientes, ou secundária à presença de alterações orgânicas que exijam do metabolismo um aporte maior de calorias, como os agravos infecciosos.

Para Monteiro (2003) causas relativamente comuns de desnutrição, sobretudo na infância, são o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico da dieta em vitaminas e minerais e a incidência repetida de infecções, em particular doenças diarreicas e parasitoses intestinais.

O estímulo ao aleitamento materno é uma medida essencial para reduzir a mortalidade e a desnutrição. Mais do que seu valor nutritivo propriamente dito, o leite materno representa uma excelente alternativa para se diminuir a ocorrência de doenças, reduzindo, desta forma, o risco de desnutrição secundária a doenças infecciosas (UNICEF 1991 apud BATISTA FILHO; RISSIN, 1993).

A substituição do leite materno por fórmulas lácteas inapropriadas com baixo aporte de gordura, o retardo para introduzir a alimentação complementar após os 6 meses ou o preparo de alimentos muito diluídos também contribuem para a instalação da desnutrição.

Afim de reduzir a carência nutricional, Batista Filho e Rissin (1993) consideram que a prevenção do baixo peso ao nascer e da anemia materna, o estímulo ao aleitamento materno durante os seis primeiros meses, a suplementação de ferro e o controle de infecções são ações fundamentais. Ademais, o acesso à educação, cuidados de saúde e água de boa qualidade, proteção contra doenças e garantia de uma ingestão adequada de micronutrientes são elementos chave. A introdução do aspecto nutricional no atendimento rotineiro à criança tem um papel fundamental na prevenção da desnutrição (MONTE, 2000).

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

O problema selecionado foi a deficiência nutricional, desnutrição ou obesidade, em crianças menores de 5 anos. O quadro abaixo demonstra de forma simples como ocorreu a escolha do problema.

Quadro 8: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Chã do Miranda, 2016.

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Deficiência nutricional	Alta	6	Dentro	1
Falta de grupos operativos	Alta	6	Dentro	2
Uso abusivo de psicotrópicos	Alta	6	Dentro	3
Falta de controle de imunização da população adulta	Alta	3	Dentro	4
Falta de transporte para visitas domiciliares	Alta	6	Fora	5
Falta de medicamentos e imunobiológicos	Alta	5	Fora	6
Infraestrutura inadequada	Alta	4	Fora	7

Fonte: autora.

6.2. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

A equipe selecionou o problema acima por ser um problema em que poderemos intervir de forma ampla, com maior governabilidade e ter uma boa resolubilidade. Classificamos como um problema quase estruturado e terminal.

Durante as consultas às crianças, observamos muitas delas com peso e altura inadequados para a idade, diversos erros alimentares (alguns gritantes), abandono precoce do aleitamento materno e alto índice de parasitoses.

A intervenção sobre estas causas constitui um caminho para a ação, ou seja, vislumbra a possibilidade de intervenção direta sobre os fatores causais no sentido de modificá-los positivamente.

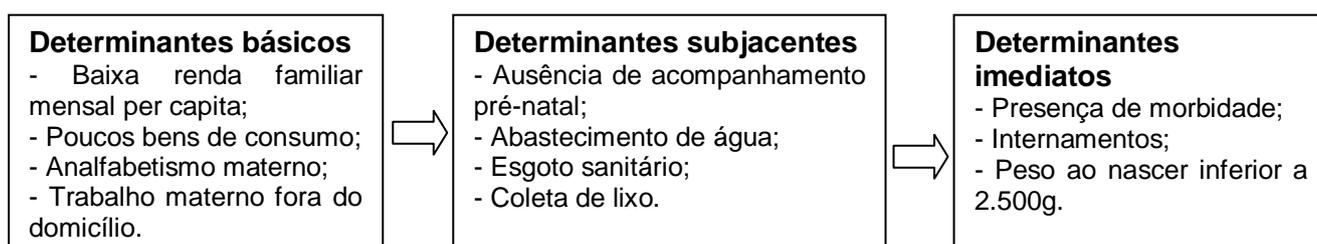
6.3. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo. A presença do excesso de peso na população menos favorecida pode ser explicada pela falta de orientação alimentar adequada, atividade física reduzida e pelo consumo de alimentos muito calóricos, como cereais, óleo e açúcar (RECINE; RADAELLI, 2000).

Pode iniciar em qualquer idade, desencadeada também por fatores como o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentos, distúrbios do comportamento alimentar e da relação familiar, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento. A importância da educação, principalmente materna, é demonstrada pela maior ocorrência de sobrepeso e obesidade nos escolares cujas mães tinham um menor grau educacional, sugerindo que a educação materna é um fator de risco para a obesidade dos filhos. (GIULIANO; CARNEIRO, 2004)

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) as causas da desnutrição energético-proteica na infância se organizam em níveis hierárquicos. Para a compreensão desse evento, a Unicef recomenda um modelo ancorado em três níveis explicativos, representados pelos determinantes básicos, subjacentes e imediatos. Os determinantes básicos são representados por indicadores de acesso aos recursos necessários à sobrevivência disponíveis na sociedade, que se expressam nas condições socioeconômicas dos grupos populacionais; O segundo nível de hierarquia diz respeito a quantidade e qualidade dos serviços disponibilizados pelo Estado e à capacidade familiar de utilizá-los. Por fim, os determinantes imediatos compõem um último nível no modelo hierárquico, representado pelas condições de saúde e nutrição da criança (OLIVEIRA et al., 2006).

Figura 1: Modelo hierarquizado dos determinantes da desnutrição na infância.



6.4. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

- Falta de orientação/conhecimento da população sobre alimentação saudável e adequada para a idade.
- Falta de estímulo ao aleitamento materno.
- Condições de higiene precárias.
- Baixa frequência às consultas de puericultura.

6.5. DESENHO DAS OPERAÇÕES

Quadro 9 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema deficiência nutricional em menores de 5 anos.

Nó crítico	Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de orientação ou conhecimento da população sobre alimentação saudável e adequada para a idade	Saúde à mesa.	População conscientizada quanto aos benefícios da alimentação saudável. Equipe capacitada para abordar e transmitir o assunto.	Acesso à informação, através de salas de espera, rodas de conversa e palestras com nutricionista convidado. Articulação com as escolas para melhorar a merenda escolar e estimular lanches saudáveis na escola.	<ul style="list-style-type: none">- Cognitivo: Capacitação da equipe quanto ao tema.- Organizacional: Adequar o espaço para as reuniões.- Financeiro: Para recursos audiovisuais, folhetos educativos.- Político: Mobilização social. Buscar apoio da secretaria para disponibilizar profissional da área de nutrição. Articulação com a escola da comunidade.
Abandono precoce do aleitamento materno.	Amigos do peito.	Diminuição de 40% do abandono precoce da amamentação.	Campanha educativa para estimular o aleitamento.	<ul style="list-style-type: none">- Cognitivo: Capacitação da equipe e adequação da linguagem.- Organizacional: Abordagem imediata da puérpera para um incentivo precoce, por meio do agente de saúde, seguido de agendamento de visita domiciliar multiprofissional.

				Rodas de conversa com as lactantes. - Político/Financeiro: Oferta de transporte para a visita domiciliar.
Condições de higiene precárias e alta incidência de parasitoses.	Higiene e saúde	Diminuição de complicações decorrentes de parasitoses intestinais, como anemia, perversão do apetite e desnutrição.	Realização de palestras educativas na escola da comunidade, com distribuição de cartilhas educativas adequadas à idade. Tratamento adequado das parasitoses intestinais e orientação familiar para prevenir as recorrências. Distribuição de hipoclorito por meio dos agentes de saúde.	- Cognitivo: Montar estratégia de comunicação voltada para o público infantil para que estes sejam multiplicadores do conhecimento. - Organizacional: Organizar agenda para consolidar a parceria com a escola. - Financeiro: Solicitar a secretaria maior disponibilização de hipoclorito, medicamentos antiparasitários e de exame parasitológico de fezes. - Político: Articulação entre o setor saúde e educação.
Baixa frequência às consultas de acompanhamento (Puericultura/Infantil)	Saúde da criança	Aumentar o número de crianças acompanhadas pela unidade de saúde. Expandir a ideia de que criança saudável também necessita de acompanhamento e consulta. Diagnosticar e tratar precocemente crianças com desnutrição e obesidade.	Linha de cuidado para a criança.	- Organizacional: Organizar agenda para atendimento de crianças saudáveis; estabelecer agendamentos com agentes de saúde. - Político: Adesão dos profissionais à ideia. - Financeiro: estabelecer acompanhamento nutricional dos pacientes solicitando referência à secretaria de saúde.

Fonte: autora.

- Recursos Críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

Quadro 10 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema deficiência nutricional em crianças menores de 5 anos.

Operação/ Projeto	Recurso Crítico
Saúde à Mesa	Financeiro – Para recursos audiovisuais e panfletos.
Amigos do Peito	Político/Financeiro – Transporte para visita domiciliar.
Higiene e Saúde	Financeiro - Disponibilização de medicamentos/exames.
Saúde da Criança	Financeiro – Acompanhamento nutricional

Fonte: autora.

- **Análise da viabilidade do plano**

Nesta etapa são identificados os atores que controlam os recursos críticos e seu provável posicionamento em relação ao problema. Posteriormente, identificam-se as ações necessárias para viabilizar o plano.

Quadro 11 – Correlação dos recursos, atores responsáveis, motivações e ações estratégicas.

Projeto	Recursos Críticos	Atores Responsáveis	Motivação	Ação Estratégica
Saúde à Mesa	Financeiro	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Amigos do Peito	Político Financeiro	Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
Higiene e Saúde	Financeiro	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar o projeto
Saúde da Criança	Financeiro	Secretaria de Saúde NASF	Favorável	Apresentar o projeto

Fonte: autora.

- **Elaboração do Plano Operativo**

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 12 – Plano Operativo

Operação	Resultados	Responsável	Prazo
	População conscientizada quanto aos benefícios da alimentação saudável.	Agente de saúde Cristiane, com	1 mês para início das

Saúde à mesa.	Equipe capacitada para abordar e transmitir o assunto.	colaboração de toda a equipe.	atividades.
Amigos do peito.	Diminuição de 40% do abandono precoce da amamentação.	A Enfermeira Elaine Torres, com participação da equipe.	1 mês para início das atividades.
Higiene e saúde.	Diminuição de complicações decorrentes de parasitoses intestinais, como anemia, perversão do apetite e desnutrição.	A técnica de enfermagem, Maria Fausto, com colaboração de toda a equipe.	15 dias para o início das atividades
Saúde da criança.	Aumento do número de crianças acompanhadas pela USF. Expansão da ideia de que criança saudável também necessita de acompanhamento e consulta. Diagnóstico e tratamento precoce das crianças com desnutrição e obesidade.	A Médica, Paula Lira, com colaboração de toda a equipe.	1 mês para o início das atividades.

Fonte: autora.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se a deficiência nutricional como um problema de grande impacto na saúde, sobretudo das crianças, as quais apresentam em seus primeiros anos de vida acentuado desenvolvimento físico e mental. A elaboração do diagnóstico situacional em saúde, a identificação dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais do planejamento em saúde. Com isto, foi possível elaborar um plano de ação que se encaixa na realidade da população, aumentando a perspectiva de sucesso da intervenção.

Com este trabalho a equipe espera promover melhora nos índices de carência nutricional na comunidade, bem como melhorar o acompanhamento e suporte às crianças com desnutrição e obesidade.

8. REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete; Deficiências Nutricionais: Ações Específicas do Setor Saúde para o seu Controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 130-135, abr/jun, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAPUT, Jean-Philippe; TREMBLAY, Angelo. Obesity at an Early Age and Its Impact on Child Development. **Encyclopedia on Early Childhood Development**, Canadá, fev., 2006.

GIULIANO, Rodolfo; CARNEIRO, Elizabeth C. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 80, n. 1, p. 17-22, 2004.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em:<www.ibge.gov.br> Acesso em 22 maio 2016.

MELLO, Elza D.; LUFT, Vívian C.; MEYER, Flávia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MONTE, Cristina M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol. 76, supl. 3, 2000.

MONTEIRO, Carlos A.; CONDE, Wolney L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 34, supl. 6, n. 5, p. 52-61, 2000.

MONTEIRO, Carlos A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, vol. 17, n. 48, maio/ago, 2003.

OLIVEIRA, Valterlinda A. et al. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 40, n. 5, p. 874-882, 2006.

RECINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. **Obesidade e Desnutrição**. Brasília NUT/FS/UnB – ATAN/DAB/SPS/MS. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obesidade_desnutricao.pdf> Acesso em 24 maio 2016.

SEPLANDE. Perfil municipal de Limoeiro de Anadia. **Revista Perfil Municipal**, Maceió, vol. 2, n. 2, 2014.