

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**WALESKA TENÓRIO DE SÁ**

**ERRO ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 08 DE LUZIÁPOLIS NO MUNICÍPIO  
DE CAMPO ALEGRE, ALAGOAS**

**MACEIO, ALAGOAS**

**2016**

**WALESKA TENÓRIO DE SÁ**

**ERRO ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 08 DE LUZIÁPOLIS NO MUNICÍPIO  
DE CAMPO ALEGRE, ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de título de especialista.

Orientador: Profa. Dra. Edinalva Neves Nascimento

**MACEIO, ALAGOAS**

**2016**

**WALESKA TENÓRIO DE SÁ**

**ERRO ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ASSISTIDA PELO  
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 08 DE LUZIÁPOLIS NO MUNICÍPIO  
DE CAMPO ALEGRE, ALAGOAS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Edinalva Neves Nascimento - Orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de dezembro de 2016.

## **Dedico,**

A Deus,

pela proteção diária, pela saúde, alegria e amor que fazem parte da minha vida.

Ao meu filho, **Francisco,**

o presente mais lindo que Deus me deu. Minha vida mudou depois da sua chegada; hoje conheço o amor mais puro e sincero, o amor entre mãe e filho. Todas as minhas conquistas serão dedicadas a você (e para você), meu filho.

Ao meu marido, **Micael,**

Por acreditar nos meus sonhos desde a época do vestibular, por todo amor e companheirismo.

Aos meus pais, **Helion e Verônica,**

por todo amor, pela dedicação constante na minha criação e educação, por cada palavra, sorriso, gesto, abraço e incentivo.

À minha avó, **Sue Elena,**

pelo carinho, amor, pelas palavras positivas e por me lembrar sempre que Deus me ama e ela também.

Aos meus irmãos, **Ana Paula e Helion Neto,**

pelo companheirismo, carinho e pelas boas risadas de sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Minas Gerais, que de forma inovadora, nos proporcionou o estudo à distância.

À minha orientadora, Profa. Dra Edinalva Neves Nascimento, pela perseverança, paciência e sabedoria com que conduziu a orientação deste trabalho.

Aos profissionais de saúde da equipe do PSF 08 de Luziápolis, Campo Alegre, que me ajudaram durante a coleta dos dados analisados neste estudo.

À prefeitura de Campo Alegre pelo apoio.

## RESUMO

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou inúmeras transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e consumo alimentar. Este trabalho se justifica pela alta prevalência do Erro Alimentar presente na população assistida pelo Programa Saúde da Família 08 de Luziápolis, Campo Alegre. Esse erro alimentar é visto em todas as faixas etárias e interfere desfavoravelmente nas principais doenças crônicas da comunidade (hipertensão e diabetes), interfere no desenvolvimento das crianças e adolescentes e aumenta a obesidade. O objetivo deste estudo foi elaborar um Projeto Intervenção para intervir no Erro Alimentar presente na população da equipe do Programa de Saúde da Família 08 do Município de Luziápolis, Campo Alegre após um conjunto de análises dos problemas mais relevantes e concluiu-se que temos recursos humanos e materiais para elaborar e colocar em prática um Projeto de Intervenção. Nesse projeto foram definidos, priorizados e descritos os principais problemas; selecionados os “nós críticos”; planejou-se o desenho das operações a serem realizadas; Identificaram-se os recursos críticos; analisou-se a viabilidade do Plano de Intervenção e assim, o plano operativo foi elaborado. Este plano se fundamentou em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Nutrição em saúde pública, erro e Promoção da saúde e no Guia do Ministério da saúde. Conclui-se que colocando em prática este Projeto, será possível, a partir de simples elaboração de atividades educativas em Educação em Saúde, mudar uma realidade quase que total na Estratégia de Saúde da Família em questão.

**Palavras-chave:** Nutrição em saúde pública. Erro. Promoção da saúde.

## ABSTRACT

The Brazilian population, in the last decades, has experienced numerous social transformations that have resulted in changes in its health and food consumption patterns. This work is justified by the high prevalence of food error present in the population assisted by PSF 08 in Luziápolis, Campo Alegre. This eating error is seen in all age groups and adversely interferes with the major chronic diseases of the community (hypertension and diabetes), interferes with the development of children and adolescents and increases obesity. The objective of this study was to elaborate an Intervention Project to intervene in the Food Error present in the population of the Family Health Program 08 team of the Municipality of Luziápolis, Campo Alegre after a set of analyzes of the most relevant problems and it was concluded that we have human resources And materials to prepare and implement an Intervention Project. In this project the main problems were defined, prioritized and described; Selected the "critical nodes"; The design of the operations to be carried out was planned; Critical resources were identified; The viability of the Intervention Plan was analyzed and, thus, the operational plan was elaborated. This plan was based on bibliographical research in the Virtual Health Library with the descriptors: Nutrition in public health, error and Health promotion and in the Guide of the Ministry of health. It is concluded that putting this Project into practice, it will be possible, from simple elaboration of educational activities in Health Education, to change an almost total reality in the Family Health Strategy in question.

**Key words:** Nutrition Programs and Policies; Nutrition, Public Health; Nutritional Transition; Health Promotion.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>12</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Campo Alegre se localiza a 93 Km da capital do estado de Alagoas, Maceió e conta com 52.696 habitantes e uma área de 308,06 km<sup>2</sup>, com clima temperado e altitude de 176 m<sup>2</sup> de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

No que diz respeito ao histórico do município, antes de 1800, existia na região um engenho com o nome de mosquito, cuja proprietária era viúva e chamava-se Vicência. Com a decadência do engenho, dona Vicência construiu sua casa às margens da estrada, a qual liga Campo Alegre a São Miguel. Com a construção da primeira habitação, outros habitantes foram surgindo e logo se tornou um povoado e o engenho recebeu o nome de sua proprietária. Por volta de 1810, um senhor por nome de Antônio de Barros, chegando à localidade, construiu uma casa e em seguida outras casas foram surgindo, tornou-se povoado e logo deram o nome de “Mosquito de Cima” e a outra localidade já existente, “Mosquito de baixo” (IBGE, 2010).

Em 1814 passaram por essa localidade missionários católicos, os quais pernoveram e na manhã do dia seguinte celebraram uma missa em uma palhoça, na ocasião, ofereceram a imagem de Bom Jesus dos Aflitos, hoje padroeiro da cidade. Os missionários encantados com a paisagem plana e verde disseram: “ISTO É UM CAMPO ALEGRE”. Antônio de Barros foi quem deu os primeiros passos para a colonização de Campo Alegre. Casou-se com a filha da proprietária do engenho mosquito e deu início a construção da igreja do povoado, que só foi concluída por seu filho, Manoel Felipe de Barros. Campo Alegre foi elevada à categoria de município pela lei nº. 2.241 de 8 de junho de 1960, ocorrendo sua instalação oficial a 16 do mesmo mês e ano, desligando de São Miguel dos Campos, porque sentiu necessidade de um governo próprio, tendo como primeiro prefeito por nomeação o senhor Alvinho Correia ” ( IBGE, 2010).

Acima do nível do mar, sua economia é basicamente a cana de açúcar. O município encontra-se situado na microrregião de Tabuleiro de São Miguel dos Campos, limitando-se com os municípios de Boca da Mata e Anadia ao norte, Junqueiro e Teotônio Vilela ao sul, São Miguel e Jequiá da Praia a leste e com Limoeiro de Anadia a oeste.

Em Campo Alegre, vivemos momentos inesquecíveis nas comemorações de 1º de janeiro, festa do padroeiro Bom Jesus dos Aflitos, Dia de Corpus Christi com um grande tapete decorativo nas principais ruas da cidade para a passagem do santíssimo sacramento, Dia 08 de junho as comemorações pela Emancipação Política do município, Carnaval e as Festas Juninas. O acesso à cidade, que também é conhecida por “cidade carinho”, pela receptividade de seu povo, é pela BR 101 e AL 220 (IBGE, 2010).

Quanto aos aspectos geográficos, entre 2000 e 2010, a população de Campo Alegre teve uma taxa média de crescimento anual de 2,37%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 1,62%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 31,61% (IBGE, 2010).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a renda per capita média de Campo Alegre cresceu 55,07% nas últimas duas décadas, passando de R\$140,40 em 1991 para R\$147,16 em 2000 e R\$217,72 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 4,81% no primeiro período e 47,95% no segundo. 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 32,82% em 1991 para 35,81% em 2000 e para 18,66% em 2010. A desigualdade aumentou: o Índice de Gini passou de 0,45 em 1991 para 0,53 em 2000 e para 0,47 em 2010 (IBGE, 2010).

A taxa de urbanização é de 43,61% e a renda média familiar equivale a 1.044,28 reais. A população conta com 52,16% de seus lares com abastecimento de água tratada e apenas 8,3% tem recolhimento de esgoto por rede pública.

A Taxa de Escolarização é de - 81,37% e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a 50,54%.

Quanto ao sistema local de saúde, temos o Hospital Campo Alegre, Hospital de São Miguel dos Campos, Pronto Atendimento de Luziápolis e o Programa Saúde da Família (PSF) implantado com oito equipes de saúde da família. Temos, também, atendimento de alguns especialistas: otorrinolaringologista, ginecologista, obstetra, cirurgia geral, pediatria, dermatologia.

Quanto à área de abrangência temos 9 545 habitantes e a maioria dos habitantes vive do trabalho nas usinas de cana –de- açúcar e do trabalho na prefeitura.

A UBS Manoel Cristóvão dos Santos, onde atuo profissionalmente, fica localizada em Luziápolis, na Avenida Eugênia Albuquerque, às margens da BR 101.

Nossa equipe é composta por oito Agentes Comunitários de Saúde, um Arquivista, um Auxiliar de Saúde bucal, um Auxiliar de Enfermagem, um Auxiliar de Serviços Gerais, uma Diretora Administrativa, um Enfermeiro, um cirurgião dentista e um Médico. O horário de trabalho é de 7:30 às 16:30 horas.

A unidade está localizada em um imóvel residencial locado pela prefeitura, contando com uma sala de espera para consulta de enfermagem e médica, e outra sala de espera para consulta odontológica, uma sala com arquivo e direção, uma sala de pré consulta, um consultório odontológico, um consultório médico com banheiro, um consultório de enfermagem, sala de procedimentos, sala de vacina, cozinha, área de serviço, um banheiro para os usuários e um para os funcionários.

O diagnóstico situacional feito na nossa área de abrangência apontou, dentre outros problemas de saúde, o alto índice de pessoas com erros alimentares. A equipe de saúde, em reunião, elegeu como problema prioritário, no momento, este problema para realização de ações educativas tendo em vista os danos e riscos à saúde da população.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela alta prevalência do erro alimentar presente na população assistida pelo PSF 08 de Luziápolis, Campo Alegre. Este Erro Alimentar é visto em todas as faixas etárias e interfere desfavoravelmente nas principais doenças crônicas da comunidade (hipertensão e diabetes), interfere no desenvolvimento das crianças e adolescentes e aumenta a obesidade.

A equipe participou em conjunto da análise dos problemas mais relevantes e concluiu-se que temos recursos humanos e materiais para elaborar e colocar em prática um Projeto de Intervenção, sendo assim uma proposta válida.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo Geral:**

Elaborar um Projeto Intervenção para intervir no Erro Alimentar presente na população da equipe do Programa de Saúde da Família 08 do Município de Luziápolis, Campo Alegre.

### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Facilitar o acesso das pessoas, famílias e comunidades a conhecimentos sobre características e determinantes de uma alimentação adequada e saudável;
- Possibilitar a ampliação da autonomia para fazer melhores escolhas, refletindo sobre as situações cotidianas;
- Buscar mudanças em si próprios e no ambiente onde vivem, contribuindo para a garantia da segurança alimentar e nutricional para todos;
- Conscientizar sobre a necessidade do cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável.

## **4 METODOLOGIA**

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos, Faria e Santos (2010).

O plano de fundamentou em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores:

Nutrição em saúde pública.

Erro.

Promoção da saúde.

Também foi pesquisado o Guia alimentar para a população brasileira do Ministério da Saúde.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A alimentação e nutrição são direitos humanos fundamentais e professados na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. São, ainda, condições básicas para

a promoção e a proteção da saúde da população (VALENTE, 2002). “O direito à alimentação é um direito do cidadão, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade” (FERREIRA; MAGALHAES, 2007, p. 1676).

Igualmente importantes para a saúde são os alimentos específicos que fornecem os nutrientes, as inúmeras possíveis combinações entre eles e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares (BRASIL, 2014, p.15).

No Brasil, vários são os desafios a serem vencidos com vistas a que a população alcance um nível considerado bom de nutrição. Devido, em parte, à transição nutricional nas últimas décadas.

Entende-se por transição nutricional, o fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de determinação de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, 2003, p.s4)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 5), “a ampliação de políticas sociais na área de saúde, educação, trabalho e emprego e assistência social contribuiu para a redução das desigualdades sociais e permitiu que o país crescesse de forma inclusiva” . Destaca-se, ainda a acelerada mudança demográfica, epidemiológica e nutricional, o que gera maior expectativa de vida, redução do número de nascimentos e modificações importantes na saúde e no consumo alimentar da população brasileira.

Dentre as mudanças ocorridas na alimentação, encontra-se a substituição de alimentos *in natura* como o arroz, feijão, batata, dentre outros para preparações culinárias à base de produtos industrializados prontos para o consumo. Com isso, ocorrem, como consequências, o desequilíbrio na oferta de nutrientes e a ingestão excessiva de calorias (BRASIL, 2014).

Na maioria dos países e, novamente, em particular naqueles economicamente emergentes como o Brasil, a frequência da obesidade e do diabetes vem aumentando rapidamente. De modo semelhante, evoluem outras doenças crônicas relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação, como a hipertensão (pressão alta), doenças do coração e certos tipos de câncer. Inicialmente apresentados como doenças de pessoas com idade mais avançada,

muitos desses problemas atingem agora adultos jovens e mesmo adolescentes e crianças (BRASIL, 2014, p.17).

Esse quadro impõe a necessidade da ampliação de ações intersetoriais com vistas à obtenção de resultados positivos sobre os diversos determinantes da saúde e nutrição. A promoção da alimentação adequada e saudável requisita um conjunto de ações para que a população busque práticas alimentares apropriadas. Trata-se, também, de uma prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde, devendo, por conseguinte, se implantada e implementada pelos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde em parceria com atores de outros setores, privilegiando a participação popular (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o setor saúde tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável. A promoção da alimentação adequada e saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) deve fundamentar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e deve combinar iniciativas focadas em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Este plano se baseou nos passos preconizados pelo Planejamento Estratégico situacional, com base em Campos, Faria e Santos (2010).

### **6.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Utilizando-se do Método de Estimativa Rápida, após observação da comunidade durante as consultas e durante as visitas da área assistida (busca ativa), a ocorrência de inúmeras reuniões com toda a equipe multidisciplinar do PSF 08 e análise de muitos prontuários dos pacientes (durante a própria consulta médica), conseguimos elaborar um diagnóstico situacional em saúde da área assistida, identificando os principais problemas da região.

Os principais problemas levantados foram:

- Erro alimentar na população;
- Uso descontinuado das medicações nos pacientes crônicos;

- Uso abusivo dos benzodiazepínicos;
- Falta de Saneamento Básico;
- Grande número de Depressivos;

## 6.2 Segundo passo: priorização do problema

Após a identificação dos problemas, levando em consideração algumas características: importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrenta-los; priorizamos: erro alimentar na população em geral.

Este problema foi escolhido uma vez que além de considerarmos importante, concluímos que medidas simples (sem necessidade de muitos gastos financeiros) poderiam ajudar a solucioná-lo (ou ao menos amenizá-lo).

Para a escolha do problema priorizado foi construído uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados, ou seja:

- Atribuindo valor “alto, médio ou baixo” para a importância do problema;
- distribuindo pontos conforme sua urgência;
- definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto;
- numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios (seleção).

No quadro 1 estão descritos os problemas identificados na comunidade do PSF 08 e sua importância , urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do PSF 08 de Luziápolis.

PSF 08 Luziápolis: Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Erro alimentar na população em geral	Alta	7	Parcial	1
Uso descontinuado das medicações	Alta	5	Parcial	2

Uso abusivo dos benzodiazepínicos	Alta	5	Parcial	2
Falta de Saneamento Básico	Alta	5	Fora	3
Grande número de depressivos	Alta	4	Fora	4

### 6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O erro alimentar é quase que unânime na população assistida pelo PSF 08. Existe um grande número de diabéticos, hipertensos e crianças na área assistida pela Unidade. E o erro alimentar é muito prevalente na região interferindo diretamente no controle das doenças crônicas, no crescimento e desenvolvimento das crianças, no desenvolvimento de anemias, no desenvolvimento de dislipidemias e no número de obesos.

Para exemplificar em números, selecionamos 20 prontuários de hipertensos e diabéticos, 10 prontuários de adultos com dislipidemias e 10 prontuários de crianças. E foi verificado que 90% dos diabéticos e hipertensos, 80% dos adultos e 60% das crianças se enquadram no problema do erro alimentar de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2: Levantamento de 40 prontuários de pacientes e porcentagem de Erro Alimentar.

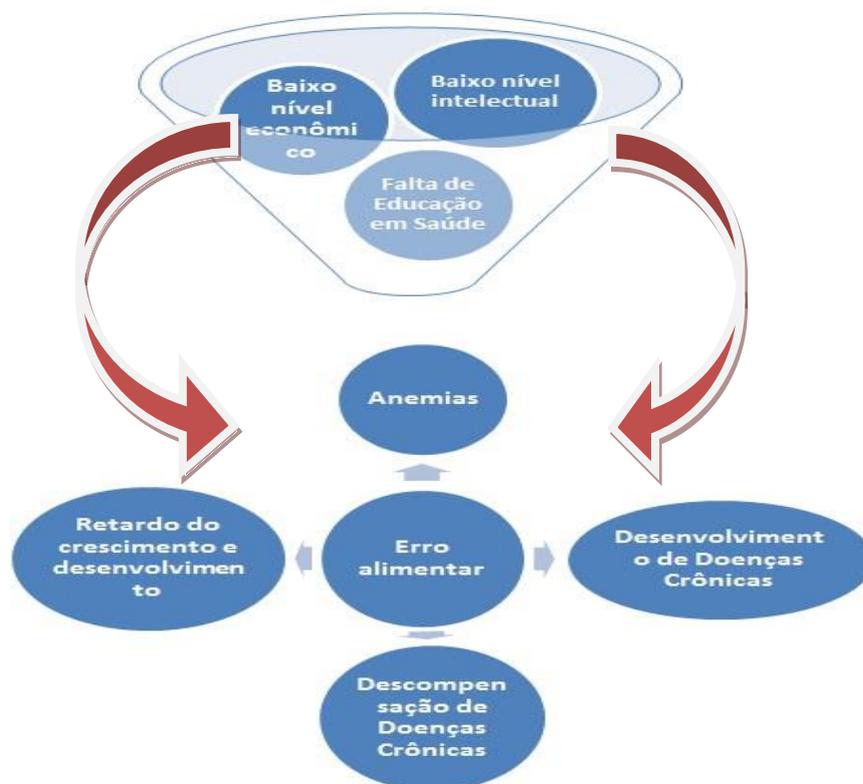
Pacientes	Com erro alimentar	Fontes
20 Hipertensos e diabéticos	10 pacientes (90%)	Prontuários
10 adultos com dislipidemia	8 pacientes (80%)	Prontuários
10 crianças	6 pacientes (60%)	Prontuários

#### 6.4 Quarto passo: explicação do problema

O Erro alimentar é um problema que tem como causa vários outros problemas. Analisando a população assistida, é fácil perceber que a principal causa do erro alimentar é a falta de conhecimento (a população em sua maioria tem um nível de escolaridade muito baixo), desconhecimento de noções básicas da composição dos alimentos e da importância da alimentação saudável. Ou seja, mães sem noções de educação alimentar criarão seus filhos com os mesmos problemas. Outra causa é a falta de recursos financeiros da maior parte da população (baixo nível econômico). Na verdade é um ciclo vicioso que interfere no desenvolvimento e controle das principais doenças da população: hipertensão arterial, diabetes e anemias.

A Figura 1 a seguir representa bem esse ciclo acerca do erro alimentar.

Figura 1: Causas e consequências de erro alimentar



### 6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os nós críticos identificados foram:

1. O erro alimentar inicia-se ainda na infância;
2. A falta de educação alimentar;
3. Desconhecimento sobre noções básicas da composição dos alimentos;
4. Desenvolvimento de doenças crônicas
5. Os pacientes não associam o erro alimentar ao desenvolvimento de doenças crônicas;
6. Sedentarismo na população.
7. A anemia carencial é característica marcante nas crianças e adultos na comunidade;
8. Falta de feedback dos nutricionistas no Município.

### 6.6 Sexto passo: desenho das operações

Quadro 3: desenho das operações.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos disponíveis
<b>Erro alimentar na infância</b>	<b><i>Vida Saudável</i></b>	Crianças bem informadas sobre alimentação saudável	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanches coletivos</li> <li>- Rodas de conversas</li> <li>- Palestras educativas nas escolas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura da Unidade</li> <li>- Estrutura da escola</li> <li>- Recurso do Município (A prefeitura irá ceder suporte financeiro, ao menos uma vez por mês, para organização de lanche coletivo)</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura da Unidade</li> </ul>

<p><b>Falta de Educação alimentar</b></p>	<p><b><i>Mais saúde</i></b></p>	<p>informadas sobre alimentação saudável</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões educativas</li> <li>- Lanches coletivos</li> <li>- Rodas de conversas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura das escolas</li> <li>-Recurso do Município (A prefeitura irá ceder suporte financeiro, ao menos uma vez por mês, para organização de lanche coletivo)</li> </ul>
<p><b>Desconhecimento sobre noções básicas de composição dos alimentos</b></p>	<p><b><i>Vida nova</i></b></p>	<p>Famílias informadas sobre a composição básica dos alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodas de conversas</li> <li>- reuniões com nutricionistas do Município</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura da Unidade</li> <li>- NASF (participação multiprofissional)</li> </ul>
<p><b>Desenvolvimento de Doenças crônicas</b></p>	<p><b><i>Controla Saúde</i></b></p>	<p>Famílias informadas sobre as principais doenças relacionadas à má alimentação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos educativos</li> <li>- Rodas de conversas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura da Unidade</li> <li>- Recursos: impressão de panfletos, propagandas na radio local.</li> </ul>
<p><b>Sedentarismo</b></p>	<p><b><i>Vida ativa</i></b></p>	<p>Famílias informadas sobre atividades físicas benéficas à saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aulas coletivas ou caminhadas com a participação de educadores físicos convidados- Grupos educativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrutura da Unidade- Locais Públicos (como praças públicas, campos de futebol ou até mesmo o espaço de recreação das escolas) e profissionais de outros setores</li> </ul>

<b>Anemias carenciais</b>	<b>Controla Saúde</b>	Famílias informadas sobre anemias que podem ser decorrentes da má alimentação	- Grupos educativos - Rodas de conversas	- Estrutura da Unidade (as atividades serão realizadas na sala de espera das consultas médicas e de enfermagem)
<b>Falta de feedback dos nutricionistas do Município</b>	<b>Nutrição em Saúde</b>	Equipes de Saúde informadas sobre o acompanhamento nutricional dos pacientes	Dieta feita pelo nutricionista	Articulação entre os setores (referência e contra-referência): anexar no prontuário consulta com o nutricionista.

### 6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 4: Recursos críticos

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos</b>
<b>Vida Saudável</b>	Financeiro: lanches para as reuniões e palestras, impressão de cartazes e folhetos. Político: conseguir espaço na rádio local
<b>Controla Saúde</b>	Financeiro: lanches para as reuniões e palestras, impressão de cartazes e folhetos
<b>Nutrição em Saúde</b>	Financeiro: impressão de folhas específicas da nutrição para anexar no prontuário do paciente.
<b>Vida ativa</b>	Político: conseguir espaço na comunidade local.
<b>Vida nova</b>	Financeiro: impressão de cartazes e folhetos

### 6.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 5: Análise de viabilidade do plano

<b>Operações/Projetos</b>	<b>Recursos</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação estratégica</b>
<b>Vida Saudável</b>	Financeiro: lanches para as reuniões e palestras, impressão de cartazes e folhetos.  Político: conseguir espaço na rádio local	Secretaria de Saúde  Setor de comunicação social	Favorável	Apresentar p projeto
<b>Controla Saúde</b>	Financeiro: lanches para as reuniões e palestras, impressão de cartazes e folhetos.	Secretaria de Saúde  Setor de comunicação social	Favorável	Apresentar o projeto
<b>Nutrição em Saúde</b>	Financeiro: impressão de folhas específicas da nutrição para anexar no prontuário do paciente.	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

### 6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Em reunião com todas as pessoas envolvidas no planeamento, foram divididas as responsabilidades e os prazos para a realização das ações propostas.

Quadro 6: Plano operativo

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Vida</b>	Educação em saúde para modificar os hábitos alimentares da população	Toda a equipe do PSF	6 meses

<b>Saudável</b>		Médico Coordenadores da Saúde do Município	
<b>Controla Saúde</b>	Diminuir o erro alimentar nos doentes crônicos para melhor controle das doenças	Toda a equipe do PSF Coordenadores da Saúde do Município	6 meses
<b>Nutrição em Saúde</b>	Fazer feedback com todas as consultas com as nutricionistas e acompanhar em equipe	Nutricionistas NASF Coordenadores da Saúde do Município	1 ano
<b>Vida ativa</b>	Conscientizar a população sobre a importância da prática de atividades físicas	Toda a equipe do PSF NASF	1 ano
<b>Vida nova</b>	Educação em saúde com vistas ao entendimento de cada alimento	Toda a equipe do PSF NASF	1 ano

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Colocando em prática este Projeto, será possível, a partir de simples elaboração de atividades educativas em Educação em Saúde, mudar uma realidade quase que total na Estratégia de Saúde da Família em questão.

O Erro Alimentar é uma questão cultural na região, que passa de pais para filhos, focando nas mudanças em todas as faixas etárias teremos grandes mudanças.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para população Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

CAMPOS, F.C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. Ed. Belo Horizonte: Coopemed, 2010. 114p.

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHAES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 7, p. 1674-1681, July 2007

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE cidades**. 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELENDZ; G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad Saúde Pública** .v.19 , Suppl 1, p. S4-5, 2003

VALENTE, F. L. S. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Editora Cortez; 2002.