

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO
INFANTIL EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

VITOR LEÃO DE CARVALHO

MACEIÓ-ALAGOAS

2014

VITOR LEÃO DE CARVALHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO
INFANTIL EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

Projeto apresentado ao Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para obtenção do título de especialista.

Sob orientação Prof^a.**Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira**

MACEIÓ-ALAGOAS

2014

VITOR LEÃO DE CARVALHO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIÇÃO DO ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO
INFANTIL EM UMA COMUNIDADE DO MUNICÍPIO DE MARECHAL DEODORO -
ALAGOAS**

Banca Examinadora

Aprovado em Maceió, em ____/____/____

Resumo

A desnutrição infantil, ainda constitui-se um grande desafio no que está relacionado à magnitude e às consequências que interferem negativamente para o crescimento, desenvolvimento infantil. A expansão do acesso de mães e crianças à assistência à saúde coincide com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura populacional elevou-se de 6,6% em 1998 para 46,2% em 2006. Apesar disso se observa um número elevado de casos de desnutrição infantil na comunidade José Dias, localizada no município de Marechal Deodoro – AL, atendida pela Unidade de saúde da família José Dias. Esse estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para proporcionar uma diminuição do índice de desnutrição em crianças de 0 a 5 anos na comunidade José Dias em Marechal Deodoro, Alagoas. Para a consecução do objetivo, realizou-se um levantamento de dados sobre a desnutrição infantil e suas causas. Também foi feita uma revisão da literatura que subsidiou a formulação do plano de ação. Discussões com a equipe de saúde também foram realizadas. A Proposta de de Ação elaborado contém: identificação dos nós críticos, desenho de operações para os nós críticos do problema, identificação de recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo. O plano de ação proposto é um conjunto de ações sociais que visam facilitar a intervenção no problema identificado. Junto à implantação do plano, deverão ser corrigidas falhas que, eventualmente, serão percebidas durante sua execução.

Palavras-chave:

Desnutrição infantil, Sistema Único de Saúde, Plano de Intervenção

Abstract

Child malnutrition , still constitutes a major challenge associated with the magnitude and consequences that contribute negatively to growth , child development . Expanding access of mothers and children to health care coincides with the expansion of the Family Health Strategy - Estratégia Saúde da Família (ESF) - whose population coverage increased from 6.6% in 1998 to 46.2 % in 2006 . Nevertheless there is a large number of cases of child malnutrition in José Dias community located in the city of Marechal Deodoro - AL, attended by the Family Health Unit (unidade de saúde da família) José Dias family . This study aimed to develop a proposal for intervention to provide a reduction in the rate of malnutrition in children 0-5 years in community José Dias in Marechal Deodoro, Alagoas. To achieve the objective , we carried out a survey of data on child malnutrition and its causes. A literature review that supported the formulation of the action plan was also taken. Discussions with the health team were also performed. The Proposed Action contains: identification of critical nodes , design of operations for the critical nodes of the problem , identification of critical resources , analysis of the plan feasibility, preparing the operating plan. The proposed plan of action is a set of actions aimed at facilitating social intervention in identified problem. Along the implementation of the plan, flaws that will eventually be perceived during its execution should be corrected.

Keywords:

Child malnutrition, Sistema Único de Saúde, Intervention Plan

Lista de Abreviatura e Siglas

ACS	AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
AL	ALAGOAS
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ESFSB	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
PSF	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PNUD	PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
USF	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lista de Ilustração

Tabela 1 - População do município de Marechal Deodoro/AL ,em 2000, 2010 e 2012 por sexo e localização.

Tabela 2 - Correlação dos recursos, atores responsáveis, motivações e ações estratégicas.

Quadro 1 - Plano de Operações para o Enfrentamento da Desnutrição Infantil

Quadro 2 - Identificação dos recursos críticos nos projetos do Plano de Enfrentamento da Desnutrição Infantil

Sumário

INTRODUÇÃO	10
JUSTIFICATIVA	12
OBJETIVOS	13
MÉTODOS	14
BASES CONCEITUAIS	16
PROPOSTA DE AÇÃO	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXOS	27

1. INTRODUÇÃO

Conjunto José Dias, é o nome da comunidade em que está localizada a Unidade de Saúde da Família (USF) do José Dias. Esta comunidade está localizada no Município de Marechal Deodoro, inserido na região metropolitana de Maceió, capital do estado. Este município, do litoral sul de Alagoas, tanto abrange uma grande área litorânea quanto o grande complexo lagunar Mundaú-Manguaba, o que possibilita um grande potencial turístico e econômico. Além disso, Marechal Deodoro é uma das cidades mais antigas do estado, sendo reconhecida pelo Ministério da Cultura como Patrimônio Histórico Nacional.

Tabela 1- População do município de Marechal Deodoro/AL ,em 2000, 2010 e 2012 por sexo e localização.

Localização/Gênero	População Residente		
	2000	2010	2012*
Feminina	18.065	23.268	23.854
Masculina	17.801	22.709	23.255
Rural	6.029	2.585	2.651
Urbana	29.837	43.392	44.458
Total	35.866	45.977	47.109

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, IBGE, Cálculo: SEPLANDE/AL, IBGE, DATASUS, SEPLANDE/AL, IBGE/

* Estimativa da População

No entanto, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, os dados absoluto e relativo deste município no ranking nacional está na 5.003^a. e na 5.305^a posição, entre os 5.565 do Brasil, quando avaliados, respectivamente, os alunos da 4^a série e os alunos da 8^a série. O IDEB nacional, em 2011, foi de 4,7 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,9 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,5 e 6,0. Esses dados refletem que, apesar da riqueza turística e histórica, ainda há uma carência no contexto educacional.

Observa-se na Comunidade José Dias, além da carência no contexto educacional, precárias condições socioeconômicas, refletidas na falta de saneamento, falta de água encanada, grande índice de violência, poucas opções de

lazer entre outros aspectos. Estas condições vão influenciar negativamente o estado de saúde da população, especialmente da população infantil. Destaca-se como um problema agravante o alto índice de desnutrição em crianças menores de 05 anos de idade.

É neste contexto que está inserida a USF José Dias, local de realização desta proposta de intervenção. Diante do quadro apresentado no parágrafo anterior, optou-se por desenvolver uma estratégia de enfrentamento da desnutrição infantil.

2. JUSTIFICATIVA

A desnutrição infantil, ainda constitui-se um grande desafio no que está relacionado à magnitude e às consequências que interferem negativamente para o crescimento, desenvolvimento infantil. O risco torna-se elevado para outras patologias a exemplo das doenças respiratórias e diarreicas. Há possibilidades de agravos no crescimento e desenvolvimento cognitivo, podendo ser responsável por danos irreversíveis (BRASIL,2013). Neste contexto, segundo SAWAYA (2006):

“A desnutrição é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro. Está associada a várias outras doenças e ainda hoje é considerada a doença que mais mata crianças abaixo de cinco anos” (p.148).

Neste sentido, tanto no cenário mundial, quanto brasileiro, a desnutrição se apresenta com a prevalência do déficit de altura. O que demonstra que este é um problema não somente causado por fatores biológicos e ou genéticos, mas de outros fatores sociais e econômicos que caracterizam a pobreza, em que as pessoas acometidas pela desnutrição vivenciam (SAWAYA, 2006).

O déficit de altura pode ser consequência de vários fatores como exemplo uma nutrição materna insuficiente, aleitamento materno até seis meses precário ou inexistente, introdução tardia de alimentos complementares e com quantidade e qualidade inadequadas. Existe um ciclo entre o quadro de desnutrição e a ocorrência de infecções e parasitoses intestinais, o que influenciam em uma má absorção de nutrientes, debilitando ainda mais (BRASIL, 2013).

Quando por um longo período, as pessoas vivenciam condições insalubres de vida, em conjunto a diversos aspectos como o consumo inadequado de alimentos, o aumento da vulnerabilidade infantil com relação a outras doenças, o baixo peso ao nascer, desmame inadequado ocasionam à baixa estatura na infância se prolongando nas outras fases da vida (SAWAYA, 2006).

O Manual Instrutivo para a Implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional para a Desnutrição Infantil produzido pelo Ministério da Saúde (2013), destaca o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional-VAN como uma ação importante para na organização e avaliação da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013)

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Elaborar uma proposta de intervenção para proporcionar uma diminuição do índice de desnutrição em crianças de 0 a 5 anos na comunidade José Dias em Marechal Deodoro, Alagoas.

Objetivos Específicos:

Diminuir o abandono precoce da amamentação

Melhorar a qualidade da alimentação das crianças da comunidade

Diminuir a prevalência de parasitoses intestinais na comunidade

Aumentar a cobertura da puericultura na unidade de saúde

4. MÉTODOS

Para a elaboração do plano de intervenção de enfrentamento da desnutrição infantil na comunidade José Dias, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema, o que subsidiou a construção das bases conceituais dessa intervenção. Este levantamento foi realizado por meio de pesquisas efetuadas nas ferramentas de busca Scielo, Pubmed e Lilacs, procurando por artigos que se enquadravam ao tema abordado, sem data de publicação pré-definidas, utilizando os seguintes descritores: *desnutrição infantil, magreza na infância, avaliação nutricional*. Foram selecionados os artigos de acordo com o conteúdo encontrado em seus resumos, posteriormente foi realizada a leitura e análise do conteúdo sendo utilizados para compor os elementos textuais do trabalho.

Com base no Planejamento em Saúde, também foi realizada a sistematização da análise situacional, identificando assim os principais problemas, suas possíveis causas e elencando a prioridade da ação

O local de execução deste plano foi a USF José Dias, situada no Conjunto José Dias, e que funciona de Segunda a Sexta-Feira, nos dois turnos (manhã/tarde). Esta USF, já conta com Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal – ESFSB composta por 1 médico de saúde da família (40h/semana), 1 enfermeiro (40h/semana) 1 Técnico de enfermagem (40h/semana), 7 agentes comunitários de saúde (40h/semana), 1 cirurgião dentista (40h/semana), 1 auxiliar de saúde bucal (40h/semana), 1 médico pediatra (2h/semana) 1 diretor administrativo (20h/semana),1 serviços gerais (40h/semana).

Nesta USF foi montado um subgrupo que se dispôs a ajudar na elaboração do projeto de intervenção: médico, enfermeira e 4 agentes de saúde. Foi realizado um levantamento individual das famílias afetadas pela desnutrição infantil identificando inúmeros nós críticos, que se "atacados" são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Dentre eles priorizamos os seguintes: Abandono precoce da amamentação; Alimentação inadequada; Baixa cobertura da unidade de saúde em relação a puericultura; e Alta prevalência de parasitoses intestinais

As etapas que constituem este plano de intervenção foram construídas de acordo com projetos previamente abordados relacionados aos nós críticos identificados.

1º ETAPA: Articulação com a equipe do posto para oficialização do plano de intervenção. Nesta etapa ocorreu um treinamento técnico para a realização da coleta de dados e a composição dos voluntários da equipe que participarão do projeto.

2º ETAPA: Avaliação do perfil de desnutrição infantil na comunidade. Esta avaliação foi realizada por meio da coleta dos dados: relação peso por idade; relação peso por estatura; relação IMC por idade. Para a interpretação desses dados foram utilizadas as tabelas de referências explicitadas no Anexo 1. A desnutrição foi diagnosticada quando a criança encontra-se no percentil 3 ou inferior em qualquer um dos índices antropométricos citados acima.

3º ETAPA: Articulação com secretaria de saúde e órgãos competentes para a apresentação do projeto de intervenção a todos os atores responsáveis (ver tabela 1) que participarão direta ou indiretamente da aplicação do projeto.

4º ETAPA: Definição de orçamento e recursos humanos necessários com a descrição e cálculo dos gastos para implementação do projeto.

5º ETAPA: início da implantação do projeto.na ESFSB da Unidade de Saúde

6º ETAPA: Reavaliação semestral do perfil de desnutrição infantil na comunidade. Considera-se este como passo fundamental para o enfrentamento do problema. Esta reavaliação consiste em uma nova coleta de dados (repetição da 2º etapa e comparação com os dados iniciais). Posteriormente, faz necessário realizar uma nova reunião com os atores responsáveis para mostrar os resultados, os possíveis problemas e construir soluções e formas de expansão do projeto para todo o município.

5. BASES CONCEITUAIS

A desnutrição pode ser definida como uma doença de forte determinação social, multifatorial, que apresenta grande correlação com a pobreza. Do ponto de vista médico/clínico, pode ser definida como um estado de emagrecimento ou crescimento ponderal insuficiente. (BLACK, 2008)

A desnutrição nos primeiros anos de vida permanece como um problema de saúde pública nos países emergentes. Déficits de crescimento na infância estão associados a uma maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, comprometimento do desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta. (BENICIO, 2013)

O aumento no acesso de mães e crianças à assistência à saúde coincide com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura populacional elevou-se de 6,6% em 1998 para 46,2% em 2006.^d A ESF é uma estratégia que visa reorientar o modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A Saúde da Família, como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, tem o objetivo de reordenar o modelo de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais.¹⁶ A focalização da implementação da ESF nas áreas mais pobres e vulneráveis contribui para a redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde no País. (BENICIO, 2013)

A desnutrição como expressão das desigualdades sociais, leva à morte milhares de pessoas, que se tornam vítimas de um processo que as priva, inclusive, do direito fundamental à vida., correspondendo a 13,8% do total da população de seis bilhões em todo planeta (MINAYO, 1985).

JONSSON (1986, p.51) relaciona a desnutrição com a pobreza mostrando que esta *pode freqüentemente ser medida pela prevalência da desnutrição*, embora um fenômeno não seja equivalente ao outro, pois pode existir pobreza sem que haja pessoas famintas e pobreza que extrapola a desnutrição, privando as pessoas de outras necessidades humanas. Esta associação é importante por quanto remete a desnutrição a um contexto mais abrangente, como questão estrutural e de cunho social, que atinge grandes massas humanas e não prejudice apenas o indivíduo,

mas a sociedade como um todo, à medida que provoca danos à saúde, à socialização e ao desenvolvimento de um povo.

Nos países em desenvolvimento, em especial o Brasil, a má distribuição de renda, a disparidade social entre os que detêm o capital e os que vendem sua força de trabalho e o alto índice de desemprego contribuem para o aumento da pobreza e da miserabilidade da população. Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 35% da população brasileira vivem na pobreza, em condições precárias, sem acesso a moradia, alimentação, saúde e educação.

Diante destes números, fica claro que a pobreza é um dos grandes obstáculos encontrados para melhora da qualidade de vida da população e a principal causa de doenças. A fome e as más condições de vida (moradia, higiene, saneamento) devem fazer parte de toda análise sobre as condições de saúde de uma população.

Dentre as doenças que afetam esta população encontra-se a desnutrição infantil que, além das determinações ambientais e orgânicas, possui causas econômicas e sociais. Dessa forma, a desnutrição infantil deve ser considerada como um problema de saúde pública, necessitando ser diagnosticada e tratada como doença endêmica, presente na sociedade atual e alvo de ações curativas e principalmente preventivas

A desnutrição começa a se desenvolver, de modo geral, quando a dieta do indivíduo não consegue de atender às necessidades energétoproteicas, e sua gravidade vai variar de acordo com o grau de deficiência, a idade ou a presença de outras doenças nutricionais ou infecciosas (SHILS, 2009).

Dentre esses fatores considerados fundamentais, devem ser ressaltadas as características do nascimento (principalmente o peso), a alimentação em qualidade e quantidade suficientes, os cuidados de saúde e vacinação adequados que eliminam ou reduzem a ocorrência de doenças, a moradia, o saneamento básico, a estimulação psicomotora e as relações afetivas, que refletem as condições gerais de vida às quais a criança está submetida (BRASIL, 2002).

Os principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição no Brasil como um todo se devem ao aumento da escolaridade materna, ao crescimento do poder aquisitivo das famílias, à ampliação dos programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, à expansão da assistência à saúde, e à melhoria das condições de saneamento. Assim, o enfrentamento da desnutrição infantil deve ser realizado a partir do enfrentamento dos seus determinantes sociais e de suas políticas públicas promotoras da equidade.

6. PROPOSTA DE AÇÃO

6.1 Desenho das operações

O Desenho das operações foi desenvolvido a partir dos conceitos abordados no Planejamento Estratégico Situacional: plano de ação, conceito de operações; conhecimento do projeto pelos participantes do projeto, nós críticos e identificação de possíveis erros e problemas na implantação do mesmo. Também foi considerado os vários tipos de recursos necessários como os recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e os recursos políticos. Os produtos e os resultados esperados foram traçados para que os mesmos sirvam de ferramentas para o monitoramento do plano de ação. No quadro abaixo, são descritos os projetos planejados:

Quadro 1: Plano de Operações para o Enfrentamento da Desnutrição Infantil

PROBLEMA	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS:
Abandono Precoce da Amamentação	Leite materno é vida	Diminuição de mais de 50% do abandono precoce da amamentação.	Campanha educacional durante o pré-natal e nas rádios da cidade. Maior acompanhamento do agente de saúde na amamentação Distribuição de materiais para "ordenha" de leite materno juntamente com informações de armazenamento	Econômicos: Compra de materiais para "ordenha" do leite materno. Organizacionais: Para organizar as visitas do agente de saúde. Cognitivos: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Espaço na rádio local e mobilização social.
Alimentação inadequada	Saúde na mesa	Diminuição de mais de 30% da desnutrição proveniente de alimentação mal planejada.	Campanha educacional nas escolas e no posto. Maior acompanhamento com nutricionista Mudança de alimentação nas merendas escolares Promover almoço multiprofissional nas escolas (pais, alunos médico, nutricionistas e agentes de saúde participando de um almoço coletivo nas escolas)	Econômicos: Compra de alimentos adequados para a merenda escolar com foco em frutas e verduras. Organizacionais: Para organizar as consultas periódicas com a nutricionista. Cognitivos: Informação sobre alimentação e estratégias de comunicação. Político: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a educação.

Cont. do Quadro 1: Plano de Operações para o Enfrentamento da Desnutrição Infantil

PROBLEMA	PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS:
Alta prevalência de parasitoses intestinais	Criança saudável é criança sem parasita	Diminuição de mais de 20% da desnutrição proveniente de parasitoses intestinais.	<p>Campanha educacional nas escolas e no posto.</p> <p>Acompanhamento periódico com exame parasitológico de fezes em 3 amostras</p> <p>Conscientização da importância do hipoclorito na lavagem dos alimentos. Melhorar a qualidade da água usada para consumo</p>	<p>Econômicos: Compra de hipoclorito de sódio para distribuição, aquisição de materiais educativos como folhetos;</p> <p>Organizacionais: Para organizar as consultas de puericultura periódicas com médico.</p> <p>Cognitivos: Informação sobre alimentação, utilização de água filtrada ou fervida, lavagem dos alimentos e estratégias de comunicação.</p> <p>Político: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a educação.</p>
Baixa cobertura de puericultura na unidade	Posto de saúde também é lugar de criança saudável	Diminuição do sub diagnóstico de desnutrição e aumento de terapêutica efetiva.	<p>Campanha educacional nas escolas e no posto.</p> <p>Acompanhamento periódico com aferição de peso, estatura, IMC, circunferência craniana</p> <p>Conscientização da importância da puericultura na prevenção e diagnóstico precoce da desnutrição.</p> <p>Horário específico para atendimento de paciente desnutrido</p>	<p>Econômicos: Aquisição de materiais educativos como folhetos;</p> <p>Organizacionais: Para organizar as consultas de puericultura periódicas com médico, Organizar e controlar o tratamento e acompanhamento dos pacientes diagnosticados com desnutrição.</p> <p>Cognitivos: Informação sobre alimentação, importância da puericultura em criança saudável e estratégias de comunicação.</p> <p>Político: Espaço na rádio local, mobilização social.</p>

6.2 Recursos Críticos

A identificação dos recursos críticos é de fundamental importância, pois contribui para a análise da viabilidade do Plano. Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. O Quadro 2, apresenta os recursos críticos identificados para cada projeto proposto:

Quadro 2: Identificação dos recursos críticos nos projetos do Plano de Enfrentamento da Desnutrição Infantil

PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS:
Leite materno é vida	Cognitivos: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Espaço na rádio local e mobilização social.
Saúde na mesa	Organizacionais: Para organizar as consultas periódicas com a nutricionista. Cognitivos: Informação sobre alimentação e estratégias de comunicação. Político: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a educação.
Criança saudável é criança sem parasita	Cognitivos: Informação sobre alimentação, utilização de água filtrada ou fervida, lavagem dos alimentos e estratégias de comunicação. Político: Espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a educação.
Posto de saúde também é lugar de criança saudável	Organizacionais: Para organizar as consultas de puericultura periódicas com médico, Organizar e controlar o tratamento e acompanhamento dos pacientes diagnosticados com desnutrição. Cognitivos: Informação sobre alimentação, importância da puericultura em criança saudável e estratégias de comunicação

6.3 Análise da viabilidade dos planos

Na tabela 02 apresenta a viabilidade do plano de intervenção na comunidade José Dias, correlacionando os atores responsáveis, recursos, motivação, além das ações estratégicas necessárias para conseguir o seu apoio.

Tabela 2 – Correlação dos recursos, atores responsáveis, motivações e ações estratégicas.

PROJETOS	RECURSOS	ATORES RESPONSÁVEIS	MOTIVAÇÃO	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Leite materno é vida	Cognitivos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
	Político	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
		associações de bairro	Indiferente	Apresentar o projeto
Saúde na mesa	Organizacionais	Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
		Equipe de saúde NASF		
	Político	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
		Associações de bairro	Indiferente	Apresentar o projeto
		Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de educação	Indiferente	Apresentar o projeto
Cognitivos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária	
Criança saudável é criança sem parasita	Cognitivos	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
	Político	Setor de comunicação social	Indiferente	Apresentar o projeto
		Associações de bairro	Indiferente	Apresentar o projeto
		Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária
		Secretaria de educação	Indiferente	Apresentar o projeto
Posto de saúde também é lugar de criança saudável	Organizacionais	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
	Cognitivos	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária

6.4 Plano operativo

É imprescindível para o sucesso do plano de intervenção a designação de responsáveis pelos projetos além de se estabelecer prazos para o cumprimento das ações necessárias

O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que o responsável deva executá-las.

O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano.

a) Projeto: Leite materno é vida

Responsáveis: Vitor (médico), Gorete (enfermeira), Adriana Gomes (ACS).

Prazo: 6 meses para apresentação do projeto, 8 meses para sua implantação

b) Projeto: Saúde na mesa

Responsáveis: Vitor (médico) e Rosete (coordenadora da USF)

Prazo: 6 meses para apresentação do projeto, 8 meses para sua implantação

c) Projeto: Criança saudável é criança sem parasita

Responsáveis: Vitor (médico), Rute (ACS)

Prazo: 6 meses para a apresentação do projeto e 8 meses para seu início

d) Projeto: Posto de saúde também é lugar de criança saudável

Responsáveis: Gorete (enfermeira)

Prazo: início em 6 meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O combate á desnutrição infantil é de fundamental importância para a construção de uma sociedade mais justa e de uma saúde de qualidade, porém muito se negligencia quanto a importância dos aspectos socioculturais da população quando se tenta intervir positivamente nessa estatística. Com o plano operativo desenvolvido nesse trabalho espera-se atacar diretamente os nós críticos socioculturais e de saúde que são os obstáculos personalizados da comunidade em questão. Com a análise isolada dos problemas relacionados a desnutrição conseguiu-se fazer um planejamento de ações que se insere totalmente na realidade da população residente da comunidade José Dias, aumentando assim as chances de sucesso na diminuição ou até mesmo extinção dos casos de desnutrição infantil na área, contribuindo de maneira excepcional na construção de um sistema de saúde mais eficiente e acolhedor em nosso país

8. REFERÊNCIAS

BENICIO, Maria Helena D'Aquino et al. Estimativas da prevalência de desnutrição infantil nos municípios brasileiros em 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.3, Jun 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102013000300560&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004379>.

BLACK, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Maternal and Child Undernutrition. The Lancet. Vol 371 January 19, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atendimento da Criança com Desnutrição Grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Acesso em: 18 maio 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfAL.def>>.

BRASIL. 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.

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.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

JONSSON, Urban. As causas da fome. In: *Fome e desnutrição: determinantessociais*. São Paulo: Cortez, 1986. p. 48-65.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Raízes da Fome*. Petrópolis – RJ: Vozes, 1985.

MONTEIRO Carlos Augusto et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):35-43. DOI: 10.1590/S0034-89102009000100005

SANTANA ML, CARMAGNANI MI. Programa de saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude Soc*. 2001;10(1):33-54. DOI: 10.1590/S0104-12902001000100004

SAWAYA, Ana Lydía. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. **Estudos Avançados**, São Paulo ,v. 20, n. 58, dez. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000300016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142006000300016>.

Anexos

Anexo 1: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS ENTRE 0 E 5 ANOS SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE.

VALORES CRÍTICOS	Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade
< percentil 0,1	Muito baixo peso para idade	Magresa acentuada	Magresa acentuada
Entre o percentil 0,1 e 3	Baixo peso para idade	Magresa	Magresa
Entre o percentil 3 e 15	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia
Entre o percentil 15 e 85	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia
Entre o percentil 85 e 97	Peso adequado para idade	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso
Entre o percentil 97 e 99,9	Peso elevado para idade	Sobrepeso	Sobrepeso
> percentil 99,9	Peso elevado para idade	Obesidade	Obesidade

Fonte:Ministério da Saúde, Brasil

***Sendo:**

Percentil 0,1 = escore Z -3

Percentil 3 = escore Z -2

Percentil 15 = escore Z -1

Percentil 50 = escore Z 0

Percentil 85 = escore Z +1

Percentil 97 = escore Z +2

Percentil 99,9 = escore Z +3