

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

**ODALIS YANET POLL MATOS**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I EM MINADOR DO NEGRÃO –  
ALAGOAS.**

**MACEIÓ-ALAGOAS**

**2018**

**ODALIS YANET POLL MATOS**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I EM MINADOR DO NEGRÃO –  
ALAGOAS.**

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

Orientadora: Professora Ms Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros

**MACEIÓ- ALAGOAS**

**2018**

**ODALIS YANET POLL MATOS**

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DOM PEDRO I EM MINADOR DO NEGRÃO –  
ALAGOAS.**

**Banca examinadora**

Profa. Ms Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros –FAMED/ UFAL

Profa. Fernanda Magalhaes Duarte Rocha - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de dezembro de 2018.

## RESUMO

A desnutrição é um problema tanto médico como social que afeta uma parte da população mundial, principalmente crianças. A Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I, atende uma população de 2461 pessoas e 692 famílias, dos quais 127 são crianças menor de cinco anos, dos quais 52 são desnutridos. Diante disso o objetivo deste trabalho é diminuir a alta incidência de desnutrição infantil em menores de cinco anos na comunidade da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I do município Minador do Negrão. Para realização desse trabalho dividimos em três momentos interligados: realização do diagnóstico situacional, revisão de literatura sobre o tema e elaboração do projeto de intervenção. Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de crianças com desnutrição”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado. Nosso maior problema é o alto índice de crianças com desnutrição, pelo que foram identificados os nós crítico da seguinte forma: falta de instrução dos pais sobre o valor nutricional dos alimentos; Parasitismo intestinal; Hábitos alimentares pobres (amamentação inadequada). 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 e com isso diminuir a desnutrição infantil da nossa comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde da criança. Desnutrição infantil. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

Malnutrition is both a medical and social problem affecting a part of the world's population, especially children. The Basic Health Unit Dom Pedro I, serves a population of 2461 people and 692 families, of which 127 are children under five years of age, of which 52 are malnourished. Therefore, the objective of this study is to reduce the high incidence of child malnutrition in children under five years of age in the community of the Dom Pedro I Basic Health Unit in the municipality of Minador do Negrão. In order to carry out this work, we divided into three interconnected moments: accomplishment of the situational diagnosis, review of the literature on the subject and elaboration of the intervention project. This proposal refers to the priority problem "high index of children with malnutrition", for which a description, explanation and selection of their critical nodes is registered, according to the methodology of Simplified Strategic Planning. Our main problem is the high index of children with malnutrition, so the critical nodes were identified as follows: lack of parents' education about the nutritional value of food; Intestinal parasitism; Poor feeding habits (inadequate breastfeeding). With the operational plan developed in this work is expected to attack directly the critical sociocultural and health nodes that are the personalized obstacles of the community in question and thereby reduce the malnutrition of our child community.

**Key words:** childhealth, infantmalnutrition, Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	07
1.1 Aspectos gerais do município	08
1.2 Aspectos da comunidade	09
1.3 O sistema municipal de saúde	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I	11
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I	12
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Dom Pedro I	13
1.7 O dia a dia da equipe de Dom Pedro I	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	15
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	17
<b>3. OBJETIVOS</b>	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
<b>4. METODOLOGIA</b>	21
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	22
5.1 Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas	22
5.2 Enfrentando a desnutrição Infantil.	24
<b>6. PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	25
6.1 Descrição do problema selecionado	25
6.2 Explicação do problema	25
6.3 Seleção dos nós críticos	26
6.4 Desenho das operações	26
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	33
<b>REFERÊNCIAS</b>	34

## 1. INTRODUÇÃO

A desnutrição é um problema tanto médico como social que afeta uma parte da população mundial, principalmente crianças. Assim, os profissionais da saúde devem prestar atenção pelas graves consequências que ocasionam na saúde das pessoas.

Alguns autores certificam que a desnutrição é uma doença de origem complexa e de múltiplas causas que decorre da carência de nutrientes necessários para que o organismo realize seu metabolismo fisiológico (ALVES; SANTIAGO, 2012; MONTE, 2000).

Um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento é a desnutrição infantil, que se associa ao maior risco de doenças infecciosas e mortalidade precoce, comprometendo o desenvolvimento psicomotor com menor aproveitamento escolar e menor capacidade produtiva na idade adulta (D'AQUINO et al. 2013; MONTEIRO 2009; LIMA et al, 2010).

Monteiro (2003) afirma que a interrupção do aleitamento materno precocemente, as condições precárias de higiene durante o preparo dos alimentos, baixa ingestão de alimentos ricos em vitaminas e minerais e quadros repetidos de infecções diarreicas e parasitoses intestinais são causas comuns de desnutrição na infância.

Vários autores coincidem em que a desnutrição é uma doença de origem multifatorial com raízes na pobreza (MONTE, 2000; BRASIL, 2005) e uma das causas de morbidade e mortalidade mais comuns entre crianças de todo o mundo (BRASIL, 2005).

No continente americano, o 28% dos óbitos por doenças infecciosas em menores de cinco anos teve como causa associada à desnutrição, e no Brasil a taxa de letalidade hospitalar das crianças com desnutrição grave internadas e de aproximadamente 20%, muito acima dos valores recomendados pela OMS (inferiores a 5%). (BRASIL, 2005).

Lima et al (2010) alegam que nas décadas de 1970 ate 1990, segundo estudos realizados em amostras probabilísticas da população brasileira, a desnutrição em menores de cinco anos se concentrava na região Nordeste. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância a proporção de crianças menores de 2 anos desnutridas na região do Semiárido, é quase quatro vezes maior

que nos Estados do Sul (UNICEF, 2006), coincidindo com que a maior quantidade de crianças com desnutrição no Brasil aglomera-se principalmente na região do Nordeste.

O município Minador do Negrão localizado na região nordestina, ainda apresenta altas taxas de desnutrição. Durante a realização do diagnóstico situacional da área Dom Pedro I, do próprio município, identificamos entre outros problemas, a alta incidência de crianças menores de 5 anos com desnutrição que alarmou nossa atenção pelas consequências que podem ocasionar no futuro das crianças, já que afeta todos os órgãos, impedindo o correto crescimento e desenvolvimento da criança, pelo que decidimos trabalhar em função de reverter o problema.

### **1.1. Aspectos gerais do município**

O município Minador do Negrão deve sua criação e povoamento a uma fazenda de gado que fora instalada em 1936 por Félix de Souza Negrão, considerado o fundador da cidade. Além dele, também são pioneiros do lugar, Joaquim Belarmino Barros, Clarindo Amorim, José Antônio Duarte e Colimério Ferreira Ferro. Em 1940 foi criada uma feira livre, onde compareciam habitantes da região e comerciantes das cidades circunvizinhas (BRASIL, 2018).

O nome do município foi outorgado pela existência na propriedade de Félix Negrão uma fonte de água cristalina de ótima qualidade e grande potencial. Em 1950 foi elevada a condição de vila pelo progresso da povoação que se formava para essa época, devido à movimentação de pessoal de outras cidades vizinhas. Por meio da Lei nº 2470 de 27 de Agosto de 1962, alcançou a emancipação política, já que sempre pertenceu à cidade de Palmeira dos Índios, ocorrendo sua instalação oficial a 9 de Setembro do mesmo ano, com o território formado por apenas um distrito, situação que ainda hoje perdura (BRASIL, 2018).

Um dos principais atrativos culturais do município é a Praça Tereza Araújo Barros, ponto de encontro de jovens e adultos e também testemunha das muitas atividades político-culturais que ali se realizam, entre as festividades populares da região, destaca-se a festa da padroeira, Nossa Senhora das Graças, e o já tradicional Baile dos Casados, onde os participantes têm que comprovar a união com documentação (BRASIL, 2018).



Minador do Negrão está situado na microrregião de Palmeira dos Índios sendo seus limites: Cacimbinhas, Estrela de Alagoas, Bom Conselho e Iati os dois últimos no Estado de Pernambuco. Apresenta uma área de 166,58 Km<sup>2</sup> com uma distância de 175 km da capital do Estado e uma altitude de 400 metros acima do nível do mar. Tem um clima quente e seco, com máximas de 35°C e mínimas de 14°C (BRASIL, 2018).

Sua população segundo o último censo em 2010 é de 5.275 habitantes, com uma população estimada para o ano 2017 de 5.413 habitantes. É um município de área rural onde a base da economia é a agropecuária e agricultura. (BRASIL, 2018).

## **1.2. Aspectos da comunidade**

Dom Pedro I é uma comunidade de mais de 1000 habitantes, localizada na zona urbana do município de Minador do Negrão, carente de empresas e fábrica onde a população dedica-se principalmente a agricultura e plantação de milho, feijão e da criação de gado, eles vivem basicamente da produção de leite e a plantação de grãos, mas em tempos de seca a produção é muito baixa e a maioria das pessoas ficam sem trabalho, a minoria da população é empregada pela prefeitura pelo que tem um alto índice de desemprego, situação que durante vários anos discutia-se na câmara de vereadores, mas ainda com poucas respostas.

A estrutura do saneamento básico da comunidade pelo geral é boa, principalmente o que se refere ao abastecimento da água, já que e por sistema publico e chega as casa duas vezes por semanas, à coleta de lixo se realiza pelo caminhão coletor três vezes por semana, mas não existe sistema de esgoto pelo que o destino dos dejetos e por meio de fossas. Além disso, uma parte da comunidade vive em moradias bastante precárias onde as ruas não estão pavimentadas.

O índice de analfabetismo na comunidade é alto, principalmente em pessoas maiores de 50 anos, já que as pessoas não tinham acesso a escolas públicas isso dificulta muitas vezes a comunicação com eles. Hoje em dia a comunidade conta com três escolas públicas e uma creche, com ensinios do primeiro ao nono ano e ensino médio.

Dentro da comunidade temos uma academia dos idosos, reformada recentemente, outra academia de saúde e um ginásio, onde se realizam atividades esportivas para diferentes idades, a comunidade possui duas praças com bar o que aumenta o uso de bebidas alcoólicas, e recentemente inaugurou-se outra praça perto da academia dos idosos, o que facilita a realização de atividades esportivas e recreativas, além disso, a população queixa de poucas áreas de lazer, principalmente para crianças.

Vale ressaltar que a maioria dos problemas da comunidade, a população reconhece o trabalho da prefeitura e da câmara de vereadores nos últimos tempos com investimentos nas redes públicas como reforma de escolas, postos de saúde, academia dos idosos e hospital rural, ampliação do local de assistência social, pavimentação de estradas principais, criação da policia municipal, que não existia, entre outras ações, mas ainda com muitas coisas por fazer para elevar o grão de satisfação da população.

Comunidade Dom Pedro I está localizada na área urbana do município, a população conserva hábitos, costumes e culturas próprias de população rural, principalmente costumes da religião católica realizando festas e peregrinações religiosas, e hábitos alimentares precários, pela falta de cultura alimentar.

### **1.3.O sistema municipal de saúde**

O sistema municipal de saúde está bem organizado, mesmo sendo um município pequeno, conta com duas equipes de saúde bucal cada um com cirurgião-dentista e assistente de saúde bucal, ademais têm três Equipes de Saúde da Família (ESF), um na zona urbana e dois na zona rural, cada um com médico geral, enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes de saúde e demais funcionários que fazem um bom trabalho em conjunto já que o município é pequeno e possui poucos recursos. Há um especialista de Pediatria, Ginecologia e Psiquiatra que atendem cada 15 dias, ademais de Cirurgião-dentista que atende todos os dias, Psicóloga que atendem três dias da semana, Nutricionista uma vez por semana e professor de educação física três vezes por semana na academia dos idosos.

O município conta também com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), integrado por Assistentes Sociais, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e todos os profissionais mencionados, que em conjunto com a equipe de saúde realizamos geralmente ações de prevenção e promoção de saúde, o município não tem centro de atenção psicossocial (CAPS e CAPS AD), mas os pacientes são atendidos pelo CAPS do município mais perto (Palmeira dos Índios), já que existe uma rede de atendimento e comunicação com esse centro, os pacientes do nosso município são avaliados por uma equipe encabeçada por psicólogo, assistente social e psiquiatra ou médico geral, e logo são encaminhados.

Nosso município não tem Unidade de Pronto Atendimento, mas tem uma unidade com enfermeiras e técnicas de enfermagem com boa preparação na urgência, as quais recepcionam o paciente e realizam os primeiros auxílios e caso necessário encaminhado para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do município mais perto, mas para isso também conta com meio de transporte com equipamento preciso para a transportação do paciente, embora de ter bom profissionais na saúde ainda temos dificuldade nas urgências e emergências, ademais não contamos com atenção especializada, mas com a rede de atenção a saúde, a secretaria de saúde do município oferece vagas para cada especialidade e fez a coordenação com outros municípios que tem esse serviço e ainda assim muitos pacientes ficam sem atenção do especialista já que as demandas são maiores que as vagas oferecidas, de igual forma acontecem com os exames complementar.

Diante das dificuldades do município, a secretaria de saúde em conjunto com os profissionais do município realiza um bom trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde.

#### **1.4.A Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I**

A comunidade conta com uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de saúde, Dom Pedro I e está dividida em quatro microáreas. A Unidade foi inaugurada há cerca de 30 anos e foi reformado fez três anos, situada na Rua Graciliano Ramos no centro da cidade.

A Unidade de Saúde conta com uma equipe de saúde integrada por um médico clínico geral, uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem, quatro agentes de saúde comunitária, um cirurgião dentista e um técnico de higiene bucal, ademais dos profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (psicólogo, profissional de educação física, nutricionista e fisioterapeuta) que dividem seu tempo de atendimento com as outras equipes do município, além participam da equipe um ginecologista, pediatra e psiquiatra, atendem a população em tempo parcial já que também compartilham seu tempo de trabalho com outras equipes de saúde. Formam parte importante também da unidade as funcionárias do fichário, farmácia e limpeza que fazem que o trabalho seja organizado e ajudam a que o paciente se sinta bem atendido.

É um local que apresenta uma boa infraestrutura, para um bom atendimento à população. Tem uma ampla área de recepção com suficientes cadeiras que permite realizar palestras públicas, tem sala de reunião, sala de médico, de enfermeira, de teste do pezinho, da vacina, banheiros, cozinha, farmácia e ademais uma sala para os especialistas. A Unidade, atualmente, está equipada com os recursos e medicamentos necessários para o trabalho da equipe.

Os profissionais tem obrigação de usar as medidas de proteção individuais com cada paciente e o correto lavado das mãos antes e após do atendimento de cada paciente, ademais de realizar atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde assim como de educação permanente, participar do cuidado das famílias realizando visitas e palestras orientadoras, realizar reuniões para organizar o trabalho em equipe, participar do acolhimento dos pacientes, entre outras funções.

### **1.5.A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I**

Como referido anteriormente à Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I está composta por profissional capacitado para o correto atendimento da população. A cada duas semanas, as segundas à tarde acontecem as reuniões com toda a equipe incluindo as funcionárias do fichário, farmácia e limpeza, assim como os profissionais do NASF, pediatra e ginecologista se necessário, para avaliar questões do funcionamento e organização do trabalho em equipe na unidade, criticando ações

negativas de algum funcionário e reconhecendo e estimulando os atos positivos, a fim de melhorar o trabalho e as relações interpessoais entre os integrantes da equipe, já que muitas vezes existe discordância entre alguns trabalhadores, influenciando no funcionamento da unidade e o estado de saúde da população, também nessas reuniões, discute-se algum caso interessante de paciente que precise atendimento conjunto dos profissionais da equipe, NASF ou CAPS e programa-se o dia da visita, também se aproveita essas reuniões para capacitar o profissional da saúde sobre um tema específica, sempre que o tempo o permita. Nessas reuniões também programamos as atividades culturais, de promoção de saúde, assim como as consultas e as visitas por agentes de saúde e microáreas.

Além dessas reuniões da equipe, todo mês realiza-se uma reunião com as coordenadoras de saúde para discutir assuntos de infraestrutura e necessidade de equipamentos e medicamentos.

#### **1.6. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe de Dom Pedro I**

A Unidade de Saúde funciona das 7 horas às 17 horas. Existe maior atendimento das demandas espontâneas, que ocupa o maior tempo dos profissionais deixando menor tempo para realizar as consultas programadas como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, atendimento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, ademais existem os grupos de gestantes, idosos, hipertensos, que pela falta de tempo nestes momentos só funciona o grupo de gestantes, todo isso é motivo de discussão em cada uma das reuniões.

Na unidade temos dias de consulta para cada grupo de riscos, os dias de quinta a tarde a equipe realiza visitas domiciliares em conjunto com agentes de saúde, duas vezes por mês realizamos reunião com os funcionários e profissionais da unidade de saúde onde discutimos temas de gestão de saúde, acolhimento e casos de doenças crônicas e agudas e uma vez por semana se realiza reunião com os coordenadores de saúde.

### **1.7. O dia a dia da equipe Dom Pedro I**

O dia a dia da equipe de saúde é muito movimentado já que fica na rua principal.

Para o atendimento dos pacientes, primeiro as consultas são agendadas pelos agentes de saúde, que identificam os pacientes que precisam atendimento dos profissionais da saúde nas suas visitas diárias, mas pelo geral as demandas espontâneas ocupam a maior parte do tempo dos profissionais, uma vez os pacientes chegam à Unidade Básica de Saúde, são acolhidos pela técnica de enfermagem e são realizados a triagem e classificados por tipo de atendimento, após de chegar o medico e enfermeira se realiza uma pequena palestra dependendo das demandas de usuários, três dias da semana, alternando os dias entre o medico e a enfermeira, depois se realiza o atendimento medico começando pelas urgências.

O aumento do número de consultas de demandas espontâneas e um dos pontos mais discutidos nas reuniões da equipe já que resta tempo para realizar outras atividades, por meio das consultas e visitas descobriu-se que as pessoas careciam de informação pelo que nas últimas reuniões se criaram estratégias para orientar melhor a população tendo em conta que a maioria é analfabeta e com baixo nível sociocultural.

### **1.8. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

A ESF tem muitos problemas de saúde que se podem solucionar em médio e longo prazo, entre os principais se encontram alto índice de pacientes idosos hipertensos e diabéticos que não realizam tratamento corretamente, nem exercícios, alto índice de crianças e adultos com parasitismo intestinal, alto índice de doenças dos ossos, alto índice de crianças com desnutrição, gestação na adolescência.

Por esse motivo fizemos uma análise junto com os membros da equipe sobre a situação de saúde da nossa comunidade.

### 1.9. Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O quadro seguinte mostra a classificação em ordem de prioridade dos principais problemas da comunidade da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I município Minador do Negrão.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde Dom Pedro I, Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I, município de Minador do Negrão, estado de Alagoas.				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de crianças com desnutrição	Alta	30 pontos	Parcial	1
Alto índice de pacientes idosos hipertensos e diabéticos que não realizam tratamento corretamente	Alta	25 pontos	Parcial	2
Alto índice de crianças com parasitismo intestinal	Alta	22 pontos	Parcial	3
Gestação na adolescência.	Media	17 pontos	Parcial	4
Alto índice de pacientes idosos hipertensos e diabéticos que não realizam exercícios	Media	15 pontos	Parcial	5
Alto índice de doenças dos ossos	Baixa	8 pontos	Fora	6

Fonte: Elaborado pela Equipe de Saúde Dom Pedro I, 2017.

\* Alta, média ou baixa.

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

\*\*\* Total, parcial ou fora.

\*\*\*\* Ordenar considerando os três itens.

Para priorizar os problemas nos baseamos na importância deste para nossa comunidade classificando-os em alta, média e baixa, ademais na urgência que pode representar para o paciente e nossa equipe para o qual demos uma pontuação de até 30 pontos, ademais da capacidade de enfrentamento que temos para solucioná-los e classificamos em total, parcial ou fora em dependência de os recursos que temos para solucioná-los; colocando para cada item uma pontuação que nos permitiu ao finalizar dar uma ordem de prioridade a cada um dos problemas ficando em primeiro lugar o alto índice de crianças com desnutrição.



## 2. JUSTIFICATIVA

Uma das causas mais frequentes de mortalidade na infância e a desnutrição, que muitas vezes pode estar mascarada por outras patologias recorrentes. (FROTA; BARROSO, 2005).

Monteiro (2009) afirma que a desnutrição, representado por parâmetros antropométricos, nos primeiros anos de vida constitui um dos maiores problemas de saúde a ser enfrentados por países em desenvolvimento.

Rocha, Neves e Engel (2006) afirmam que a desnutrição afeta milhares de crianças no mundo todo, sendo o problema nutricional responsável por 55% da mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento, por isso é importante a convulsividade dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

No Brasil para o ano 2006 a prevalência da desnutrição nas crianças menores de cinco anos, aferida pela proporção de crianças com déficit de crescimento, foi de 7%, com maior incidência na região Norte com 15% e pouca variação entre as demais regiões, com 6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste e 8% na região Sul, ademais se reconhece que prevalência de déficits de crescimento diminui acentuadamente conforme aumentam os anos de estudo da mãe, variando de 16% entre filhos de mães sem nenhuma escolaridade a 2% entre filhos de mães com 12 ou mais anos de escolaridade o que confirma que o nível de escolaridade das mães influi no estado nutricional do filho. (PNDS, 2006)

D'Aquino et al. (2013) detectaram aumento significativo da chance de desnutrição nas crianças do sexo masculino, enquanto Rocha, Neves e Engel (2006) (2006) afirmam que em sua maioria as crianças com desnutrição são do sexo feminino entre os dois e seis anos de idade, mas todos coincidem que a desnutrição infantil aparece em famílias pobres, com baixo nível sócio econômico.

Outros autores afirmam que a idade e baixa escolaridade materna, partos prematuros, baixo peso ao nascer, desmame precoce, concepção de muitos filhos em intervalo reduzido de tempo, falta de acesso aos serviços de saúde, fraco vínculo mãe-filho, ausência do pai, ingestão insuficiente de alimentos capazes de suprir as necessidades da criança, tanto de energia quanto de proteína, falta de saneamento básico, infecções recorrentes, desemprego, entre outros constituem fatores de riscos

que são essenciais para o diagnóstico de desnutrição, principalmente na infância (ALVES, SANTIAGO 2012; ROCHA, NEVES e ENGEL 2006; BRASIL, 2005).

Frota et al. (2009) afirma que na zona rural as maiorias das mães de crianças com desnutrição apresentam disponibilidade para cuidar dos filhos mesmo com condições socioeconômicas desfavoráveis, mas carecem de conhecimento para fazê-lo saudavelmente, pelo que é necessário à disseminação do saber mediante estratégias de educação em saúde na comunidade.

A desnutrição é uma doença crônica que se apresenta de diversas formas com manifestações clínicas variadas que vão desde casos leves sem riscos à saúde da criança até casos graves e com grande repercussão. (ALVES E SANTIAGO, 2012).

A desnutrição grave afeta todos os órgãos da criança levando ao óbito se não é diagnosticada a tempo, nem tratada adequadamente. Pode começar na vida intrauterina e frequentemente cedo na infância. (BRASIL, 2005).

Na Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I durante as consultas do ano 2017 descobriu-se que em anos anteriores não se realizavam consultas de acompanhamento de crianças após os 3 meses de idade, só assistiam a consulta as crianças que apresentavam doenças agudas (doenças respiratórias e diarreicas, vômito, cólica, inapetência, entre outras) e outras adoeciam e as mães não procuravam atendimento médico. Nas Cadernetas de Saúde das Crianças só constavam as medidas antropométricas dessas consultas. Assim, mobilizamos os agentes de saúde quem fizeram levantamento de todas as crianças da comunidade para realizar medições de peso, altura, perímetro cefálico e torácico, Índice de Massa Corporal e realizar avaliação nutricional em dependência da idade das crianças e realizar visitas a essas famílias para avaliarmos os riscos, realizar atividades educativas com o NASF nas escolas e comunidade explicando os sintomas, riscos e consequências da desnutrição e a importância de assistir as consultas, programar consultas com Pediatra e Nutricionista. A gestão de saúde organizou atividades de capacitação para toda a equipe e providenciaram os recursos para realizar exames complementares: Hemograma Completo, Exame de Urina (EAS) e Exame Parasitológico de Fezes (EPF) assim como recursos para as medições antropométricas a todas as crianças.

Tendo em conta que a desnutrição é uma condição clinico-social muito frequente em na população menores de cinco anos, que traz consequências graves na saúde e com elas um alto percentual de óbitos de crianças menores de cinco anos, com fatores de riscos que podem ser identificados facilmente nas visitas domiciliar e em consultas da atenção primaria, considera-se de muita importância identificar os fatores de riscos da desnutrição infantil na comunidade da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I do município Minador do Negrão, assim como realizar ações de promoção de saúde e prevenção da doença e realizar um plano de ação para lograr diminuir a alta incidência de desnutrição em menores de 5 anos na comunidade.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo geral

Diminuir a alta incidência de desnutrição infantil em menores de 5 anos na comunidade da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I do município Minador do Negrão do Estado de Alagoas .

#### Objetivos específicos

- Identificar os fatores de riscos de desnutrição infantil na comunidade.
- Criar um grupo para inserir essas mães e crianças para realizar orientações e acompanhamento em grupo.
- Realizar ações de promoção de saúde e prevenção da desnutrição infantil na comunidade.
- Intensificar o atendimento da criança, acompanhamento pelos ACS, e o acompanhamento durante a puericultura.

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um plano de ação de abordagem qualitativa, que será desenvolvida a partir de um projeto de intervenção dentro da UBS Dom Pedro I.

Para realização desse trabalho dividimos em três momentos interligados: realização do diagnóstico situacional, revisão de literatura sobre o tema e elaboração do projeto de intervenção.

No primeiro momento realizamos um diagnóstico situacional para identificar de forma mais objetiva os problemas relativos à comunidade adscrito à UBS de Dom Pedro I. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); entrevistas com membros da comunidade utilizando questionários curtos e observação ativa da área pelos membros da equipe especialmente os agentes comunitários de saúde.

Para a fundamentação teórica do presente trabalho, realizou-se revisão bibliográfica de textos, manuais do Ministério da Saúde e artigos científicos publicados no período de 2003 a 2017 nos seguintes bancos de dados: Google Acadêmico, SciELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS, MEDLINE. Selecionados os artigos que estavam de acordo com os descritores: saúde da criança, desnutrição infantil, atenção primária à saúde.

Posteriormente propôs-se a construção de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde, baseado nos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS, 2010).

Realizaremos reuniões de equipe, para identificar os problemas mais comuns da comunidade e em seguida priorizamos o problema: nutrição infantil, problemas sociais e mudança alimentar. Para assim atuar de forma mais eficaz.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas

Por muitos anos, as crianças foram tratadas da mesma forma que adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse contexto, foram colocadas no lugar de infante (quietinhos, tradução livre do francês), sem voz, como objetos da esfera doméstica. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (ARAÚJO, 2014).

Antigamente, os pais tinham direitos sobre os filhos de forma absoluta, era permitido matar, vender ou expor os filhos recém-nascidos. A deformidade da criança ou a pobreza da família bastavam para que a justiça doméstica decretasse sua morte ou seu abandono. O aborto era legítimo e o infanticídio admitido. Um vasto e variado conjunto de leis sobre o abandono foi se formando. Nele não se nota nenhuma preocupação com o lado ético da questão ou com a sorte das crianças. Bebês nascidos defeituosos, por exemplo, podiam perfeitamente ser mortos, atirados ao mar ou queimados. Acreditava-se que as deformidades traziam azar para a comunidade e para a família (OSTENIO; OSTENIO E MARIANO, 2008).

Ao longo desses anos, puderam ser evidenciadas inúmeras transformações na atenção à criança e ocupou diferentes posições na sociedade. Essas modificações a levaram a enfrentar inúmeras situações de vida e de saúde para, que por fim, depois de muitos anos pudesse ser considerada como sujeitos sociais com peculiaridades exclusivas (ARIÉS, 2011).

Já na década de 1970, foi introduzido o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, expondo como intuito a diminuição da morbimortalidade entre crianças e mães. Iniciaram as ações com caráter preventivo, porém, listados em métodos centralizadores que desprezavam diversidade regional existente no país (BRASIL, 2015).

Em virtude da discrepância regional existente no país, em 1996, foi aderido especialmente pelas regiões norte e nordeste do Brasil, a Atenção Integrada às

Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), emergindo como estratégia para o acompanhamento da atenção à saúde da criança em concordância com a atenção primária na compreensão de uma observação dos desencadeantes que prejudicam a saúde infantil, desejando a qualidade da assistência. Esse novo questionamento originou-se na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e designa-se como objetivo a promoção rápida e significativa da redução da MI no Brasil. Concentrou-se em um conjunto de doenças de maior predomínio na infância, tratando-a na sociedade (BRASIL, 2015).

O Brasil institui o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984 como estratégia de enfrentamento de problemas nas condições de saúde da população infantil, exclusivamente no que se refere a sua sobrevivência. Foi criado com o propósito de favorecer as melhorias na saúde, de forma completa, privilegiando crianças pertencentes a grupos de risco e buscando qualificar a assistência e ampliar a cobertura dos serviços de saúde. As ações compreendiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, vigilância das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (FARIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2010).

Em 1991, com a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, é que a saúde da criança foi efetivamente potencializada. Os agentes comunitários de saúde motivaram nas experiências de prevenção de doenças pela proximidade com a comunidade, favorecendo a comunicação e a orientação como meta para reestruturar os serviços de saúde. Já a implantação das unidades de unidades de saúde, buscou-se reformar os serviços de saúde de cada município, pela modificação do paradigma hegemônico centralizado na medicalização para um padrão interessado na promoção da saúde e na participação comunitária (MENDES, 2012).

Ministério da Saúde em 2004 lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual tinha como diretrizes ações que instituíam o fortalecimento do nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o enfrentamento de transtornos nutricionais e às doenças existentes na infância. Essa maneira de sistematizar a assistência forma um paralelo e coordena os três níveis de atenção à saúde, primário, secundário e

terciário, constituindo equilíbrio na construção do cuidado integral à saúde das crianças (SILVA et al., 2014).

## **5.2 Enfrentando a desnutrição Infantil.**

Sabe-se que a desnutrição é caracterizada como uma condição patológica decorrente da falta de energia e proteínas, em variadas proporções, podendo ser agravada por infecções repetidas (CHAGAS et al., 2013).

Quando se fala de obesidade, tanto infantil como nos adultos, é definida por um acúmulo excessivo de massa de gordura. Há evidências exaustivas de que déficits de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar e diminuição da altura e da capacidade produtiva na idade adulta. No caso do sexo feminino, o retardo do crescimento na infância está associado à baixa estatura e a um maior risco de gerar crianças com baixo peso ao nascer, o que demonstra o efeito intergeracional da desnutrição (CHAGAS et al., 2013).

Pesquisa de Galvão (2017) classifica os fatores de desnutrição em primária ou secundária. As causas primárias são quando as crianças tem uma alimentação quantitativa ou qualitativamente insuficiente em calorias e nutriente. Causas secundárias são quando a ingestão de alimentos não é suficiente, porque as necessidades energéticas aumentaram ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente ao alimento. Exemplo, disto é:

- A presença de verminoses;
- Câncer;
- Anorexia;
- Alergia ou intolerância alimentar;
- Digestão e absorção deficiente de nutrientes;
- Outros fatores que desencadeiam a desnutrição são: desmame precoce, fatores socioeconômicos, culturais, renda e disponibilidade de alimentos.



## **6. PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de crianças com desnutrição”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

### **6.1. Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Nossa comunidade tem uma alta incidência de crianças menores de 5 anos com desnutrição que tem consequências graves para a saúde das crianças e a população em geral.

Nossa equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que a nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção para diminuir a alta incidência dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu crescimento.

### **6.2. Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Desnutrição é um estado patológico causado pela falta de ingestão ou absorção de nutrientes. As principais complicações são: grande perda muscular e dos depósitos de gordura, provocando debilidade física, emagrecimento: peso inferior a 60% ou mais do peso ideal (adultos) ou do peso normal (crianças), as crianças com obesidade, a desnutrição pode dificultar a perda de peso e favorecer ainda mais ganho de gordura corporal, desaceleração, interrupção ou até mesmo involução do crescimento, alterações sanguíneas, provocando, dentre elas, a anemia, alterações ósseas, como a má formação, a alterações no sistema nervoso: estímulos nervosos prejudicados, número de neurônios diminuído, depressão, apatia, alterações nos demais órgãos e sistemas respiratório, imunológico, renal, cardíaco, hepático, intestinal, dentre outros, a pessoa desnutrida fica mais sujeita a infecções. Outros efeitos da desnutrição são o aumento da morbidade e da mortalidade, além de hospitalização e convalescença prolongadas.

### **6.3. Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

O nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando atacada é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo. Nosso maior problema é o alto índice de crianças com desnutrição, pelo que foram identificados os nós críticos da seguinte forma:

- Falta de instrução dos pais sobre o valor nutricional dos alimentos;
- Parasitismo intestinal;
- Hábitos alimentares pobres (amamentação inadequada).

### **6.4. Desenho das operações (sexto passo)**

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “alto índice de crianças com desnutrição”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I, da Unidade Básica de Saúde Dom Pedro I, município de Minador do Negrão, estado de Alagoas são: Saber Mais, Mais Saúde e Vida Saudável.

<b>Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desnutrição Infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I, do município Minador do Negrão do estado de Alagoas.</b>	
<b>Nó crítico 1</b>	Falta de instrução dos pais sobre o valor nutricional dos alimentos.
<b>Operação (operações)</b>	Aumentar o nível de conhecimento dos pais e a família das crianças sobre o valor nutricional de cada alimento.  Capacitar os agentes comunitários de saúde.
<b>Projeto</b>	Criar Grupos de orientações nas UBS e nas Escolas;
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar o nível de instruções dos Pais
<b>Produtos esperados</b>	População mais informada, consciente e responsável pela alimentação das crianças.  Agentes comunitários mais participativos e mais seguros quanto às orientações dadas.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Profissionais do PSF (Médico, ACS, Enfermeiros e nutricionista).  Cognitivo: Histórico (Entrevista)  Financeiro: Secretaria de Saúde  Político: Mobilização da secretaria de saúde e do PSF.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Motivação dos profissionais e empenho nas atividades;  Cognitivo: Entrevista padrão;  Político: Adesão da secretaria juntamente com a gestão.  Financeiro: Gestão com participação efetiva;
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável ao desenvolvimento do cuidado;
<b>Ações estratégicas</b>	A ação faz-se necessária devido ao aumento da desnutrição infantil;
<b>Prazo</b>	Dentro de dois meses, devido ao processo de avaliação.

<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Secretaria de Saúde; NASF - Nutricionista Equipe de Saúde (Médica, Enfermeira e ACS).
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliação de 6 em 6 meses;
Fonte: elaborado pela própria autora (2018)	

<b>Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desnutrição Infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I, do município Minador do Negrão do estado de Alagoas</b>	
<b>Nó crítico 2</b>	Parasitoses Intestinais
<b>Operação (operações)</b>	Modificar os hábitos alimentares de seus filhos. Incentivar as mães para amamentar a seus filhos ate os dois anos.
<b>Projeto</b>	Palestras nas UBS e nas Escolas, dobre alimentação e higiene com participação do nutricionista, medica e enfermeira.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 40% a taxa de parasitismo intestinal;
<b>Produtos esperados</b>	Aumentar a responsabilidade dos pais e mantê-los consciente sobre a alimentação das crianças.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Profissionais do PSF (Médico, ACS, Enfermeiros e nutricionista). Cognitivo: Histórico (Entrevista) Financeiro: Secretaria de Saúde Político: Mobilização da secretaria de saúde e do PSF.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Motivação dos profissionais e empenho nas atividades; Cognitivo: Entrevista padrão; Político: Adesão da secretaria juntamente com a gestão. Financeiro: Gestão com participação efetiva;
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Favorável ao desenvolvimento do cuidado com a nutrição dessas crianças;
<b>Ações estratégicas</b>	A ação faz-se necessária devido ao aumento da desnutrição infantil e das parasitoses intestinais;
<b>Prazo</b>	Dentro de dois meses, devido ao processo de avaliação.
<b>Responsável (eis)</b>	Secretaria de Saúde;

<b>pelo acompanhamento das ações</b>	NASF - Nutricionista Equipe de Saúde (Médica, Enfermeira e ACS)
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliação de 6 em 6 meses;

Fonte: elaborado pela própria autora (2018)

<b>Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Desnutrição Infantil”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Pedro I, do município Minador do Negrão do estado de Alagoas.</b>	
<b>Nó crítico 3</b>	Hábitos alimentares pobres e amamentação inadequada;
<b>Operação</b> (operações)	Sensibilizar a população para modificar os hábitos alimentares de seus filhos.  Incentivar as mães para amamentar a seus filhos ate os dois anos.
<b>Projeto</b>	Reunião semanal com a participação do nutricionista, médico e enfermeira com os grupos de gestantes para falar sobre os benefícios do aleitamento materno.  Palestras públicas com participação do nutricionista, médico e enfermeira sobre as dietas saudáveis.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir o 30% a desnutrição;
<b>Produtos esperados</b>	Aumentar a responsabilidade dos pais e mantê-los consciente sobre a alimentação das crianças.  Agentes comunitários mais participativos e mais seguros quanto às orientações dadas.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Profissionais do PSF (Médico, ACS, Enfermeiros e nutricionista).  Cognitivo: Histórico (Entrevista)  Financeiro: Secretaria de Saúde  Político: Mobilização da secretaria de saúde e do PSF.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Motivação dos profissionais e empenho nas atividades;  Cognitivo: Entrevista padrão;  Político: Adesão da secretaria juntamente com a gestão.  Financeiro: Gestão com participação efetiva;
<b>Controle dos</b>	Favorável ao desenvolvimento do cuidado com a nutrição dessas crianças;

<b>recursos críticos</b>	
<b>Ações estratégicas</b>	A ação faz-se necessária devido ao aumento da desnutrição infantil;
<b>Prazo</b>	Dentro de dois meses, devido ao processo de avaliação.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Secretaria de Saúde; NASF - Nutricionista Equipe de Saúde (Médica, Enfermeira e ACS).
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliação de 6 em 6 meses;

Fonte: elaborado pela própria autora (2018)



## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A desnutrição infantil tem sido uma luta para a melhoria da saúde da criança durante esses últimos anos, tendo em vista que a desnutrição infantil é de fundamental importância para a construção de uma sociedade mais justa e de uma saúde de qualidade.

Contudo ainda vemos muitos casos de negligência perante aos pais, cuidadores para com essas crianças, devido à falta de conhecimento e informação, quanto à 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 e com isso diminuir a desnutrição infantil da nossa comunidade.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, J. A. F.; SANTIAGO, D. S. V.; A relação entre a desnutrição e o desenvolvimento infantil, **Rev. Associação Brasileira de Nutrição**, São Paulo, v.4, n. 5, p. 59-62, jan-jun 2012. Disponível em: <<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/129/105>>. Acesso em: 26 set. 2018.
- ARAÚJO, J.P. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. 2014 nov-dez;67(6):1000-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf> >. Acesso em: 08 nov. 2018.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos. 2011.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Brasil/Alagoas/Minador do negrão. Brasília, [online], Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/minador-do-negrao/panorama>>. Acesso em: 26 set. 2018
- BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Óbitos infantis no Brasil**. Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária de Atenção a Saúde Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **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, avaliação e programação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>> Acesso em: 25 jun. 2018.
- CHAGAS, D. C. das et al . Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 146-156, Mar. 2013 .
- D'AQUINO, M. H. B. et al., Estimativas da prevalência de desnutrição infantil nos municípios brasileiros em 2006, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, p. 560-570, 2013, Suplemento 3. Artigo disponível em português e inglês em: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp). Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2013.v47n3/560-570/pt>>. Acesso em: 08 nov. 2018.
- FARIAS, P.G; MULLACHERY, P.H; GIUGLIANI, E.R.J. **Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde**. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf). > Acesso em: 25 jun. 2018.

FROTA, M. A. et al., Promoção da Saúde com Mães de Crianças Desnutridas na Zona Rural, **Rev. de APS**, v. 12, n. 2, p. 176-186, Abr-Jun 2009. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/27960433-Promocao-da-saude-com-maes-de-criancas-desnutridas-na-zona-rural.html>>. Acesso em: 26 set. 2018..

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T.; Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 996-1000, Nov-Dez, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a12.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (United Nations Children's Fund – UNICEF) **Situação da Infância Brasileira**, Brasília, 2006. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/Pags\\_040\\_051\\_Desnutricao.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_040_051_Desnutricao.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

GALVÃO, M.A.M. et al. **Fatores determinantes de desnutrição infantil em crianças de 0 a 05 anos no Cernutri-Boa Vista/Roraima**. 2017.

LIMA, A.L.L. de et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 17-27, Fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100002>.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crianças na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 26 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Nutricional, Saúde e Estado Nutricional de Crianças Menores de Cinco Anos, PNDS, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude\\_nutricional.php](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MONTE, C. M. G., Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil, **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. s285-s297, 2000. Disponível em: [https://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Desnutricao\\_um\\_desafio\\_secular\\_a\\_nutricao\\_infantil/38](https://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Desnutricao_um_desafio_secular_a_nutricao_infantil/38) Acesso em: 25 jun. 2018.

MONTEIRO, C. A. et al., Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007, **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 34-43, 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n1/35-43/pt>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil, Estudos avançados. V.17, n.48, p. 7-20, São Paulo Mai-Ago. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142003000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200002). Acesso em: 25 jun. 2018.

OSTENIO, C.C. M; OSTENIO, M.H; MARIANO, E.R. Políticas públicas para criança no Brasil: o contexto histórico-social e da saúde. **Estação Científica Online**. Juiz de Fora, n. 06, Ago./Set. 2008.

ROCHA, L., NEVES, E. T. V., ENGEL, T. G.; Reconhecendo a Multicausalidade na Desnutrição Infantil: Contribuições para a Atuação da Enfermagem na Comunidade, **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 67-74, Dez 2006. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/67283680-Reconhecendo-a-multicausalidade-na-desnutricao-infantil-contribuicoes-para-a-atuacao-da-enfermagem-na-comunidade.html>>. Acesso em: 26 set. 2018.

SILVA, A.C.; COTA, F.V.; DUTRA, J.S.; SANTOS, Y.R.; ROMANO, M.C.C.; Hospitalização por asma em crianças no município de Divinópolis, minas gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min**. 2014 set/dez; v. 3 n.4 p.1290-1299