

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

**LUBIA RUIZ CHACON**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ALTA INCIDÊNCIA DE  
DIARREIAS NA COMUNIDADE ADSCRITA À EQUIPE IV, MUNICÍPIO  
DE OLHO D'ÁGUA DO CASADO-ALAGOAS.**

**MACEIÓ / ALAGOAS**

**2018**

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

**LUBIA RUIZ CHACON**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ALTA INCIDÊNCIA DE DIARREIAS NA  
COMUNIDADE ADSCRITA À EQUIPE IV, MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DO  
CASADO- 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.

Orientador: Professor Edison José Corrêa - UFMG

MACEIÓ / ALAGOAS

2018

**LUBIA RUIZ CHACON**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A ALTA INCIDÊNCIA DE  
DIARREIAS NA COMUNIDADE ADSCRITA Á EQUIPE IV, MUNICÍPIO  
DE OLHO D'ÁGUA DO CASADO-ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Professor: Edison José Corrêa - UFMG

Examinador 2 – Professor(a): Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de Setembro de 2018.

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho

Primeiramente a Deus por permitir-me ajudar, com minha profissão, a toda pessoa que precise.

A minha mãe, que sei que está a meu lado sempre, a meu pai, meu esposo e minha filha pela compreensão e apoio.

A meus professores pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha tutora na fase de integralização de créditos, professora: Valéria Bezerra Santos, por seu apoio nessa etapa.

A meu orientador Professor Edison José Corrêa por seu tempo e dedicação.

“O fundamento do amor à arte (médico) está no amor ao homem”

Hipócrates (460- 370 Antes de Cristo)

## RESUMO

O município Olho d'Água do Casado tem uma população de 8.491 habitantes (Censo IBGE de 2010, estimativa de 9459 pessoas em 2017), com uma Taxa de Desenvolvimento Humano (TDH) baixa. Dispõe de redes públicas de esgoto na área urbana, não tendo na área rural abastecimento de água potável e tratada e esgotamento sanitário. A alta incidência de doenças diarreicas agudas é um dos principais problemas de saúde, na comunidade adscrito a nossa equipe de Saúde da Família (eSF)IV, por precárias condições de vida (ambientais), baixo nível de desenvolvimento social e econômico e educação sanitária. O objetivo deste trabalho foi de propor um plano de ação enfatizado na educação e promoção de saúde da população. Efetuou-se uma revisão da literatura do tema, com os descritores: Atenção Primária à Saúde, Diarreia, Diarreia infantil, Educação continuada, Educação para a saúde, Prevenção primária, Hidratação, Promoção da Saúde; utilizando as bases de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan (BVS Nescan), dados do Ministério da Saúde e matérias disponíveis na biblioteca virtual, as bases de pesquisa *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) foi realizado Diagnóstico Situacional e Planejamento Estratégico Situacional (PES) juntamente com a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e posterior elaboração do plano de intervenção. Foi feita a intervenção proposta mediante este estudo, as ações a realizar são baseadas em atividades de promoção, prevenção e tratamento oportuno desenvolvidas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da equipe IV.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Diarreia. Diarreia infantil. Educação continuada. Educação em saúde. Prevenção primária. Hidratação. Promoção da saúde.

## ABSTRACT

The municipality of Olho d'Água do Casado has a population of 8,491 inhabitants (IBGE Census 2010, estimated 9459 people in 2017), with a low Human Development Rate (TDH). It has public networks of sewage in the urban area, not having in the rural area supply of drinking water and treated and sanitary sewage. The high incidence of acute diarrheal diseases is one of the main health problems, in the community assigned to our Family Health team (eSF) IV, due to poor living conditions (environmental), low level of social and economic development and health education. The objective of this work was to propose an action plan emphasized in the education and health promotion of the population. A review of the literature on the subject was made, with the following descriptors: Primary Health Care, Diarrhea, Child Diarrhea, Continuing Education, Health Education, Primary Prevention, Hydration, Health Promotion; using the research bases Virtual Health Library (BVS), Virtual Health Library of Nescon (BVS Nescon), data available from the Ministry of Health and materials available in the virtual library, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) a Situational Diagnosis and Situational Strategic Planning (PES) was carried out together with the Family Health Strategy team (ESF) and subsequent elaboration of the intervention plan. The proposed intervention was made through this study, the actions to be carried out are based on promotion, prevention and timely treatment activities developed by the team of Family Health Strategy (ESF) of team IV.

Key Words: Primary Health Care. Diarrhea. Diarrhea, Infantile. Education, Continuing. Health Education. Primary prevention. Fluid Therapy. Health promotion.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio à Saúde da Família- Atenção Básica
ONG	Organização não governamental
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de saúde do Brasil
VORH	Vacina oral de Rotavírus Humana
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciênciae a Cultura

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
VBS	Biblioteca Virtual em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1 Breves informações sobre o município Olho d'Água do Casado	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família IV, seu território e sua população	13
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	15
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>20</b>
5.1 Diarreia - um problema de saúde mundial	20
5.2 Diarreia – conceito, etiologia, classificação	21
5.3 Prevenção primária, promoção da saúde: Vulnerabilidade e fatores de risco para as diarreias agudas	22
5.4 Abordagem da diarreia com a família: Fatores educacionais (educação para a saúde) alimentares e reidratação	25
5.5 Abordagem da diarreia com a equipe de saúde da família: educação continuada: fatores educacionais, alimentares e reidratação	27
5.6. As complicações e consequências das diarreias	28
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>30</b>
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31

6.3 Seleção dos não críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	32
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município de Olho D'Água do Casado

O município de Olho D'Água do Casado localiza-se a oeste do estado de Alagoas. Limita ao norte com o município de Inhapi, ao sul com o estado de Sergipe, a leste com o município de Piranhas e a oeste com os municípios de Água Branca e Delmiro Gouveia.

A cidade recebe o nome de Olho d'Água do Casado, devido ao fazendeiro José de Melo Casado, cuja fazenda tinha fontes de água que abasteciam toda a população, por isso o nome do município. Até 1870 só existia na região a fazenda do agricultor Francisco Casado de Melo, onde hoje está a sede da prefeitura. Em 1877, a construção da rede ferroviária levou para lá acampamento dos operários. O local, para os técnicos, não poderia ser melhor, porque em toda a região brotavam olhos de água, facilitando o trabalho e a própria vida dos operários. Depois que as obras da linha férrea e da estação terminaram, o acampamento foi transferido. Nessa época já existiam algumas casas e, para garantir o povoado, foi construída uma capela em homenagem a São José, padroeiro do lugar. Em 1965, o presidente Castelo Branco, suspendeu o tráfego dos trens da rede ferroviária, causando um impacto muito grande na região (BRASIL, 2017).

Em 1962 Olho d'Água do Casado foi elevado a município através da Lei 2459. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2018).

Com a construção da Usina Hidroelétrica de Xingó, o município ganhou dois grandes atrativos, o belo Riacho do Talhado (recanto do rio São Francisco, próprio para um banho, embora com profundidades que atingem a quase 80 m) e alguns sítios arqueológicos (IBGE, 2018).

Entre as festividades destacam-se a festa de padroeiro, as festas juninas, a da Emancipação (21 de setembro) e do Caju (novembro), todas sempre animadas (IBGE 2018, *online*).

A população estimada (2017) do município é de 9459 pessoas, distribuídas em aproximadamente 2.735 famílias (IBGE, 2018). O município tem uma área territorial de 321.430 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 26,29 hab.km<sup>2</sup>, e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.525, pelo que está situado em uma faixa de desenvolvimento humano baixa. A Taxa de

Urbanização e de 47,43 % com uma renda média familiar mensal de R\$ 271,99 (IBGE, 2018).

Apresenta 11.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 60.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 54 de 102, 54 de 102 e 86 de 102, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 4229 de 5570, 3644 de 5570 e 4094 de 5570, respectivamente (BRASIL, 2017).

O município Olho d'Água do Casado tem uma população de 8.491 habitantes (Censo IBGE de 2010, com estimativa de 9459 pessoas em 2017), distribuídas em 2.735 famílias, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo.

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Olho d'Água do Casado foi construída e inaugurada há cerca de 20 anos e está situada no centro da cidade. Estratégia Saúde da Família (ESF) foi iniciada em 10 de janeiro 1998, com a criação da Equipe de Saúde da Família I (eSF I). A ESF II foi criada no dia 10 de setembro de 2000; a eSF III, em 10 de julho de 2001 e a eSF IV em 19 de abril de 2014. Atualmente, além das quatro eSF o município conta com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família I (NASF) – com a nova versão da Política Nacional de Atenção Básica passa à denominação de Unidade Ampliada de Saúde da Família – Atenção Básica (NASF-AB), de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica da Saúde (ABS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

A UBS tem sete postos de saúde, atualmente está funcionando só em quatro, por falta de estrutura, por carência de recursos. As eSF I e III fazem seu atendimento na UBS, por não ter posto de saúde disponíveis. A eSF II faz seu atendimento em dois postos de saúde na zona rural e a eSF IV faz atendimento um dia da semana no posto de saúde na zona rural, no assentamento Nova Esperança e os outros dias na UBS.

O sistema municipal de saúde ainda não tem os serviços de prontuários eletrônicos, não contamos com os serviços de meios diagnósticos, temos carência de insumos médicos e de equipamentos em geral (imóvel e desenhável). A UBS, faz as referências médicas para dois municípios: Piranhas e Delmiro Gouveia; não há contra referência dos casos referidos.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família IV, seu território e sua população**

Nossa Equipe de Saúde da Família IV (eSF IV) faz atendimento a uma parte da população na zona rural do município, em um território com 2.805 habitantes, dos quais 1132 homens e 1673 mulheres, em um total de 818 famílias. Está organizada, para o acompanhamento, em sete microáreas, atendidas por um médico, uma enfermeira, a técnica em enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável por três Postos de Saúde, mais só faz atendimento em um, no Posto de Saúde Nova Esperança, que tem uma população cadastrada de 426 habitantes, e integrada por 123 famílias. O restante do atendimento é realizado na Unidade Básica de Saúde, por não haver condições nos outros dois Postos de Saúde.

O Posto de Saúde Nova Esperança é, portanto, desde 1997, a única área de atuação da eSF IV, ocorrendo nas outras áreas a atenção domiciliar (visitas). O Posto Nova Esperança está situado na periferia do município, seus primeiros moradores foram pessoas do movimento dos sem-terra.

Sua população tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, vive basicamente da agricultura do plantio de caju, milho, feijão e palma de gado. É uma região de altas temperaturas; por três anos diminuiu a frequência das chuvas e, sem elas, o rendimento dos plantios e a economia da população é dependente da prestação de serviços e da economia informal para o sustento econômico. Assim, há um alto número de desempregados e subempregados e, junto com eles, a aparição de doenças próprias do clima, doenças digestivas, doenças dos rins etc.

Quanto a estruturas de saneamento básico na comunidade ainda há muito trabalho a fazer referente ao esgotamento sanitário (inexistente na zona rural), e à coleta de lixo uma vez por semana, tanto no Assentamento Nova Esperança como em locais

perto da cidade. Embora não acontecendo no resto das áreas de atenção, há sítios em que o lixo é queimado.

As condições das moradias são aceitáveis, para a população. O analfabetismo é elevado na população maior de 40 anos. A evasão escolar em menores de 14 anos tem diminuído. Nas últimas administrações a comunidade tem recebido algum investimento público, como escola e área esportiva, em função da pressão da Associação Comunitária. Existe pouco trabalho social nas comunidades por parte de igrejas e organizações não governamentais (ONG).

A população conserva e gosta muito dos hábitos e costumes próprios da área rural brasileira, como comemorar as festas religiosas e as festas juninas. Em nossa área de abrangência temos três escolas (não temos creches), são quatro as igrejas, uma opção de lazer (quadra de esporte), um sindicato, três associações de moradores. Não contamos com outros recursos comunitários.

A política de saúde na UBS é oferecer atenção médica e dar respostas a todas as demandas da população; a eSF também tem a mesma política, de dar resposta a cada demanda espontânea que se apresenta no dia a dia, e ações para programas de saúde. Esse trabalho programado é afetado pela alta demanda espontânea, comprometendo, especialmente, a realização dos programas de atenção por grupos. Como o atendimento à população fica fora das moradias, apesar de ter-se planejado um dia da semana para cada área de abrangência para o seguimento de um grupo determinado, a demanda espontânea desse dia compromete o planejado. Ainda, não contamos no município com unidades Pronto Atendimento ou Serviço de Plantão Médico.

Nas microáreas de atenção básica, como Itatiaia e Patativa, que antigamente recebia atendimento em suas localidades, atualmente, por falta de posto de saúde nesses locais, a população recebe atendimento no Centro de Saúde que fica na zona urbana.



#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Como primeiro passo do Planejamento Estratégico Situacional cabe a definição dos principais problemas de saúde na área de atuação da eSF IV, que são:

1. Elevado índice da população que necessita trasladar-se à Unidade Básica de Saúde para atendimento médico.
2. Não existência de serviços locais de urgência e emergência.
3. Farmácia da Unidade Básica de Saúde com insuficiente abastecimento.
4. Índice de Desenvolvimento Humano baixo.
5. Baixo índice do cadastramento de pessoas com hipertensão arterial
6. Baixo índice do cadastramento de pessoas com diabetes.
7. Alto índice de doenças diarreicas agudas.
8. Internações frequentes por doenças passíveis de resolução na atenção primária: doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias e doenças crônicas descompensadas.
9. Apoio diagnóstico insuficiente.

#### **1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)**

A eSF IV participou da análise dos problemas levantados e considerou (Quadro 1) a importância de cada um, a urgência em sua resolução e a capacidade de enfrentamento com ações de promoção, tratamento e prevenção que estejam dentro do espaço de governabilidade da equipe básico de saúde (EBS), visto que pode desenvolver ações de promoções e prevenções através de palestras educativas, incluindo a população, bem como pode utilizar recursos materiais disponíveis necessários para executar um plano de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à Equipe de Saúde IV, Unidade Básica de Saúdedo município de Olho d' Água do Casado, estado de Alagoas.**

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/ Priorização****</b>
Elevado índice da população que necessita trasladar-se à Unidade Básica de Saúde para atendimento médico.	Alta	1	Fora	5
Não existência de serviços locais de urgência e emergência	Alta	2	Fora	4
Farmácia da Unidade Básica de Saúde com insuficiente abastecimento.	Alta	2	Fora	4
Índice de Desenvolvimento Humano baixo.	Alta	2	Fora	4
Baixo índice do cadastramento de pessoas com hipertensão arterial	Alta	4	Parcial	3
Baixo índice do cadastramento de pessoas com Diabete.	Alta	4	Parcial	3
Alto índice de doenças diarreicas agudas	Alta	8	Total	1
Internações frequentes por doenças passíveis de resolução na atenção primária: doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias e doenças crônicas descompensadas	Alta	5	Parcial	2
Apoio diagnóstico insuficiente	Alta	2	Fora	4

Fonte: Elaborado com informações locais

\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência das doenças diarreicas agudas.

Além disso, justifica-se pelas suas causas serem passíveis de intervenção na Atenção Primária à Saúde (APS), como as relacionadas a veiculação hídrica, derivadas de infecções intestinais e causadas por bactérias, protozoários, vírus etc.

A alta incidência de doenças diarreicas agudas no Brasil e no território de nossa eSF está condicionada a precárias condições de vida e (fatores ambientais), ao baixo desenvolvimento social, econômico e a baixa educação sanitária.

Justifica-se, ainda, por ser a diarreia responsável por desnutrição crônica com retardo do desenvolvimento ponderal e até mesmo, da evolução intelectual e também o óbito.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar um projeto de Intervenção para diminuir a alta incidência de diarreias na população atendida pela equipe de Saúde da Família IV, do município Olho d'Água do Casado, Alagoas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Propor processo educativo da equipe de saúde (educação permanente) para maior nível de informação e conhecimento sobre as doenças diarreicas agudas.
- Propor processo educativo interativo com a população (educação para a saúde) para maior nível de informação sobre as doenças diarreicas agudas – causas, prevenção (fomento de hábitos e estilo de vida saudável), tratamento e promoção de saúde (utilização e limitações à água potável).
- Propor atualização dos processos da atenção programada que interfiram no diagnóstico e intervenção precoce e no controle da doença diarreica.

#### 4 METODOLOGIA

O processo metodológico adotado na elaboração deste trabalho é o Planejamento Estratégico Situacional (PES) – que assinala seis passos, da estimativa dos problemas à definição de ações para uma intervenção sobre, pelo menos, um problema prioritário. Esse processo foi previamente planejado e realizado com os membros da equipe de Saúde da Família IV (eSF IV) no qual cada um dos problemas detectados foi avaliado e analisado em nossa área de abrangência, através da Estimativa Rápida, por tornar-se necessária a seleção (classificação) e a priorização dos problemas que serão enfrentados. No processo metodológico buscou-se atender ao problema mais importante e urgente (prioritário), com projeto/ações para cada problema intermediário correlacionado ao problema principal (nó críticos), problemas esses que resolvidos também resolvem ou minimizam o problema principal (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017). Com a identificação dos problemas intermediários ou nós críticos foram delineadas para cada um deles as operações a serem adotadas, levando em conta os resultados e produtos esperados, os recursos necessários e os críticos, dirigidos a uma intervenção educativa sobre a alta incidência de diarreias na comunidade adscrito à equipe IV, município de Olho D'água do Casado - Alagoas.

Foi efetuada uma revisão da literatura sobre o tema, utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, (BVS Nescon) e outras fontes, como as bases de pesquisa Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dados do Ministério da Saúde e matérias disponíveis na biblioteca virtual, as bases de pesquisa *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para o que fizemos uma pesquisa a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em que foram selecionados os seguintes descritores: Diarreia, Diarreia infantil, Educação continuada, Atenção Primária à Saúde, Prevenção primária, Hidratação e Promoção da saúde.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017). Para a definição das palavras-chave utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2018).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Diarreia - um problema de saúde mundial.

No âmbito mundial, apesar da considerável redução das taxas de mortalidade infantil e pré-escolar, as doenças diarreicas, persistem como um marcado problema de saúde da população mundial nos últimos 25 anos (SILVA, 2011).

A cada ano nos países subdesenvolvidos morrem mais de três milhões de crianças com menos de cinco anos por consequência de doenças diarreicas; nas crianças menores de cinco anos de idade constitui-se a segunda maior causa de morte(SILVA, 2011).

No Brasil, a redução da mortalidade por doenças infecciosas intestinais aconteceu na segunda metade do século XX. No período de 1985-1987, as doenças infecciosas intestinais foram responsáveis por 17,3% de todos os óbitos de crianças menores de cinco anos registradas no país, enquanto no período de 2003-2005, essa proporção foi de 4.2%( MARTINS et al.2016, p.1).

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) (2009), no período de 2000 a 2007, morreram no Brasil, 443.946 crianças menores de um ano de idade. No Nordeste, foram 144.003 e na Amazônia Legal (incluído o Maranhão), 76.916. Nas duas regiões, o número de óbitos somou 220.919, quase 50% do total nacional (SILVA, 2011).

As doenças infecciosas intestinais persistem como importantes causas de morbimortalidades em crianças menores de 5 anos de idade ao redor do mundo: em 2008 essas mortes foram responsáveis por 1.336, milhões de mortes só em menores de cinco anos, o que equivale a, aproximadamente 15% do total de seis milhões de mortes por doenças infecciosas nessa faixa etária (BLACKRE et al. 2010, apud MARTINS, 2016, p.1).

Nas regiões carentes, onde é baixo o poder aquisitivo, onde não existem água encanada e esgoto sanitário, nas favelas ou a poucos quilômetros dos centros urbanos, demonstrou-se que a mortalidade infantil é superior a 100, onde a diarreia é responsável por mais de 50% destes óbitos, sendo a primeira causa por bactérias, de outro lado, nas regiões urbanas, com água encanada e esgoto sanitário, regiões habitadas por populações educadas com alto poder aquisitivo a

mortalidade infantil é inferior a 20, a diarreia é responsável por menos de 1% dos óbitos, prevalecendo como principal agente causal o vírus (SABRÁ, 2002 s. p).

## 5.2 Diarreia – conceito, etiologia, classificação.

A diarreia aguda, comumente referida como gastroenterite, é caracterizada por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, geralmente associada com sua liquidez e aumento no número de evacuações. Pode estar acompanhada de febre, vômito e cólica abdominal e apresentar muco o sangue. Pode ser causada por agentes infecciosos – parasitos, bactérias, vírus – bem como, pode estar associada a comorbidades, como o sarampo e a malária. A duração é de 2 a 14 dias, geralmente tende a uma cura espontânea(COSTA, 2011).

O estado imunológico do paciente, a virulência do agente etiológico envolvido e a adoção de procedimentos terapêuticos inadequados pode contribuir para formas graves da doença e, até à demanda de cuidados intensivos da hospitalização. A diarreia pode ser causada por antibiótico, antifúngicos e produtos químicos (COSTA, 2011).

Em estudos realizados o agente Rotavirus foi isoladamente o patógeno mais frequentemente identificado, variando sua incidência de 17.1% no México para 45.3% em Costa Rica. No trabalho em evidência, ele apareceu isoladamente em 20.8%% dos casos estudados, e considerando-se também as associações em 34.9% dos pacientes (SABRÁ et al. 2002, s. p).

Segundo Costa (2011) a doença diarreica pode ter distintas classificações:

- **Diarreia simples:** É aquela que não importando sua etiologia, a não ser configurem surtos, é controlada com hidratação.
- **Diarreia mínima:** Está associada a vômitos, típica de algumas gastroenterites virais ou produzidas por toxinas como os do *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* ou *Clostridium perfringens*.
- **Diarreia prolongada:** É aquela que persiste no mínimo 14 dias, frequentemente causadas por parasitos.
- **Diarreia sanguinolenta (disenteria):** É causada por organismos como a *Shigella*, a *Escherichiacolie* outras bactérias produtoras de toxinas tipo *Shiga*.

- **Diarreia da colite hemorrágica:** São líquidas, com grumos de sangue, geralmente sem febre, com a presença de leucócitos (COSTA, 2011).

### **5.3 Prevenção primária, promoção da saúde: vulnerabilidades e fatores de risco para as diarreias agudas.**

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978), expressou a necessidade de ações urgentes de todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, ali declarou entre outros aspectos que:

“A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”. [...] É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”. [...] Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante medidas sanitárias e sociais” que atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e econômica produtiva. [...] Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa mesma seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social(DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, *online*).

#### **E que os cuidados primários em saúde**

Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação conforme as necessidades”. [...] “Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e os métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidado de saúde materno- infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais”. [...] Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ações para lançar/ sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis(DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978, *online*).



Nos estudos sobre a etiologia das doenças diarreicas está demonstrado que a prevalência dos patógenos varia com diversos fatores como a localização geográfica, as estações do ano, estado socioeconômico e a idade da população (DIAS et al. 2010).

O estudo das diarreias e seu impacto nas estatísticas da saúde contribuem para retratar o perfil epidemiológico de uma população e o peso de suas demandas efetivas ou potências sobre a rede de serviços, bem como apontam para os determinantes socioeconômicos e ambientais que contribuem para a redução da qualidade de vida. Nos países desenvolvidos como, Canadá, Estados Unidos da América, a prevalência das doenças diarreicas agudas é bem menor que nos denominados países subdesenvolvidos, na maioria dos países da América Latina, a exemplo do Brasil, acredita-se que os perfis socioeconômicos e ambientais estejam diretamente ligados à ocorrência desta patologia (SILVA, 2011).

Noventa e quatro por cento das causas de doenças diarreicas em todo o mundo são atribuídos ao meio ambiente, ou seja, insuficiente abastecimento e contaminação de água, esgoto não tratado, higiene precária, ligados ao comportamento urbano, resultando em 1.5 milhões de mortes anualmente, maioritariamente em crianças (SILVA,2011).

Estudos descritivos realizados com 385 mães de crianças menores de cinco anos residentes no interior do Ceará no período do agosto a outubro de 2015, objetivou-se caracterizar as condições sociais, incidências de diarreias e as condutas maternas na prevenção e manejos dessa patologia, verificou-se que 79.7 % dos casos possuíam fossa séptica; 71.1% utilizava o serviço público como abastecimento de água; 96.6 % das mães lavaram as mãos com água e sabão; 57.7% das crianças investigadas tiveram diarreias; e 91.2% das mães que referiram oferecer soro caseiro ao filho realizaram o preparo inadequadamente. Considerou-se que habilidades maternas são essenciais para o bem-estar das crianças, sendo importante que elas sejam instruídas e encorajadas quanto à prevenção e tratamento da diarreia (OLIVEIRA, 2017, *online*).

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos. Contém informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança.

Apresenta orientações sobre amamentação, e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves (como o caso das diarreias), entre outros (BRASIL, 2017b).

A vacinação no Brasil tem seus sucessos e desafios desde o registro da primeira campanha de vacinação para erradicação da varíola no início do século passado. A constituição do primeiro calendário vacinal para crianças menores de um ano tem data em 1997, o que representa uma ação importantíssima no controle das doenças transmissível que podem ser prevenidas por imunizações, além de contribuir de forma significativa na redução da taxa de mortalidade infantil. A vacinação por Rotavírus contribui para a diminuição da morbimortalidade por doenças diarreicas (BISPO et al. 2017).

Toda criança segundo esquema vacinal, deve ser imunizada com a Vacina Oral Rotavírus Humana G1P1 (atenuada) (VORH), uma primeira dose aos dois meses de idade e uma segunda dose aos quatro meses de idade. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Se a criança regurgita, cuspe ou vomita após a vacinação, a dose não deve ser repetida (BRASIL, 2017).

Tem-se observado que desde a constituição do primeiro calendário de vacinação a ênfase nas campanhas de vacinação é sobretudo para o público infantil, considerado de maior vulnerabilidade para estas doenças e que na infância a produção de anticorpos, estimulados pela ação de vacinação, tem maior eficácia (BISPO et al. 2017).

Estudo tipo caso-controle prospectivo foi realizado com a finalidade de examinar a associação de fatores de risco para diarreia persistente em crianças hospitalizadas por doença diarreica. Foram considerados controles os pacientes internados por diarreia aguda e casos aqueles que preencheram a definição de diarreia persistente preconizada pela Organização Mundial da Saúde. O estudo desenvolveu-se num período de quatro anos sendo incluídos pacientes cuja faixa etária variou de 1 a 24 meses. Entre os fatores de risco estudados, verificou-se que escolaridade materna (OR = 10,62), antecedente de diarreia nos três meses prévios à internação (OR = 3,62), menor tempo de aleitamento materno exclusivo (OR = 2,30) e baixo peso de nascimento (OR = 6,36) estiveram associados à doença de longa duração. Associação com desnutrição, medida por meio de escores Z dos indicadores: peso/idade (OR = 20,02), peso/comprimento (OR = 21,13) e comprimento/idade (OR = 6,64), foi fortemente positiva. Os

resultados sugerem que a duração do episódio diarreico está estreitamente associada com a presença de desnutrição e condições a ela relacionadas (PINTO et al. 1998, *online*).

A prevenção é a melhor forma de evitar a infecção por parasitos. Para isso, exigem-se medidas simples, porém, de execução rotineira. No contexto familiar, a prática de medidas preventivas refere-se aos cuidados com a higiene ao manipular, armazenar e preparar os alimentos; cuidados com a água a ser consumida, a qual deve ser filtrada ou fervida; e cuidado com o ambiente, mantendo a casa e terreno ao redor limpos, para evitar a presença de possíveis hospedeiros. É necessário que a população tenha conhecimento, mediante um processo educativo, desse tipo de agravo à saúde, preferencialmente adquirido tão logo seja possível ao indivíduo mudar seus comportamentos (NASCIMENTO, 2015).

Existem fatores de risco para a aparição de doenças diarreicas agudas como:

- A baixa idade da criança é um fator de risco para a evolução desfavorável das diarreias tendo mais risco crianças de até cinco anos de idade, sendo a mortalidade por este agravo mais comum em menores de dois anos.
- O ambiente tem um papel importante na determinação das condições de vida relacionadas com saneamento básico e higiene, abastecimento hídrico.
- Outros fatores que têm sido associados são: educação materna, aleitamento materno, renda familiar, a qual influi diretamente nas condições de saúde, pois condições econômicas favoráveis permitem a acessibilidade a saneamento básico, a educação e aos serviços de saúde de qualidade.
- Condições adequadas de vida e moradia: no caso das diarreias nas crianças, está demonstrado que os cuidados prestados aos filhos dependem do nível escolar materno, especialmente para a compreensão das orientações repassadas pelos profissionais de saúde (COSTA, 2011).

#### **5.4 Abordagem da diarreia com a família: fatores educacionais (educação para a saúde), alimentares e reidratação**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização de atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é todo pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por

fornecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolubilidade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017a).

O estabelecimento de uma equipe multiprofissional junto com a atuação dos agentes comunitários, tendo conhecimento sobre as atribuições das equipes de saúde da família, deve ser responsável por no máximo de 4000 pessoas, sendo a média de 3000 pessoas. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território: quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2017a).

A Educação em Saúde é uma estratégia eficaz no processo educativo de construção de conhecimentos da população, o que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e estabelecer relações sociais pelos profissionais de saúde, entre si, com as instituições e, sobretudo, com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades (NASCIMENTO, 2015).

A população deve participar de forma ativa na elaboração e execução dos programas de controle das diarreias agudas, gerando mudanças comportamentais, a partir de mobilização comunitária e educacionais de saúde. Assim, reduzindo a prevalência das doenças e melhorando a qualidade de vida (PRADO, 2016).

A prática educativa torna-se elemento essencial na disseminação das novas práticas, tendo em vista que proporciona a promoção à saúde através do processo de ensino- aprendizagem, facilitando o entendimento acerca da contaminação e do papel de cada indivíduo frente à prevenção (BARBOSA, 2016, p.19).

No caso de diarreias devem-se enfatizar as orientações relacionadas da Caderneta de Saúde da Criança em: “Evitando a diarreia e a desidratação”.

A diarreia pode ser prevenida com alguns cuidados como (BRASIL, 2017, p. 30):

Amamentar exclusivamente (só peito) até os 6 meses, e até 2 anos ou mais, com outros alimentos.

Lavar bem as mãos antes de preparar os alimentos, depois de usar o banheiro, antes e depois de lidar com o bebê, principalmente depois de trocar as fraldas.

Preparar os alimentos até duas horas antes de oferecê-los à criança ou colocá-los no refrigerador por, no máximo, 24 horas.

Evitar alimentar o bebê com mamadeira; se isto não for possível, a mamadeira e o bico devem ser lavados com bastante água e sabão, utilizando uma escova apropriada, e depois fervidos durante 15 minutos após levantar fervura, em um recipiente com água que cubra as mamadeiras e os bicos.

Não oferecer à criança restos de alimentos comidos em refeições

### **5.5 Abordagem da diarreia com a equipe de saúde da família: educação contínua: fatores educacionais, alimentares e reidratação**

Na prática educativa em saúde são utilizados modelos que objetivam construir um sujeito capaz de aprender e explicar conhecimentos aprendidos. Os preceitos do Sistema Único de Saúde construído no país, as metodologias que consolidam relações de aprendizagem verticais e autoritárias não são interessantes para a criação de um espaço pedagógico produtivo, o aprendiz é o eixo central do processo de aprendizagem, o aluno participa ativamente, ele deve ser estimulado a buscar o conhecimento, e assim mudar o comportamento (MENDES, 2015).

A prática educativa em saúde se refere tanto às atividades de educação em saúde voltada para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando a formação do ser sadio, como atividades dirigidas aos trabalhadores da área de saúde e educação a través da formação profissional contínua. As ações de saúde não estão relacionadas somente à utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prevenção de cuidados e da avaliação da terapêutica instituída. Saúde não são apenas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais (BRAVO, 2016, p.27).

No município Delmiro Gouveia, nordeste brasileiro do Estado de Alagoas, foi desenvolvido o trabalho pela médica da eSF da Unidade de Saúde Palmeirão (SANTOS, 2016).

Tratando-se de uma área carente e de baixa renda familiar, através de método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), foram identificados três nós críticos a serem trabalhados em prol da superação do problema da diarreia: a necessidade da melhoria da qualidade da água disponível à população, a falta de conscientização da população quanto aos cuidados com a água consumida e a falta de acesso ao hipoclorito de sódio para o tratamento da água. Foi elaborado um Plano de intervenção prevendo a produção de cartazes a serem afixados em locais estratégicos dos bairros assistidos e o uso de carro de som para educação e conscientização da população, além da promoção de palestras na Unidade Básica de Saúde e distribuição do hipoclorito de sódio. Este planejamento possibilitou a identificação dos recursos necessários, dos autores envolvidos, estratégias de motivação destes atores, responsabilidades e programação das ações, resultando em um trabalho em equipe que prevê monitoramento voltado ao controle dos casos de diarreias(SANTOS, 2016).

Um dos serviços de saúde do nível de atenção primário é a vacinação, uma ação integrada e rotineira de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde infantil. Uma prova incontestável do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas é o declínio acelerado das morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, no Brasil e em escala mundial. Essa avaliação foi feita pela análise de informações obtidas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização, o estudo de cobertura vacinal em menores de um ano usando-se a análise da qualidade, progressividade e efetividade, em conjunto com o Coeficiente de Mortalidade por Causas Evitáveis. Subsidiou a avaliação das ações desenvolvidas pela ESF, como estratégia prioritária de reorganização da atenção primária. No estudo, no período de implantação houve aumento de todas as médias de cobertura vacinal e redução da mortalidade infantil por causas evitáveis (12.7 óbitos/anos), mesmo não havendo diminuição da pobreza absoluta no município ou aumento da cobertura das redes públicas de saúde nem de esgotamento sanitário (GUIMARAES; ALVES; TAVARES, 2009).

Porém, o papel das ações educativas como ferramenta essencial do processo de intervenção no controle de helmintoses intestinais, ainda requer investimentos

provenientes dos líderes governamentais, capacitação dos profissionais de saúde e programas com real capacidade de serem executados (PRADO,2016).

### **5.6. As complicações e consequências das diarreias**

Segundo a Organização das Nações Unidas para a educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a falta de saneamento básico provoca que reservas de água destinadas ao consumo humano se contaminem com micro-organismos patógenos, o que constitui um problema potencial de saúde pública. O continente sul-americano abriga diversos países em desenvolvimento com estes grandes problemas, dos quais um dos maiores, e crônicos, é a dificuldade de acesso à água potável e ao saneamento de qualidade. Em 2015, 2.4 bilhões de pessoas não tinham acesso a sistemas de saneamento adequados. Doenças de veiculação hídrica são responsáveis por aproximadamente 5 milhões de mortes anuais, metade das quais ocorre como resultado de complicações derivadas de infecções intestinais causadas por enterobactérias (KHAL, 2016).

As diarreias são um dos principais problemas de saúde que afetam a qualidade de vida das crianças, são uma carga importante de morbimortalidade com a consequente demanda para a rede de serviços da saúde (SILVA, 2011).

“Anualmente, ocorrem aproximadamente 1,7 bilhões de casos de diarreia, o que resulta em cerca de 1,8 milhões de óbitos e contribui com 3,6% do DALY (*Disability-adjusted life year*) global. [...]Elas são a principal causa de desnutrição e a segunda maior causa de mortalidade em crianças, causando 760 000 óbitos/ano”(KHAL, 2016, p.17).

Causa impactos globais de forma direta, como o comportamento da saúde dos indivíduos, em consequência da desidratação e da desnutrição crônica que levam ao óbito, e de forma indireta, considerando-se o abalo à economia, a pelos custos das internações, redução da renda familiar, perda de horas de trabalho (DIAS et al. 2010).

“A médio e longo prazos, a repetição dos episódios de diarreias podem levar à desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento ponderal e, até mesmo, da evolução intelectual” (SILVA, 2011, p. 20).

De forma sistêmica é possível identificar a anemia, a síndrome de má absorção intestinal e suas consequências, como a desnutrição, a Síndrome de *Loeffler* e os distúrbios respiratórios por causas parasitárias (larvas de *áscaris*, *ancilóstomos*, *strongiloides*, ou *esquistossomose* em ciclo pulmonar). “As parasitose intestinal podem se associar a insônia, bruxismo, irritabilidade e lesões dermatológicas, que geralmente desaparecem após o tratamento”(PRADO, 2016, p. 15).



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta incidência das doenças diarreicas agudas”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Em nosso município as internações por diarreias são de 4.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 1 de 102 e 3 de 102, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1 de 5570 e 731 de 5570, respectivamente (IBGE, 2018).

Em muitos países e outras unidades políticas da América, as principais causas de morte são as que estão relacionadas com os fatores ambientais. Em sete países, a causa de morte principal é o grupo denominado “gastrite, enterite” que compreende as enfermidades diarreicas de agente etiológico desconhecido ou não declarado. As enfermidades diarreicas são frequente causa de morte entre criança de tenra idade. Nos países de Meso-América, as taxas são muito elevadas, o mesmo ocorrendo em vários países de América do sul.

Os países de clima subtropical, tropical e húmidos, onde as populações tem acesso limitado a água potável, saneamento básico efetivo, educação e cuidados de saúde, apresentam as condições favoráveis para o desenvolvimento de doenças transmissível, entre elas as diarreias, cuja prevalência é elevada. As consequências destas doenças diarreicas podem provocar diversas alterações patológicas tais como anemia, desnutrição e outras patologias orgânicas.

Na região nordeste no Brasil é onde se registra a maior parte da morbidade e mortalidade por diarreia.

A eSF participou da análise dos problemas levantados e considerou que estes estão dentro do espaço de governabilidade da equipe de saúde, visto que podem desenvolver-se ações, temos os recursos necessários para executar um projeto de

Intervenção, com o objetivo de atingir mudanças num tempo determinado, atuando sobre dos não críticos que causam o problema de saúde prioritário.

## **6.2 Explicação do problema selecionado**

A alta incidência das doenças diarreicas agudas tem sua explicação: O município, apresenta 11.7 % de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 60.7 % de domicílios urbanos com vias públicas com arborização e 2 % de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada, quando comparado com os municípios do estado fica na posição 54 de 102.

Em nossa eSF IV, o indicador é mais baixo, só um 14.7% da população tem redes de esgoto de sistema público, 76.2% e através de fossas e um 8.9 % a céu aberto.

O abastecimento da água é outra causa do problema selecionado, só o 29.8% da população tem acesso a água por redes de sistema público, o 70.1 % da população a água de consumo providente de outras fontes da água não potável não tratada as vezes diretamente dorio.

O destino do lixo é outra causa que nos leva ao problema. É coletado 29.8% do lixo da população, e 70.1% é queimado. O que é agravado com o baixo nível educacional, o nível de informação baixo das doenças diarreicas agudas, e inadequados hábitos e estilos de vida. Porisso se faz necessária a elaboração de um plano de intervenção para diminuir a elevada incidência de doenças diarreicas agudas, aumentando o nível de informação sobre o problema prioritário, lograr modificações do hábitos e estilos de vida e aumentar as disponibilidades do produto para melhorar a qualidade da água de consumo.

## **6.3 Seleção dos nós críticos**

As causas que geram a alta incidência das doenças diarreicas agudas foram:

- Nível de informação baixo.
- Inadequados hábitos e estilos de vida.
- Limitações da água potável e tratada.

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

Os quadros 2, 3 e 4, apresentados a seguir, as operações sobre cada um dos nós críticos relacionados ao problema “Alta incidência das doenças diarreicas agudas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Olho d’Água do Casado, estado de Alagoas.

Cada conjunto de operações é identificado por um projeto, com detalhamento dos resultados e produtos esperados, os recursos necessários e os críticos, o seu controle, as ações estratégicas e os elementos de acompanhamento e avaliação: responsáveis, prazos e processos.

**Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência das doenças diarreicas agudas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Olho d’Água do Casado, estado de Alagoas.**

Nó crítico 1	Nível de informação baixo
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre a alta incidência de doenças diarreicas agudas
Projeto	<b>Saber mais</b>
Resultados esperados	População mais informada sobre a alta incidência de doenças diarreicas agudas
Produtos esperados	Campanha Educativa na rádio local Programa na escola Capacitação dos ACS e os cuidadores
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: Elaboração de folhetos educativos, recursos audiovisuais. Financeiro: Aquisição de material de consumo e para impressoras Político: Articulação Inter setorial: equipe de saúde, NASF, gerência da UBS e do município, direção da escola
Recursos críticos	Estrutural: Coordenar um espaço na escola para programa na escola e espaço na UBS para capacitação dos ACS e os cuidadores. Cognitivo: A rádio local Político: Coordenar um espaço na rádio local, Articulação Inter setorial, aprovação dos projetos. Financeiro: Obter o financiamento para recursos audiovisuais e folhetos educativos
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Educação / Secretaria Municipal de saúde
Ações estratégicas	Adesão da equipe / Adesão da área saúde/ Adesão Escola / Adesão da Radio
Prazo	Dois meses para adesões. Avaliação de dois em dois meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medico Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Começar o projeto em 2 meses, avaliação e monitore-o em cada mês, novo prazo em 3 meses

**Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 2” Relacionado o problema “Alta incidência de doenças diarreicas agudas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV do município Olho d’ Água do Casado. Estado de Alagoas.**

<b>No crítico 2</b>	<b>Inadequados hábitos e estilos de vida</b>
Operação	Modificação dos hábitos e estilos de vida
<b>Projeto</b>	<b>Mais Saúde</b>
Resultados esperados	População com adequados hábitos e estilos de vida
Produtos esperados	Campanha Educativa na rádio local Programa na escola Capacitação dos ACS e os cuidadores
Recursos necessários	Estruturais: Profissionais para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: Elaboração de folhetos educativos, recursos audiovisuais Financeiros: Aquisição de material de consumo e para impressoras Políticos: Articulação Inter setorial: equipe de saúde, NASF, gerência da UBS e do município, direção da escola
Recursos críticos	Estruturais: Coordenar um espaço na escola para programa na escola e espaço na UBS para capacitação dos ACS e os cuidadores Cognitivos: A rádio local Políticos: Coordenar o espaço na rádio local, Articulação Inter setorial, aprovação dos projetos Financeiros: Obter o financiamento para recursos audiovisuais e folhetos educativos
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Educação/ Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Adesão da equipe / Adesão da área saúde / Adesão Escola / Adesão da Radio
Prazo	Dois meses `para adesões. Avaliação de dois em dois meses
Responsável por acompanhamento das Operações	Medico Enfermeira Técnica em enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Começar o projeto em 2 meses, avaliação e monitore-o cada mês, novo prazo em 3 meses.

**Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 3” Relacionado o problema “Alta incidência de doenças diarreicas agudas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV do município Olho d’Água do Casado. Estado de Alagoas.**

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Limitações de água potável e tratada</b>
Operação	Diminuir as limitações para o consumo de água potável
<b>Projeto</b>	<b>Viver melhor</b>
Resultados esperados	Disponibilidade de produtos para melhorar a qualidade da água.
Produtos esperados	Campanha educativa na rádio local Programa na escola Capacitação dos ACS e os cuidadores
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para acompanhar o grupo operativo Cognitivo: Elaboração de folhetos educativos, recursos audiovisuais Financeiro: Aquisição de material de consumo e para impressoras Político: Articulação Inter setorial: equipe de saúde, NASF, gerência da UBS e do município, direção da escola
Recursos críticos	Estrutural: Coordenar um espaço na escola para programa na escola e espaço na UBS para capacitação dos ACS e os cuidadores Cognitivo: A rádio local Político: Coordenar um espaço na rádio local, Articulação Inter setorial, aprovação dos projetos Financeiro: Obter o financiamento para recursos auditivo, visuais, folhetos educativos e aquisição de material para tratamento da água
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Educação / Secretaria Municipal de Saúde
Ações estratégicas	Adesão da equipe / Adesão da área saúde / Adesão Escola
Prazo	Dois meses para adesões. Avaliação de dois em dois meses
Responsável pelo Acompanhamento das Operações	Medico Enfermeira Técnica de Enfermagem
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Começar o projeto em 2 meses, avaliação e monitoramento cada mês, novo prazo em 3 meses.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desse trabalho, depois do levantamento dos problemas da população e levado passo a passo cada ação a tomar para a realização de um projeto de intervenção, com o objetivo de aumentar qualidade de vida da população com a intervenção de seu problema prioritário, a equipe de trabalho precisou do trabalho em conjunto, tendo como objetivo a resolubilidade dos problemas da população com a participação Intersetorial e comunitária. Na confecção deste trabalho foi necessário a realização do Diagnóstico Situacional, em que o eSF participou do análise dos problemas levantados e considerou a importância de cada um e a urgência em sua resolução, e a capacidade de enfrentamento, como ações de promoção, tratamento e prevenção através de palestras educativas, incluindo a população. O baseamento científico na literatura demonstrou que apesar da considerada redução das taxas de mortalidade infantil e pré-escolar das doenças diarreicas, no âmbito mundial persistem como um marcado problema de saúde da população mundial nos últimos 25 anos. No Brasil e em nosso município as internações por diarreias são altas ainda. Como causa encontrou-se as precárias condições de vida (ambientais), o baixo desenvolvimento social, econômico e a baixa educação sanitária. Demonstrou-se com o estudo da literatura que a prevenção é a melhor forma de evitar a doença diarreica aguda.

A implantação de um plano de ação demonstrou ser eficaz no controle do agravo nesta comunidade, diante um processo educativo contínuo o qual possibilite o indivíduo a mudar seus comportamentos.

## REFERÊNCIAS

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS, set, 1978. Disponível em: <<http://Downloads/Declaracao-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 18 mar.2018.

BARBOSA, A. D.A. L. **Plano de Intervenção para redução da prevalência de parasitoses intestinal nas escolas da ESF do povoado de Cana Brava**, zona rural no município de São Sebastiao-AL. Disponível em Plano-Intervenção-redução-prevenção-parasitoses-intestinal.pdf (161.7Kb). <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8923>>. Acesso em: 18 mar.2018.

BISPO. W.F. et al. Relato de experiência: atualização do cartão vacinal de educadores infantis. Departamento de Enfermeira. Disponível em: **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 6):2628-37, jun., 2017Disponível em: [http://Rev.enferm.UFPE On line. Recife,11\(Supl.6\):2628-37, jun.,2017. Downloads/23432-45609-1PB \(1\).pdf](http://Rev.enferm.UFPE On line. Recife,11(Supl.6):2628-37, jun.,2017. Downloads/23432-45609-1PB (1).pdf)>.Acesso em: 18 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. (DeCS). Brasília, [online], 2018. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/homepage.htm>>. Acesso em: 20 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica33. **Saúde da Criança**:crescimento e desenvolvimento. Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentode Atenção Básica. Ministério de Saúde, 2017.Disponível em <[http://189.28.100publicações/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.100publicações/cadernos_ab/caderno_33.pdf). / <https://www.passeidireto.com/arquivo/22636171/atencao-basica---saude-da-crianca--crescimento-e-desenvolvimento/44>>.Acesso em 18 mar.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.436**, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Disponível em: <[https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria no 2436 de 21 de setembro de 2017/295](https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria%20no%202436%20de%2021%20de%20setembro%20de%202017/295)>. Acesso em: 20 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape-esf.php>. >. Acesso em 20 nov.2017.



BRASIL. Ministério de Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, 2017b. Disponível em: <[http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino\\_11ed.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/caderneta_saude_crianca_menino_11ed.pdf)>. Acesso em 25 mar.2018.

BRAVO, D.A.F. **Proposta de intervenção educativa para reduzir a incidência da verminose em crianças na equipe Santa Cruz do município Chapada do Norte**. Trabalho de conclusão de curso. Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/>>. Acesso em: 25 mar.2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 30 nov.2017.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S.L. **Iniciação à metodologia**: Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 20 nov.2017.

COSTA, I. F. **Perfil epidemiológico da doença diarreica aguda no estado de Rondônia, no período de 2007 a 2009 baseado no Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)**. 2011. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=620495&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 nov.2017.

DIAS, D. M. et al. Morbimortalidade por gastroenterites no estado do Pará. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 1, n. 1, p. 53-60, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n1/v1n1a08.pdf> >. . Acesso em: 20 nov.2017.

GUIMARAES T.M.R.; ALVES J.G.B.; TAVARES M. M. F. **Impacto das ações de imunizações pelo Programa da Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda**, Pernambuco, Brasil. Arq. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):868-876, abr,2009. Disponível em: <[Untiled.www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf)>. Acesso em: 18 mar.2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades**.Alagoas. Olho-d'água-do-casado.) Disponível em: <[http:// cidades.ibge.gov.br/brasil/al/olho-dagua-do-casado/panorama](http://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/olho-dagua-do-casado/panorama)>. Acesso em: 11 fev.2018.

KHAL, A. E. **Isolamento e caracterização genômica de bacteriófagos quanto a seu potencial de uso terapêutico em infecções causadas por enterobactérias.**

2016.Disertacao (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisas Rene Rachou Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <[www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D\\_174.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_174.pdf)>. Acesso em: 20 nov.2017.

MARTINS, R, S.; EDUARDO, M.B.P.; NASCIMENTO, A.; F.; Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade no estado de São Paulo, 2000-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** vol. 25 n.3, Brasília Sep. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300541&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300541&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em:12 fev. 2018.

MENDES, S.L. **Educação permanente dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Antônio Pimenta I de município de Montes Claros:**

Projeto de intervenção. Trabalho de Conclusão de Curso.UFMG. 2015.Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9521>>. Acesso em: 25 mar.2018.

NASCIMENTO,L. M. S. **Plano de intervenção para reduzir a presença de parasitoses intestinal em crianças da comunidade de Alecrim,** em Girau do Porciano-AL,

2015.Dissertação (Mestrado) -Girau do Porciano. Alagoas, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5629>. Acesso em: 25 mar. 2018.

OLIVEIRA.B.S.B. Condições sociais e condutas maternas na prevenção e manejo da diarreia infantil.**Cogitare enfermagem**; 22(4): 1-9, Out-Dez-2017. Disponível:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50294/pdf>>. Acesso em: 18 mar.2018

PINTO, E.A. L.C. et al. Fatores de risco para diarreia persistente em crianças hospitalizadas.

**Arq. gastroenterol**: 35(2):126-31, abr.-jun.1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=217982&indexSearch=ID>>. Acesso em 11 mar.2018

PRADO.N.G.P. **A água e o melhor remédio**- Proposta de intervenção para redução dos casos de parasitose intestinal na cidade de senhora dos Remédios - Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso. Minas Gerais, 2016. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9618>. Acesso: 25 mar.2018.

SABRÁA. ECEP, ECET, ECEA, ECEH, ECEI, ECAD:A E. coli revisitada no contexto da diarreia aguda **J. Pediatr** (Rio. J) v.78n1 Porto Alegre jan. /fev.2002. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000100003>. Acesso em: 18 mar.2018.

SANTOS, M.D.F.M. **A prevenção da diarreia na Atenção Básica de Saúde**. Trabalho de conclusão de curso de especialização. Brasil.UFMG.20016. Disponível em:

<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8724>. Acesso em 18mar.2018.

SILVA, D.R.R.**Inter-relação entre indicadores socioeconômicos, ambientais, epidemiológicos e as doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos**, no estado de Pará, 2011. Dissertação (Mestrado) - Rio de Janeiro,2011. Disponível em:<http://Portal regional de la BVS BR526.1,S586i;T618.92>Acesso em: 12 fev.2018