

**INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS
EM DIVERSOS SEGUIMENTOS DE IDADE NA COMUNIDADE ATENDIDA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JÚLIO DIAS DO MUNICÍPIO DE
DOM INOCÊNCIO-PI**

*INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF DIARRHIC DISEASES IN
VARIOUS AGE SEGMENTS IN THE COMMUNITY SERVED BY THE FAMILY
HEALTH TEAM JÚLIO DIAS IN THE CITY OF DOM INOCÊNCIO-PI*

José Erisson Pinheiro Bezerra¹

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes²

¹*Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médica em uma Unidade Básica de Saúde Júlio Dias no município de Dom Inocêncio do Piauí. E-mail: Joseerissonpinheirobezerra@gmail.com*

²*Orientadora: Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo. Departamento Materno-Infantil, UFPI.*

*Endereço para contato: Rua Desembargador Pires de Castro, 260-centro
Contato: (86) 3221-6319. E-mail: ione.gin@hotmail.com*

RESUMO

A diarreia constitui um importante problema de saúde pública, devido os seus grandes índices de morbidade e mortalidade em lactentes e pré-escolares. Desta forma, objetiva-se desenvolver um projeto de intervenção para a prevenção das doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade na comunidade atendida pela equipe de saúde da família da UBS Júlio Dias do município de Dom Inocêncio-PI. Trata-se de um projeto de intervenção em que inicialmente o médico realizará uma reunião com toda equipe multiprofissional para explicar os objetivos e metas da intervenção e agendar uma capacitação com essa equipe. Essa capacitação será realizada pelo médico, na própria UBS, em dois encontros e com duração máxima de 4 horas cada encontro. Será utilizado como material informativo o Manual do Ministério da Saúde de Puericultura. No último encontro para a capacitação, será apresentada à equipe o cronograma das ações educativas, bem como serão entregues convites aos ACS para que estes distribuam para os pais de crianças de até 5 anos de idade em sua área de cobertura. É importante esclarecer que esses convites serão confeccionados pelo médico da equipe. Espera-se que após a realização desse projeto, a população seja esclarecida das formas de prevenção e do tratamento recomendado, para que esses casos não se agravem causando sérias consequências à saúde dessa comunidade além do preparo do profissional da saúde para o manejo dos casos das doenças diarreicas nos diversos seguimentos de idade.

Palavra-Chave: Doenças Diarreicas. Atenção Básica. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Diarrhea is an important public health problem, due to its high rates of morbidity and mortality in infants and preschoolers. Thus, the objective is to develop an intervention project for the prevention of diarrheal diseases in different age groups in the community served by the family health team at UBS Júlio Dias in the municipality of Dom Inocêncio-PI. It is an intervention project in which the doctor will initially hold a meeting with the entire multidisciplinary team to explain the objectives and goals of the intervention and schedule a training session with this team. This training will be performed by the doctor, in the BHU itself, in two meetings and with a maximum duration of 4 hours each meeting. The Ministry of Health of Childcare Manual will be used as information material. At the last training meeting, the schedule of educational activities will be presented to the team, as well as invitations will be given to the ACS to distribute to parents of children up to 5 years of age in their coverage area. It is important to clarify that these invitations will be made by the team doctor. It is expected that after the completion of this project, the population will be informed about the forms of prevention and recommended treatment, so that these cases do not worsen causing serious consequences to the health of this community in addition to the preparation of the health professional for the management of cases of diarrheal diseases in different age groups.

Keyword: Diarrheal Diseases. Basic Attention. Health promotion.

INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E DA UNIDADE DE SAÚDE

O município em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) será alvo da intervenção será Dom Inocêncio-PI. É um dos Municípios com maior extensão do estado do Piauí, ocupando uma área de 1,6% do estado. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada é cerca de 9.376 habitantes, foi desmembrando de São Raimundo Nonato em 7 de julho de 1988, a base da economia é voltada para atenção primária e terciária, compreendendo as atividades relacionadas a agricultura, pecuária e criação de caprinos. É ainda uma região muito dependente dos repasses estaduais e Federais, mas recentemente foram instaladas algumas empresas, que estão implantando um parque de energia eólica na região, acrescentando um meio de emprego para a população.

Dom Inocêncio-PI é um dos poucos municípios da região da serra da capivara com estrutura urbana planejada, no entanto não conta com serviço de tratamento de esgoto e água, vindo ser um dos grandes fatores para o controle de doenças como as DDA além de outras. Conta com serviço de coleta de lixo urbano, porém sem uma seleção de tipos de resíduos e todos são descartado de forma comum em um aterro

sanitário. Recentemente foi concluído o asfaltamento da PI-144, que é o principal meio de ligação do município com outras regiões. As principais atividades econômicas da população dessa cidade é comércio e a lavoura

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 13.33 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2.7 para cada 1.000 habitantes. Em relação a cobertura vacinal, 100% da população menor de 5 anos está com o calendário vacinal em dia. Destaca-se algumas doenças reemergentes neste município, tais como: a cólera, dengue, leishmaniose visceral e mais recentemente o sarampo voltou a reincidir na população. Tem-se ainda outras doenças, que de certa forma são negligenciadas pelas autoridades de saúde e até mesmo nas faculdades são esquecidas não se dando a devida atenção, como é o caso da hanseníase, malária, e outras doenças infectocontagiosas (SIAB, 2019).

Em Dom Inocêncio, o padrão epidemiológico municipal apresenta a maior incidência e prevalência de doenças crônicas e coexistindo com elas as emergentes, as reemergentes e também as negligenciadas. Pode ser ainda destacando situações como causas externas, acidente de trânsito além de outras. Cabe ainda ressaltar o papel das DDA, que infelizmente ainda é uma causa bem prevalente de adoecimento dessa população. As doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes no município são a Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

A rede de saúde deste município é constituída por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-II), quatro Centro de Atenção de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência em Saúde (CREAS), um Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), um hospital de pequeno porte, seis equipes de saúde da família e seis UBS e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com ambulância de suporte básico.

A equipe de saúde da família da UBS Júlio Dias é constituída por: um médico; uma enfermeira; uma dentista; duas técnicas de enfermagem; uma auxiliar de serviços gerais; uma auxiliar de saúde bucal; um motorista e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sua estrutura física possui três consultórios (um médico, um de enfermagem e um de odontologia), uma sala de procedimentos, almoxarifado, uma sala de vacina, uma recepção, uma sala de reuniões, uma farmácia, três banheiros e uma cozinha.

A equipe da UBS em que será realizada a intervenção é responsável por 1.100 famílias e 3.474 pacientes, fica localizada em zona urbana do município de Dom

Inocência-MA, em que grande parte da população assistida, possui condições socioeconômicas baixa e com baixa escolaridade.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Um dos problemas que mais despertou atenção para o desenvolvimento de uma intervenção foi a quantidade elevada de pacientes, em todas as faixas etárias, com doenças diarreicas. Ressalta-se ainda que esta doença é um importante motivo de procura das unidades de saúde para assistência médica, principalmente por crianças menores de cinco, sendo às possíveis consequências observadas: inapetência, baixo peso, os quais refletem diretamente no crescimento e desenvolvimento destas crianças. Em adultos a situação não é diferente, pois essa doença poderia ser evitável por cuidados simples de higiene. Além disso, não existem ações de promoção da saúde nesse seguimento.

Desta forma, é intenção deste estudo elaborar um projeto de intervenção para a prevenção das doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade na comunidade atendida pela equipe de saúde da família da UBS Júlio Dias do município de Dom Inocência-PI.

A diarreia constitui um importante problema de saúde pública, devido os seus grandes índices de morbidade e mortalidade em lactentes e pré-escolares, sendo ainda mais acentuada em países em desenvolvimento, devido a fatores socioeconômicos, como superpopulação, condições sanitárias precárias, contaminação da água e higiene inadequada dos alimentos, além de baixo nível de educação materna e baixo peso ao nascer (MACEDO *et al.*, 2019).

As crianças constituem um dos grupos mais vulneráveis da população, uma vez que estão expostas a altos riscos de saúde durante o seu crescimento. A nutrição adequada é um dos fatores de maior impacto na saúde infantil, ressaltando que o déficit nutricional é responsável, direta ou indiretamente, por mais de 60% das 10 milhões de mortes que acometem crianças menores de cinco anos de idade, causadas, em sua maior parte, por doenças infecciosas, como a diarreia (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A diarreia pode ser classificada em aguda ou persistente. Ela apresenta-se aguda quando se manifesta subitamente e é de curta duração. Já a diarreia persistente acontece quando se prolonga por mais de 14 dias. É importante considerar também que se o doente apresenta sinais de desidratação é necessário identificar rapidamente

o seu grau de gravidade e quando aparece sangue junto com as fezes diarreicas, o doente tem disenteria (BRASIL, 2017).

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) constituem grave problema de saúde pública global, com 1,7 bilhão de casos na infância por ano. Foi a segunda principal causa de mortalidade em menores de 5 anos no mundo em 2015, contribuindo com 9% das mortes nessa faixa etária. As crianças desnutridas estão mais propensas a adoecer por DDA (BRASIL, 2018).

Trata-se então de uma causa de óbito que, embora facilmente evitável, ainda é relativamente de grande magnitude em nosso meio. No Brasil, apesar dos importantes avanços alcançados na prevenção e controle das doenças infecciosas, as doenças diarreicas agudas, ainda permanecem como um dos principais problemas de saúde pública e um grande desafio às autoridades sanitárias (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

Além disso, as doenças diarreicas não fazem parte do grupo de doenças de notificação compulsória nacionais e sim em determinadas regiões como o norte e o nordeste. Sendo assim, no Brasil, os valores numéricos relacionados a esta enfermidade ainda são pouco conhecidos (BRASIL, 2018).

As políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil têm buscado responder às demandas dessa população mediante oferta de cuidado adequado e em tempo oportuno. Nesse contexto, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), lançada em 2015, que intenciona a promoção e proteção da saúde da criança, por meio de atenção e cuidados integrais desde a concepção até os nove anos de vida (BRASIL, 2015).

A PNAISC busca ainda o cumprimento das diretrizes de organização das ações e dos serviços na rede de saúde e está orientada por princípios, entre eles, prioridade absoluta à criança, acesso universal à saúde e integralidade do cuidado (PINTO *et al.*, 2018).

Para assistir a criança de modo a contribuir com resultados positivos nos indicadores de saúde, estudos apontam a importância da Atenção Primária à Saúde (APS). No que se refere ao modelo de assistência, desfechos favoráveis à saúde da criança foram apresentados em estudo indicando que coberturas da Estratégia Saúde da Família superiores a 50% exerceram efeito de proteção em relação à mortalidade pós-neonatal e coberturas de 50% ou mais foram fatores de proteção para internações por pneumonia (MACEDO *et al.*, 2019).

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para a prevenção das doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade na comunidade atendida pela equipe de saúde da família Júlio Dias do município de Dom Inocêncio-PI. Inicialmente o médico realizará uma reunião com toda equipe multiprofissional para explicar os objetivos e metas da intervenção e agendar uma capacitação com essa equipe. Essa capacitação será realizada pelo médico, na própria UBS, em dois encontros e com duração máxima de 4 horas cada encontro. Será utilizado como material informativo o Manual do Ministério da Saúde de Puericultura.

No último encontro para a capacitação, será apresentada à equipe o cronograma das ações educativas, bem como serão entregues convites aos ACS para que estes distribuam para os pais de crianças de até 5 anos de idade em sua área de cobertura. É importante esclarecer que esses convites serão confeccionados pelo médico da equipe.

Para melhorar a assistência estabelecida aos diversos seguimentos de idade com doenças diarreicas ficará estabelecido nessa capacitação que o médico e a enfermeira realizarão durante as consultas avaliação física e anamnese dos casos por meio dos relatos dos pacientes com a finalidade de identificar a causa dessa diarreia.

Além disso, serão solicitados exames laboratoriais. Será iniciado o tratamento conforme recomendações do Ministério da Saúde para os pacientes de diversos seguimentos de idade que serão orientados em relação as provas prevenidas da doença diarreicas, bem como sobre o tratamento prescrito. Os pacientes também serão estimulados a participar dos grupos educativos.

Serão realizados quatro grupos educativos, na própria UBS, antes das consultas de puericultura e com duração máxima de 40 minutos. O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por realizar essas palestras e pelas temáticas que serão abordadas no seguimento de doenças diarreicas. O material didático e os recursos audiovisuais serão de responsabilidade do profissional escalado para a ação educativa nesse dia.

PLANO OPERATIVO:

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Quantidade elevada de casos de doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade e ausência de ações educativas programadas nesse seguimento.	Capacitar a equipe multiprofissional em relação as doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade	Capacitar 100% da equipe a respeito das doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade / duas semanas	O médico realizará uma capacitação com a equipe. A enfermeira também ficará responsável por realizar o monitoramento e avaliação da intervenção.	1-Médico 2-Enfermeira
	Melhorar a assistência estabelecida aos pacientes com doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade	Avaliar e tratar corretamente 90% dos pacientes com doenças diarreicas/ 3 meses	Médico e a enfermeira realizarão durante as consultas avaliação física e anamnese dos casos por meio dos relatos dos pacientes com a finalidade de identificar a causa dessa diarreia e estabelecer um tratamento adequado.	1-Médico 2-Enfermeira
	Realizar ações educativas os pacientes a respeito das doenças diarreicas	Realizar ações educativas na UBS para 80% dos pacientes com doenças diarreicas em diversos seguimentos de idade / 3 meses	Serão realizados quatro grupos educativos, na própria UBS, antes das consultas de puericultura e com duração máxima de 40 minutos. Ficará sob responsabilidade dos ACS a entrega dos convites aos pacientes com data e horário das ações programadas.	1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS

DISCUSSÃO

DOENÇAS DIARREICAS: EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

As doenças diarreicas agudas (DDA) têm uma distribuição singular e em muitos aspectos surpreendentes, persistindo ainda como uma prioridade de políticas e programas de saúde, inclusive em países desenvolvidos (SINMEGN; ASRES; SHIMEKA, 2014). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) relatam que as diarreias ainda representam a segunda causa de morte em menores de cinco anos em escala mundial, produzindo cerca de 760.000 mortes por ano.

Em crianças menores que 5 anos as DDA são uma das causas mais importantes em mortalidade em países em desenvolvimento, como exemplo, África e o Sudeste asiático (OMS, 2018).

As diarreias são uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, principalmente em crianças com menos de 6 meses de idade e que não estão em aleitamento exclusivo (BRASIL, 2018).

O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP_DDA) do Ministério da Saúde, registrou entre 2007 e 2017, quase 14 milhões de casos da doença em crianças menores de cinco anos, nos estados do Nordeste. Seja nas capitais ou no interior dos estados nordestinos, as comunidades que mais sofrem com esse tipo de problema são as mais pobres, que acabam completamente marginalizadas, sem mecanismos que ajudem a prevenir e, muitas vezes, que ajudem a tratar a doença e de maneira correta (BRASIL, 2018).

Em consonância, Pereira et al (2018) informa que são principalmente as crianças de até os 5 anos de idade, as maiores vítimas de mortes como consequência das doenças diarreicas em todo o Nordeste brasileiro, mesmo apesar dos avanços que essa região já conseguiu realizar dentro da saúde pública. Sendo a diarreia um dos sintomas de parasitoses, que estão entre os problemas mais sérios desse setor.

As DDA correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais. São caracterizadas por uma síndrome em que há ocorrência de no mínimo três episódios de diarreia aguda em 24 horas, ou seja, diminuição da consistência das fezes e aumento do número de evacuações, quadro que pode ser acompanhado de náusea, vômito, febre e dor abdominal. Em geral, são doenças autolimitadas com duração de até 14 dias (VASCONCELOS et al., 2018).

Nesses episódios de diarreia, em algumas situações, pode ocorrer a presença de muco e sangue, quadro conhecido como disenteria. A depender do agente causador da doença e de características individuais dos pacientes, as DDA podem evoluir clinicamente para quadros de desidratação que variam de leve a grave (OLIVEIRA; LEITE; VALENTE, 2015).

A etiologia da diarreia é variada, podendo ser de origem não infecciosa, representada por aquelas causadas por medicamentos, como antibióticos, laxantes e quimioterápicos utilizados para o tratamento de câncer, ingestão de grandes quantidades de adoçantes, gorduras não absorvidas, e até uso de bebidas alcoólicas (PEREIRA et al., 2018).

Além disso, algumas doenças não infecciosas também podem desencadear diarreia, como a doença de Chron, as colites ulcerosas, a doença celíaca, a síndrome do intestino irritável e intolerâncias alimentares como à lactose e ao glúten (PEREIRA et al., 2018).

A etiologia da diarreia também pode estar ligada à agentes infecciosos, como por exemplo, diferentes microrganismos (bactérias, vírus e outros parasitas, como os protozoários) que geram a gastroenterite, que é uma inflamação do trato gastrointestinal que afeta o estômago e o intestino. A infecção é causada por consumo de água e alimentos contaminados, contato com objetos contaminados e também pode ocorrer pelo contato com outras pessoas, por meio de mãos contaminadas, e contato de pessoas com animais (PEREIRA et al., 2018).

É importante considerar também que as condições de vida dessas crianças também são responsáveis pela ocorrência DDA, pois segundo a OMS (2018) crianças que moram em comunidades de baixa renda têm cerca de duas chances mais de apresentar diarreia do que as que vivem em comunidades de melhor renda, o que pode decorrer de condições ambientais, abastecimento de água e saneamento insuficientes e inadequados, propiciando mais contaminação direta (entre indivíduos) e indireta (por alimentos).

No entanto, condições ambientais apropriadas não são suficientes para garantir a saúde, sendo necessário investimento concomitante na educação para melhorar a higienização doméstica e pessoal (OMS, 2018).

Dentro das causas viróticas de DDA, o mais importante é o rotavírus associado a aproximadamente 440 mil mortes anuais das qual 82% acontecem nos países mais pobres no mundo. As causas bacterianas ocupam um segundo lugar em frequência,

podendo citar os patógenos *E. enteropatógenas de coli Salmonela*, *Spp de Shigella*, *Jejuni de Campylobacter* e *cholerae de Vibrio* (OMS, 2018).

Em adultos, o problema pode ser contornado de maneira mais tranquila, mas em crianças o quadro pode agravar-se justamente pela facilidade que elas possuem em desidratar-se com facilidade. Entre os sinais dessa consequência que podem ser observados estão: boca seca, lábios rachados, sono profundo, confusão mental e diminuição da urina, reduzindo minerais importantes do organismo (OLIVEIRA et al., 2017).

A doença diarreica pode ser classificada como aguda ou crônica, definida de acordo com o tempo de durabilidade e causalidade. A diarreia crônica consiste na permanência dos sintomas por mais de três a quatro semanas, e é causada, em geral, por doenças inflamatórias intestinais, síndrome do cólon irritável, síndrome da má absorção, colite por radiação ou distúrbios endócrinos como o hipertireoidismo e neuropatia autônoma diabética (MORAES; CASTRO, 2014).

Na diarreia aguda há menor durabilidade dos sintomas, até duas semanas, e está associada principalmente às infecções intestinais, bem como às alergias e intoxicações alimentares, ao uso de medicações e como sintoma inicial da diarreia crônica (MORAES; CASTRO, 2014).

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico das DDA é realizado apenas por exame laboratorial por meio de exames parasitológicos de fezes, cultura de bactérias (coprocultura) e pesquisa de vírus. O diagnóstico laboratorial é importante para determinar o perfil de agentes etiológicos circulantes em determinado local e, na vigência de surtos, para orientar as medidas de controle. Em casos de surto, solicitar orientação da equipe de vigilância epidemiológica do município para coleta de amostras (BRASIL, 2016).

É importante destacar que a etiologia das DDA nem sempre é possível, uma vez que há uma grande dificuldade para a realização das coletas de fezes, o que se deve, entre outras questões, à baixa solicitação de coleta de amostras pelos profissionais de saúde e à reduzida aceitação e coleta pelos pacientes (FRANÇA et al., 2017).

Desse modo, é importante que o indivíduo doente seja bem esclarecido quanto à relevância da coleta de fezes, especialmente na ocorrência de surtos, casos com desidratação grave, casos que apresentam fezes com sangue e casos suspeitos de cólera a fim de possibilitar a identificação do microrganismo que causou diarreia. Essa

informação será útil para prevenir a transmissão da doença para outras pessoas (FUJIMAR et al., 2015).

A coleta de fezes para análise laboratorial é de grande importância para a identificação de agentes circulantes e, especialmente em caso de surtos, para se identificar o agente causador do surto, bem como a fonte da contaminação (DAMASCENO et al., 2016).

O tratamento das doenças diarreicas agudas se fundamenta na prevenção e na rápida correção da desidratação por meio da ingestão de líquidos e solução de sais de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo do estado de hidratação e da gravidade do caso. Por isso, apenas após a avaliação clínica do paciente, o tratamento adequado deve ser estabelecido, conforme os planos A, B e C descritos abaixo (BRASIL, 2017).

Para indicar o tratamento é imprescindível a avaliação clínica do paciente e do seu estado de hidratação. A abordagem clínica constitui a coleta de dados importantes na anamnese, como: início dos sinais e sintomas, número de evacuações, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas e vômitos; presença de doenças crônicas; verificação se há parentes ou conhecidos que também adoeceram com os mesmos sinais/sintomas (BRASIL, 2017).

O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, é importante para avaliar a presença de desidratação e a instituição do tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, sempre que possível. Se não houver dificuldade de deglutição e o paciente estiver consciente, a alimentação habitual deve ser mantida e deve-se aumentar a ingestão de líquidos, especialmente de água (PEREIRA et al., 2018).

O plano A consiste em cinco etapas direcionadas ao paciente hidratado para realizar no domicílio: Aumento da ingestão de água e outros líquidos incluindo solução de SRO principalmente após cada episódio de diarreia, pois dessa forma evita-se a desidratação; Manutenção da alimentação habitual; continuidade do aleitamento materno; Retorno do paciente ao serviço, caso não melhore em 2 dias ou apresente piora da diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa de alimentos, sangue nas fezes ou diminuição da diurese; Orientação do paciente/responsável/acompanhante para reconhecer os sinais de desidratação; preparar adequadamente e administrar a solução de SRO e praticar ações de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos); Administração de Zinco uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias (BRASIL, 2017).

O Plano B consiste em três etapas direcionadas ao paciente com desidratação, porém sem gravidade, com capacidade de ingerir líquidos, que deve ser tratado com SRO na Unidade de Saúde, onde deve permanecer até a reidratação completa: Ingestão de solução de SRO, inicialmente em pequenos volumes e aumento da oferta e da frequência aos poucos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

A quantidade a ser ingerida dependerá da sede do paciente, mas deve ser administrada continuamente até que desapareçam os sinais da desidratação; Reavaliação do paciente constantemente, pois o Plano B termina quando desaparecem os sinais de desidratação, a partir de quando se deve adotar ou retornar ao Plano A; Orientação do paciente/responsável/acompanhante para reconhecer os sinais de desidratação; preparar adequadamente e administrar a solução de SRO e praticar ações de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos) (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

O Plano C consiste em duas fases de reidratação endovenosa destinada ao paciente com desidratação grave. Nessa situação o paciente deverá ser transferido o mais rapidamente possível. Os primeiros cuidados na unidade de saúde são importantíssimos e já devem ser efetuados à medida que o paciente seja encaminhado ao serviço hospitalar de saúde (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

No Plano C é necessário realizar reidratação endovenosa no serviço saúde (fases rápida e de manutenção); o paciente deve ser reavaliado após duas horas, se persistirem os sinais de choque, repetir a prescrição; caso contrário, iniciar balanço hídrico com as mesmas soluções preconizadas; administrar por via oral a solução de SRO em doses pequenas e frequentes, tão logo o paciente aceite. Isso acelera a sua recuperação e reduz drasticamente o risco de complicações; suspender a hidratação endovenosa quando o paciente estiver hidratado, com boa tolerância à solução de SRO e sem vômitos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

ATENÇÃO BÁSICA E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi desenvolvida pela OMS, Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visando diminuir a morbimortalidade infantil mediante sistematização do atendimento das doenças prevalentes de forma integrada e simultânea (BRASIL, 2017). A AIDPI foi adotada e adaptada para o perfil

epidemiológico do Brasil em 1997. Neste modelo a criança é vista em sua totalidade e não apenas na queixa/doença que a levou à consulta. Abrange o contexto social e familiar, e permite ao enfermeiro atuar na Atenção Básica (AB) de forma resolutiva e embasada (FUJIMOR et al., 2015).

Nesse seguimento, o Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) é um programa de âmbito nacional, cujo objetivo é espelhar o perfil das Doenças Diarreicas através do permanente acompanhamento de suas tendências históricas e detectar precocemente surtos e epidemias. Deve ser entendido como um processo de elaboração e análise de mensurações rotineiras capazes de detectar alterações no ambiente ou na saúde da população e de expressar mudanças na tendência das diarreias (BRASIL, 2016).

Consiste na coleta, na consolidação e na análise de dados mínimos: idade, procedência, data do início dos sintomas e do atendimento e plano de tratamento dos casos que buscam atendimento na unidade de saúde, visando à recomendação de medidas preventivas, controle e avaliação do impacto das ações desenvolvidas. Deve centrar-se nas necessidades locais e potencializar a capacidade instalada dos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

No âmbito da assistência à saúde na infância, apesar do alcance limitado das ações setoriais, as atividades de prevenção e controle da diarreia desenvolvidas pelo 5 sistema de atenção de saúde são essenciais para reduzir a vulnerabilidade individual à doença e, por consequência, a mortalidade infantil (DAMASCENO et al., 2016).

Medidas profiláticas são indispensáveis, acessíveis e de fácil realização, como educação em saúde, incentivo ao aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementar até 2 anos, terapia de reidratação oral (TRO), ambiente limpo, consumo de água fervida ou filtrada, higienização das mãos e dos alimentos antes do preparo e ingestão das refeições, descarte do lixo afastado da residência, depósito e/ou tratamento adequado dos dejetos humanos (JOVENTINO et al., 2019).

Desta maneira, a prática educativa deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde na atenção básica, pois na maioria das vezes tratam de famílias carentes, com pouca ou nenhuma instrução (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

Um estudo realizado em Santa Cruz-RN mostrou que apenas os conhecimentos sobre a DDA não foram capazes de evitá-la, já que os aspectos socioeconômicos e os níveis de escolaridade da família podem estar interferindo na prevenção da doença, uma vez que, as genitoras e filhos são provenientes de localidades caracterizadas por

más condições ambientais como falta de saneamento básico, escassez de água para consumo, presença de acondicionamento e destinação final do lixo inadequado, além de baixa renda familiar (REGO et al., 2015).

Estes fatores predisõem o aparecimento da referida morbidade, sendo necessária a realização de as ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais da AB, pois sabe-se que a efetivação das orientações depende também da necessidade de conhecer o contexto e cultura da população a ser trabalhada, para que, de fato, as ações sejam efetivadas (REGO et al., 2015).

CONCLUSÃO

O diagnóstico, o tratamento adequado e as ações de promoção da saúde são as condutas fundamentais para minimizar a ocorrência e condução dos casos de doenças diarreicas. Desse modo, é importante que a população seja esclarecida das formas de prevenção e do tratamento recomendado, para que esses casos não se agravem causando sérias consequências a saúde dessas pessoas.

Portanto, espera-se com esse projeto de intervenção, que as estratégias desenvolvidas na prevenção e na rápida correção da desidratação por meio da ingestão de líquidos e solução de sais de reidratação oral ou fluidos endovenosos, dependendo do estado de hidratação e da gravidade do caso, o profissional da saúde deverá estar preparado para sua identificação.

REFERÊNCIAS

BRANDT, K. G.; ANTUNES, M. M. C.; SILVA, G. A. P. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. 36-43, Dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 1.130, de 5 de Agosto de 2015**: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas – MDDA**. Brasília, DF. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF. 2018.

BRANDT, K. G.; ANTUNES, M. M. C.; SILVA, G. A. P. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. 36-43, dez. 2015.

DAMASCENO, S. S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016.

FRANCA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 46-60, mai. 2017.

FUJIMORI, E. et al. O ensino da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em programas de graduação em enfermagem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 655-662, Jun. 2015.

JOVENTINO, E. S. Influência de condições socioeconômicas e de saúde em crianças na ocorrência de diarreia infantil. **Rev Enferm Atenção Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 81-92, abr-jun. 2019.

MACEDO, J. C. B. et al. Fatores associados a pneumonias e diarreia em crianças e qualidade da atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 24, p. 1-18, out. 2019.

MORAES, Ant. C., CASTRO, F. M. M. Diarreia aguda. **Jornal Brasileiro de Medicina**. São Paulo, v. 102, n. 2, p. 21-28, mar./abr. 2014.

MORAES, Ant. C., CASTRO, F. M. M. Diarreia aguda. **Jornal Brasileiro de Medicina**. São Paulo, v. 102, n. 2, p. 21-28, mar./abr. 2014.

OLIVEIRA, R. K. L. et al. Influência das condições socioeconômicas e conhecimento materno na auto eficácia para prevenção de diarreia infantil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160361, 2017a.

OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G. Carga Global das doenças diarreicas atribuíveis ao sistema de abastecimento de água e saneamento em Minas Gerais, Brasil, 2005. **Cien Saude Colet**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1027-036, set. 2015.

PEREIRA, G. L. T. et al. Prevalência de infecções parasitárias intestinais oriundas de crianças residentes em áreas periféricas, município de Juazeiro do Norte - Ceará. **Revista Interfaces**. Juazeiro do Norte, v. 5, n. 14, p. 23-30, mai. 2018.

PINTO, J. E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 1-11, set. 2018.

REGO, A. P. et al. Conhecimento das mães de crianças internadas em um hospital universitário acerca da diarreia. **Rev Rene**. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 29-36, jan-fev. 2015.

SINMEGN, M. T.; ASRES, A. G.; SHIMEKA, T. A. Determinants of childhood diarrhea among underfive children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. **BMC Pediatr**. v. 14, n. 102, p. 54-61, mai. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diarrhoeal disease Fact sheet n.330**. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/mediacentre/factsheets/fs330/en/>>. Acesso em: 17 nov. 2020

VASCONCELOS, M^a. J. O. B. et al. Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006. **Ciênc. saúde colet**. São Paulo, v. 23, n. 3, mar. 2018.