

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LEANDRO JAIME BARRETO COSTA

**PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: FERRAMENTA PARA
PREVENIR E DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA GASTROENTERITE EM MATIAS
CARDOSO – MG**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

LEANDRO JAIME BARRETO COSTA

**PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: FERRAMENTA PARA
PREVENIR E DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA GASTROENTERITE EM MATIAS
CARDOSO – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação de Pós-Graduação da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para
conclusão do Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, sob a orientação da
Professora Ms. Alcione Bastos Rodrigues.

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

LEANDRO JAIME BARRETO COSTA

**PLANEJAMENTO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA: FERRAMENTA PARA
PREVENIR E DIMINUIR A INCIDÊNCIA DA GASTROENTERITE EM MATIAS
CARDOSO – MG**

Banca Examinadora

Prof. Alcione Bastos Rodrigues - Orientadora

Prof. Ana Cristina Couto Amorim - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 07/ 06/ 2014

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente na minha vida, e tornar tudo possível;

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais, por todo apoio e confiança em mim depositada, o que tornou possível a realização de meus projetos, dentre os quais o da realização desta especialização;

À minha orientadora Professora Mestra Alcione Bastos Rodrigues, pela credibilidade e orientação.

A todos os colegas do Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória, pela disposição em colaborar, pela compreensão e amizade.

“... Sei que meu trabalho é uma gota no oceano, mas sem ele o oceano seria menor.”

Madre Tereza de Calcutá

RESUMO

A gastroenterite, ou doença diarréica, uma patologia que tem forte incidência na infância, é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos de idade, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, por envolver uma série de fatores ambientais, econômicos e sócio-culturais. Em Matias Cardoso/MG, observa-se uma alta prevalência de gastroenterites na população pediátrica, com maior incidência entre as crianças de 0 a 2 anos. O presente trabalho foi elaborado a partir do estudo dos dados expostos em relatório construído pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município. A análise das fichas de notificação das doenças diarréicas agudas do PSF Nossa Senhora da Glória durante os três primeiros meses de 2013 demonstraram que a alta incidência de gastroenterite na área estudada requeria decisões e ações imediatas. Foram então realizadas reuniões com os membros de todas as equipes de saúde do PSF para reforçar a importância da notificação de todos os casos de doenças diarréicas, para assegurar que medidas de controle fossem adotadas com prontidão e efetividade. Para tal foi elaborado um plano de intervenção visando diminuir a incidência de gastroenterite pediátrica. Na implementação do referido plano o método proposto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), com ações práticas, além de ações educativas. Foram adotadas a distribuição de colheres medidoras para o preparo do soro caseiro e solução clorada para tratamento da água de consumo e distribuição de filtros para a população com maior vulnerabilidade às doenças diarréicas. As ações foram realizadas em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e de Ação Social, assim como de empresários e fazendeiros que residem no território. Os resultados das ações demonstraram que houve aumento da utilização do soro caseiro no tratamento da desidratação, assim como aumento para 100% dos moradores que fazem uso de água filtrada ou tratada, um importante passo para a prevenção desta e de outras doenças que estão relacionadas com a qualidade da água utilizada pela população.

Palavras chave: Gastroenterite. Saúde da Criança. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Gastroenteritis or diarrhea, a condition that has a strong focus on childhood, is a major cause of morbidity and mortality in children under five years of age, especially in underdeveloped and developing countries, because it involves a number of environmental factors, economic and socio-cultural. In Matias Cardoso / MG, we observe a high prevalence of gastroenteritis in the pediatric population, with a higher incidence among children 0-2 years. This paper was developed from a study of the data presented in the report built Coordination of Epidemiological Surveillance of the municipality. The analysis of the notification forms of acute diarrheal diseases PSF Our Lady of Glory during the first three months of 2013 showed that the high incidence of gastroenteritis in the study area require immediate decisions and actions. Were then held meetings with members of all health teams PSF to reinforce the importance of reporting all cases of diarrheal diseases, to ensure that control measures were taken promptly and effectively. For such an intervention plan was developed to decrease the incidence of pediatric gastroenteritis. In the implementation of this plan the proposed method was the Situational Strategic Planning (ESP), with practical actions, and educational activities. The distribution of measuring spoons for the preparation of ORS and chlorine solution for treatment of consumption and distribution of filters for the population most vulnerable to diarrheal diseases were adopted water. The shares were held in partnership with the Municipal Health and Social Action, as well as businessmen and farmers who reside in the territory. Action results demonstrated that there was increased use of oral rehydration to treat dehydration, and increased to 100 % of the residents who use filtered or treated water, an important step towards the prevention of this and other diseases that are related to the quality of the water used by the population.

Keywords: Gastroenteritis. Child Health. Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 Gastroenterite: discussão de acordo com a literatura	13
4.2 Epidemiologia.....	13
4.3 Etiologia	14
4.4 Fatores que podem ocasionar as doenças diarreicas.....	15
4.5 Sintomatologia.....	16
4.6 Transmissão	17
4.7 Diagnóstico	18
4.8 Consequências	18
4.9 Tratamento.....	18
4.9.1 Plano A	19
4.9.2 Plano B	19
4.9.3 Plano C	20
5 METODOLOGIA	22
6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	23
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
7.1 Ações educativas para a prevenção das doenças diarreicas	27
7.2 Distribuição de colheres medidoras para o preparo do soro caseiro	28
7.3 Distribuição de solução clorada.....	29
7.4 Campanha de distribuição de filtros para água.....	29
7.5 Avaliação dos resultados.....	30
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A gastroenterite é citada por Muller *et al* (2010) como uma patologia que tem forte incidência na infância, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos de idade, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, por envolver uma série de fatores ambientais, econômicos e socioculturais.

Isso é reforçado por Pereira e Cabral (2008) quando ressaltam que a gastroenterite, ou diarreia aguda, como também é chamada, apesar de atingir pessoas de qualquer faixa etária, é considerada como o maior problema mundial de saúde da criança, sendo responsável por cerca de três milhões de mortes por ano e por cerca de um terço das internações hospitalares entre menores de 5 anos.

Considerado o marco inicial da colonização de Minas Gerais, Matias Cardoso é um município ribeirinho, situado no extremo norte do Estado, fazendo divisa com o Estado da Bahia. Possui cerca de 9.979 habitantes e apresenta uma taxa de urbanização de 51,49%. (IBGE, 2010)

Localizada às margens do Rio São Francisco, na microrregião de Januária, é considerada a cidade mais antiga de Minas Gerais, tem forte artesanato em cerâmica e produção de queijo, destacando-se por possuir uma grande tendência para o desenvolvimento agropecuário e turístico.

Com um baixo Índice de Desenvolvimento Humano – (IDH), de 0,602 pontos, de acordo com dados do IBGE (2010), 60% das famílias possuem renda inferior a dois salários mínimos e somente 65,48% da população conta com abastecimento de água tratada, e somente 1,1% das casas possui rede de esgoto.

O município conta com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo que três delas se localizam na zona rural. A equipe da qual faço parte é composta por um profissional médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e três agentes comunitários de saúde e pertence ao Programa de Saúde da Família - PSF Nossa Senhora da Glória, abrangendo várias comunidades rurais: Barreiro I e II, Rio Verde, Fazenda Profaz, Porto, Pau Preto, Nova Galha, Retiro, Praia, Vereda e Cana Brava. O acesso à maioria dessas comunidades torna-se extremamente difícil em períodos de chuva, devido a áreas de alagamentos e atoleiros. Nestas ocasiões as viagens de ida a algumas comunidades, como é o caso de Rio Verde, chegam a durar cerca de 2 horas.

O número de famílias cadastradas no território onde atuamos é de 262, com uma população total de 993 pessoas. A porcentagem de famílias inscritas no Programa Bolsa Família corresponde a 23,28% do total. Com relação às residências, 89,69% são de tijolo/adobe; 7,63% de taipa revestida e 2,67 de taipa não revestida. Já no tocante ao tratamento de água nos domicílios, 46% dos mesmos utilizam água sem qualquer forma de tratamento. Com relação à destinação do lixo, a maior parte é queimada/enterrada (76,72%) e o restante a céu aberto (18,32%). A coleta pública corresponde a menos de 5%. Já em relação ao destino de fezes e urina, 73,66% são depositadas em fossa e o restante a céu aberto.

Apesar de todas as comunidades citadas anteriormente contarem com o atendimento da equipe do PSF, na sua área de abrangência existe apenas uma unidade de saúde, a do Rio Verde; e nas outras localidades os atendimentos médicos e de enfermagem ocorrem de forma improvisada em escolas, salas das fazendas e em extensões de casas. Mesmo com essas dificuldades, os atendimentos ocorrem de forma satisfatória e humanizada, com participação importante das comunidades.

As visitas domiciliares são realizadas aos pacientes que possuem dificuldade de acesso à rede de saúde, ou nos casos em que as mesmas são imperativas. A maior parte dos usuários de nosso território é composta por pessoas de baixa renda e nível de escolaridade baixo. Muitos acreditam em terapias alternativas sem evidência médica estabelecida, como o uso de ervas tidas como medicinais.

Além de contar com a assistência da Estratégia de Saúde da Família, esses usuários também são atendidos no centro municipal de saúde em caso de urgências e intercorrências que demandam atendimento mais rápido.

Uma importante causa de morte dos pacientes adultos desse território em questão está associada às doenças cardiovasculares, seguindo uma tendência comum em nosso país, quando consideramos apenas as causas atribuíveis às doenças. Os fatores de risco cardiovasculares, tais como hipertensão arterial e distúrbios de condução cardíaca, mostram-se com frequência significativa nessa população. Porém, as causas mal definidas são predominantes no município.

Com relação à população infantil, o problema prioritário presente no território foco desta intervenção é a alta prevalência de gastroenterites, com maior incidência entre as crianças de 0 a 2 anos.

Considerando a saúde em seu conceito amplo, em que a mesma não se restringe apenas à ausência de doenças, as gastroenterites apresentam várias causas que se relacionam a variáveis sociais, econômicas, culturais, educacionais e ambientais. Neste contexto, o acesso

limitado aos serviços de assistência à saúde constitui um fator importante, mas não o único, para a alta incidência de gastroenterite.

A situação econômica da população, extremamente carente, com recursos financeiros escassos, aliada às condições de infraestrutura territorial, são fatores que influenciam na maior incidência de doenças diarreicas e de parasitoses intestinais, já que as doenças infectocontagiosas estão intimamente relacionadas às questões econômicas e do próprio meio ambiente (rede de saneamento e de esgotos inexistente).

Outra causa importante é o reduzido acesso à água tratada. De acordo com o consolidado das famílias cadastradas no ano de 2012 no PSF Nossa Senhora da Glória, o percentual de famílias que utilizam água sem nenhum tipo de tratamento corresponde a 46% e a cloração a apenas 2%. Já o percentual de famílias que utilizam água filtrada corresponde a 51% e que higienizam a água a partir da fervura apenas 1%. A utilização de água tratada com o hipoclorito de sódio pode constituir uma medida importante para a diminuição da prevalência de gastroenterites.

O restrito acesso à água tratada constitui a causa mais importante para a prevalência das gastroenterites na população pediátrica. E como foi destacado acima, quase metade da população do território utiliza a água sem nenhum tipo de tratamento.

Considerando os três primeiros meses de 2013, 16,5% das crianças com até 10 anos de idade adquiriu pelo menos um episódio de doença diarreica. A utilização de água potável, o tratamento da água com hipoclorito de sódio e a capacitação e orientação da população adstrita constituem alternativas importantes para a mudança desse cenário.

2 JUSTIFICATIVA

Em Matias Cardoso, especificamente na área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória, durante os três primeiros meses de 2013 houve um aumento significativo do número de casos de gastroenterite pediátrica notificados com relação ao ano de 2012, quando 16,5% das crianças com até 10 anos de idade adquiriu pelo menos um episódio de doença diarreica, fato que despertou a atenção da equipe de saúde da família para a necessidade urgente de dedicar atenção e recursos para o tratamento e prevenção deste grave problema de saúde pública.

De acordo com Barbieri e Palma (2001), a saúde geral e o estado nutricional de crianças determinam, em grande medida, a sua susceptibilidade à diarreia e seus efeitos nocivos. As crianças desnutridas e aquelas que vivem em ambientes sem a infraestrutura básica como água tratada e rede de esgoto têm episódios de diarreia mais frequentes, severos e prolongados, e esses repetidos episódios podem piorar seu estado de saúde e até mesmo conduzir ao óbito. Situação vivida pela população de Matias Cardoso, que além do difícil acesso à água tratada e acesso limitado às ações de atenção à saúde apresentam pouco conhecimento em relação aos meios alternativos de tratamento de água. Fatores que atribuem relevância a este trabalho, que consiste na elaboração de um plano de intervenção e estabelecimento de estratégias de intervenção participativa com a comunidade, visando a investigação, prevenção e controle dos casos de doenças diarreicas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção visando diminuir a incidência de gastroenterite pediátrica entre a população de 0 a 10 anos de idade na área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG.

3.2 Objetivos específicos

- Desenvolver estudo diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Matias Cardoso-MG, para conhecimento sobre a incidência de doenças diarreicas agudas na população pediátrica durante os três primeiros meses de 2013;
- Elaborar e implementar plano operativo com vistas à prevenção e diminuição da incidência de gastroenterite na população pediátrica de Matias Cardoso-MG;
- Organizar e executar ações educativas a partir da realização de reuniões na modalidade roda de conversa para discutir experiências vivenciadas no âmbito das áreas de abrangência das equipes do PSF Nossa Senhora da Glória, do município de Matias Cardoso-MG, durante a elaboração do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica e na implementação do plano operativo, visando à prevenção e tratamento da gastroenterite;
- Organizar e desenvolver, de forma colaborativa entre equipe multidisciplinar do PSF Nossa Senhora da Glória, atividades educativas com o objetivo de proporcionar à população de Matias Cardoso-MG, conhecimento sobre meios para a prevenção e diminuição da incidência de gastroenterite na população pediátrica, bem como propor estratégias que visem facilitar o acesso a ações de atenção e manutenção da saúde;
- Organizar e desenvolver atividades de reconhecimento e valorização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no trabalho de prevenção da gastroenterite e de educação para a saúde, bem como sobre a importância do trabalho colaborativo e participação da população assistida.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Gastroenterite: discussão de acordo com a literatura

De acordo com a World Health Organization (WHO) (2009), a gastroenterite, ou doença diarreica como também é conhecida, é uma infecção gastrointestinal, cujos sintomas comuns são a diarreia aguda, náuseas e vômitos. Embora a maioria dos episódios de diarreia infantil seja leve, casos graves podem causar uma perda significativa de líquidos e, portanto, a desidratação, a mais grave consequência da diarreia e responsável pela morte de uma em cada dez crianças que desenvolvem a gastroenterite.

Lima Dias (2010, p. 85), define a gastroenterite como uma das doenças mais comuns e causa da mortalidade pediátrica em países em desenvolvimento, caracterizada pela “diminuição de consistência das fezes (líquidas ou semilíquidas) e/ou aumento na frequência das dejeções para mais de 3 nas 24 horas, com ou sem febre ou vômitos”.

Segundo Benguigui *et al* (1997), na atualidade, em todo o mundo é registrado um bilhão de casos de gastroenterite por ano, causando 3,3 milhões de mortes. A mortalidade infantil destaca-se com uma taxa média mundial de 72 óbitos por mil nascidos vivos (NV), indicando que em cada 10,6% das crianças uma morre antes de completar um ano de idade, como consequência mais grave e imediata da desidratação. A desnutrição também é citada pelo autor como uma das consequências da gastroenterite desenvolvida em decorrência da diarreia prolongada, associada à diminuição da quantidade de alimento ingerido e à má absorção de nutrientes, o que resulta em perda de peso.

4.2 Epidemiologia

Com relação à epidemiologia, Pereira e Cabral (2008) esclarecem que as doenças diarreicas são problemas bastante comuns na infância e que podem ter origem infecciosa e não infecciosa. Entretanto, dados do Ministério da Saúde indicam que a infecciosa é a mais frequente.

Lima e Dias (2010) relatam que a gastroenterite é uma patologia que tem forte incidência na infância, sendo que entre o 6º e o 23º mês de vida ocorre um pico no número de casos.

A World Health Organization considera que a diarreia aguda, como também é chamada a gastroenterite, é o maior problema mundial de saúde da criança, sendo causador de

cerca de cinco milhões de mortes por ano e que a desnutrição e o desmame precoce são considerados importantes fatores de risco para a morbidade (WHO, 2009).

Quanto à incidência, Muller *et al* (2010) descrevem que as crianças com até 3 anos de idade apresentam entre 1 e 2 episódios da gastroenterite aguda com um pico de incidência entre os seis e os vinte e três meses de vida, com uma duração média de $5,0 \pm 2,2$ dias.

De acordo com os dados do site do DATASUS no Brasil, entre os anos de 1996 e 2006, morreram 65.250 pessoas vítimas das diarreias de origem infecciosa presumível e que a maior parte dos óbitos se deu na faixa etária de 0 a 4 anos, com maior incidência em pessoas do sexo masculino (52,7%).

Os dados do site DATASUS demonstraram ainda que à medida que essas crianças vão crescendo a quantidade de óbitos cai, voltando a crescer a partir dos 60 anos, indicando que os homens, as crianças e os idosos são os grupos mais vulneráveis.

Na opinião de Siqueira *et al* (2006), apesar de existir um declínio na mortalidade por diarreia, esta é ainda considerada uma doença-problema de grande importância para a Saúde Pública dos países em desenvolvimento.

Pesquisa desenvolvida por Pena (1998) apresentou uma incidência elevada de diarreia aguda em áreas com condições precárias de saneamento básico, o que, segundo o autor consistia num bom indicador de saúde capaz de expressar desigualdades.

Para Benicio e Monteiro (2000), além de ser uma das principais causas de morbimortalidade na infância, a gastroenterite é um dos maiores causadores de desnutrição e de retardo de crescimento em crianças.

O mesmo resultado foi alcançado por Souza (2009) ao analisar a série histórica de mortes por doenças diarréicas no Brasil entre os anos de 1990 e 2005, tendo como base os dados disponíveis no site DATASUS/MS, quando observou que as Regiões Nordeste, Norte e Sudeste, em números absolutos, foram as que mais sofreram com mortes de crianças menores de 5 anos de idade.

4.3 Etiologia

Com uma etiologia diversificada, a gastroenterite pode ser causada por vírus, bactérias enteroparasitas, sendo o rotavírus considerado o principal agente etiológico viral de diarreia aguda grave, principalmente entre o 6º e o 23º mês de vida, quando ocorre um aumento no número de casos (MULLER *et al*, 2010).

De acordo com Vasco (2002), a etiologia da gastroenterite apresenta diferenças entre os países, assim como entre regiões de um país, pois depende de fatores como a localização geográfica, clima e características socioeconômicas.

Siqueira *et al.* (2006) afirmam que as doenças diarreicas agudas caracterizam um dos grandes problemas de saúde pública no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, uma vez que esta doença tem sua etiologia diversificada e pode ser causada por vírus, bactérias enteroparasitas, sendo que o rotavírus é considerado o principal agente etiológico viral de diarreia aguda grave nessa fase.

Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) indicam que no Brasil a causa mais comum de diarreia em crianças é a ocasionada por vírus e que o rotavírus é responsável por cerca de 40% dos casos nos primeiros 5 anos de vida; e que aproximadamente 30% das ocorrências podem ser atribuídas a outros vírus, como o *Norovírus* e o *Adenovírus*.

Em 20 a 30 % dos casos de diarreia são identificados alguns agentes bacterianos, sendo que no Brasil entre as bactérias que mais provocam a diarreia aguda merecem destaque a *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolítica*, *E. coli enteropatogênica* e *Clostridium difficile* (LIMA; DIAS, 2010).

Segundo Picon *et al.* (2010), diversos patógenos podem ser causadores da gastroenterite, mas 74% dos casos são de etiologia viral, sendo que o agente mais prevalente é o Rotavírus, seguido por Calcivírus, Astrovírus, Adenovírus tipo entérico e Norwalk.

Em menores proporções, ocorrem os casos provocados por protozoários como *Giardia* e *Cryptosporidium* (FERREIRA, 2005).

4.4 Fatores que podem ocasionar as doenças diarreicas

De acordo com Wong (2004), dentre os fatores que predis põem uma criança à diarreia e suas consequências fisiológicas incluem-se: a pouca idade; desnutrição; imunodeficiência congênita ou adquirida; falta de água potável; compreensão insuficiente sobre higiene por parte das crianças e pais; as aglomerações humanas; e condições sanitárias precárias, com recursos inadequados para o preparo e a refrigeração dos alimentos.

Considerado como um grave problema de saúde pública, 88% das mortes infantis em decorrência da gastroenterite podem ser atribuídos à má qualidade da água, à ausência de saneamento básico e à falta de higiene. Assim, o acesso à água potável e práticas de higiene são medidas eficazes na prevenção da gastroenterite (OBREGÓN, 1996).

Araújo (2007) também considera que um dos aspectos que influencia no manejo e controle da gastroenterite é o comportamento das pessoas que vivem o problema no dia a dia. Neste contexto, o autor orienta que além da água potável e das práticas de higiene, as condutas a serem adotadas para diminuir a incidência da gastroenterite entre a população infantil menor de dois anos de idade deve incluir o aleitamento materno imediato e exclusivo e a vacina contra rotavírus.

A disponibilidade de água potável e serviços de saúde são de suma importância no que diz respeito à prevenção de doenças, principalmente as de origem gastrointestinais. Neste sentido, a falta de água tratada aparece como um dos principais fatores ocasionadores das doenças diarreicas no Brasil. Assim, a justificativa para que a região Sudeste apresente uma menor taxa de mortalidade, pode estar relacionada ao fato de a região caracterizar-se como a que apresenta a melhor e maior cobertura de serviços de saneamento, boas condições socioeconômicas e de atendimento à saúde (VASCO, 2002).

Os fatores ambientais, assim como os fatores relacionados ao hospedeiro, foram preconizados pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil (2003) como de expressivo risco para a doença diarreica. Tais fatores se referem à insuficiência e má qualidade da água, ausência de rede sanitária, má higiene pessoal e doméstica, preparação e armazenamento inadequados dos alimentos, enquanto os fatores do hospedeiro estão intimamente ligados a aspectos como desnutrição, supressão ou deficiência imunológica, redução da acidez gástrica, diminuição do ritmo intestinal.

Em 2006, 2,5 bilhões de pessoas não tinham acesso a instalações sanitárias adequadas e aproximadamente uma em cada quatro pessoas nos países em desenvolvimento defecou ao ar livre (SIQUEIRA, 2006).

A prevenção é a melhor forma de enfrentamento dos fatores desencadeadores da diarreia infantil. Neste contexto, o acesso à água potável e boas práticas de higiene são altamente eficazes no combate a essa doença.

Siqueira *et al* (2006) ressaltam que a lavagem das mãos com água e sabão reduz em mais de 40% a incidência de doenças diarreicas, tornando esta prática uma das intervenções mais eficazes para a redução da mortalidade infantil por essa causa.

4.5 Sintomatologia

A gastroenterite é fator de má nutrição devido à redução na absorção dos nutrientes, aumento do catabolismo e diminuição da ingestão de alimentos, o que, de acordo com Vieira,

Silva e Vieira (2003), juntamente com o aumento de internações hospitalares, se constitui num problema de saúde pública.

É uma doença infecciosa do trato digestivo, de caráter benigno, autolimitado e de curta duração, mas que causa dano estrutural e funcional à mucosa intestinal, de extensão e severidade variáveis, acarretando um desequilíbrio na função do intestino e no processo de absorção de água e substratos orgânicos (FERREIRA, 2005).

De acordo com Pereira e Cabral (2008), a gastroenterite manifesta-se através de diarreia, febre em alguns casos e vômitos em 80 a 90% dos casos. Pode haver distensão abdominal.

Dependendo do agente etiológico da doença, podem também ocorrer diferentes sinais nas fezes que auxiliam no diagnóstico diferencial, como a presença de sangue, muco, diarreia aquosa ou outros (FERREIRA, 2005).

Considera-se diarreia a ocorrência de três ou mais episódios de fezes líquidas, ou um episódio de fezes semilíquidas com presença de muco ou sangue (LIMA; DIAS, 2010).

A diarreia dura mais ou menos 7 dias e quando persiste por mais de 14 dias é designada como diarreia persistente. Ainda segundo Lima e Dias (2010, p. 85), “nos primeiros meses de vida, a alteração de consistência das fezes é um sinal mais significativo de diarreia aguda do que o número de dejetões”. Podem ser acompanhadas, com frequência, de vômitos, febre e dor abdominal. Em alguns casos há presença de muco e sangue nas fezes.

Wong (2004) acrescenta que em casos de desidratação por diarreia pode-se observar na criança choro sem lágrimas, pouca urina e sede constante; nesses casos deve-se procurar imediatamente assistência médica.

4.6 Transmissão

A transmissão das doenças diarreicas ocorre principalmente por via fecal-oral, mas também pode ocorrer por secreção respiratória, contato interpessoal e por fômites (PICON *et al.*, 2010).

Conforme destaca a Sociedade Brasileira de Imunizações (2006) a transmissão das doenças diarreicas ocorre, predominantemente, por via fecal/oral, devido as fezes de crianças infectadas apresentarem altas concentrações de rotavírus, que são excretados desde dois dias antes até 21 dias após o início dos sinais e sintomas.

O rotavírus também é encontrado em brinquedos e superfícies de ambientes como pré-escolas e escolas, o que faz com que sejam comuns os surtos nestes ambientes.

Como cerca de 10 a 100 partículas virais já são suficientes para desencadear a doença em seres humanos, e como o rotavírus resiste muito tempo no meio ambiente, a transmissão de pessoa para pessoa ocorre com facilidade e os cuidados com a higiene e saneamento básico não são suficientes para evitá-la.

4.7 Diagnóstico

O diagnóstico da diarreia, segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais deve ser realizado por meio da história clínica do paciente, antecedentes epidemiológicos e exame clínico. No entanto, a confirmação laboratorial é importante, uma vez que a diarreia por rotavírus pode apresentar as mesmas características de outros agentes etiológicos (MINAS GERAIS, 2006).

4.8 Consequências

Ferreira (2005) destaca que, além de matar anualmente milhões de crianças em todo o mundo, as doenças diarreicas contribuem também para a desnutrição e o atraso no crescimento das crianças que sobrevivem à doença.

A desidratação, o distúrbio do equilíbrio ácido-básico com acidose metabólica e choque, que ocorre quando a desidratação progride a ponto de comprometer seriamente o equilíbrio hemodinâmico, são os distúrbios fisiológicos imediatos e mais graves associados a doenças diarreicas graves (WONG, 2004).

A hipocalcemia, que segundo Smeltzer e Bare (2002), consiste em níveis de potássio sérico inferiores a 3,5 mEq/l, causa disritmias cardíacas, assim como oligúria, parestesia, hipotensão arterial, anorexia e sonolência, fibrilação ventricular e contrações ventriculares prematuras, que podem levar o paciente a óbito.

4.9 Tratamento

O principal cuidado que se deve ter com crianças que apresentem diarreia é evitar a desidratação. Assim, o tratamento da gastroenterite, segundo o que preconiza a Sociedade Brasileira de Imunizações (2006), baseia-se principalmente na hidratação oral. O soro caseiro a cada meia hora evita a desidratação; e a ingestão de sucos, água de coco, água e gelatina

também são importantes para a mesma finalidade. A hidratação por via endovenosa só é recomendada na ocorrência de vômitos e diarreias graves, o que requer internação.

Com relação ao uso de antibióticos, Smeltzer e Bare (2002) esclarecem que apesar de alguns estudos epidemiológicos registrarem o uso de antibióticos em 25% das crianças com diarreias agudas, essa terapêutica é contraindicada nos casos de infecção por rotavírus.

Mesmo preconizando as ações que visam o esclarecimento da população como necessárias e importantes para o enfrentamento das doenças diarreicas, o Manual de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG (Brasil, 2004), propõe que sejam seguidos os planos A, B e C de atenção mediante a classificação do estado de hidratação da criança que apresente diarreia e que são descritos a seguir.

4.9.1 Plano A

O plano A é indicado para o tratamento da criança com diarreia e sem desidratação, e é realizado em casa. Para isso a família deve ser bem esclarecida quanto à hidratação e alimentação. As regras do tratamento domiciliar, preconizadas pelo Manual de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG são:

- a) dar líquidos adicionais, inclusive o soro de reidratação oral (SRO), se a criança aceitar;
- b) continuar o esquema alimentar habitual da criança, com pequenas correções, se necessário, para evitar a piora da diarreia;
- c) orientar a família a reconhecer os sinais de desidratação (portanto de piora) e como preparar o SRO. Recomendar que, ao aparecimento dos sinais de piora, o SRO deve ser mantido e a criança deverá retornar imediatamente à Unidade Básica de Saúde (UBS);
- d) persistindo o mesmo quadro, voltar em até 2 dias;
- e) agendar uma avaliação em um mês para orientação nutricional, especialmente;
- f) a família deve ser orientada para oferecer líquidos adicionais sempre que a criança evacuar, tomando-se por base 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano (BRASIL, 2004).

4.9.2 Plano B

O plano B deve ser aplicado no caso da criança apresentar diarreia e desidratação. Neste caso a terapia de reidratação oral deve ser instituída na Unidade Básica de Saúde, com duração média de 4 horas. Segundo o Manual de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2004):

- a) durante o período de reidratação, os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno. As crianças que se alimentam com leite de vaca e/ou papa ou comida da casa retornarão ao esquema alimentar habitual somente ao receber alta para ir para casa, com as correções necessárias para que não haja piora da diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum;
- b) o SRO deve ser preparado na UBS, e a família, orientada sobre como oferecê-lo. O conteúdo do envelope deve ser preparado conforme orientação no rótulo. Deve ser diluído em água filtrada e mantido coberto e em local fresco. Não se deve adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável;
- c) o volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, deverá receber de 50 a 100 ml/kg em 4 horas. Deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica que é de 20 a 30 ml/kg/hora;
- d) a observação pela equipe de saúde deve ser freqüente, de 30 em 30 minutos, e a criança pesada a cada 2 horas. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas 4 horas;
- e) se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a freqüência de oferta do soro;
- f) os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro;
- g) deve-se suspender a hidratação oral e iniciar o PLANO C na presença das seguintes condições:
- Alteração do nível de consciência,
 - Vômitos persistentes (mais de 4/hora),
 - Ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO,
 - Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).
- h) uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa com as orientações do PLANO A. A mãe deverá levar para casa envelopes do soro para oferecer à criança sempre que esta evacuar/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação. A quantidade de soro a ser oferecida deve ser de 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano.

4.9.3 Plano C

O Plano C, que de acordo com o Manual de Atenção à Saúde deverá ter início com a reposição hídrica por via endovenosa, é indicado para crianças com diarreia e desidratação grave, cujo tratamento deverá ser realizado em ambiente hospitalar.

- a) reidratação endovenosa;
- na administração endovenosa, dar 100 ml/kg de solução em partes iguais de Soro Glicosado a 5% (SG) e Soro Fisiológico (SF) para infusão em 2 horas. Se ao final de 2 horas ainda tiver sinais de desidratação, administrar mais 25 a 50 ml/kg para as próximas 2 horas,
 - avaliar a criança de meia em meia hora,
 - se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento da IV,

- oferecer SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tão logo a criança consiga beber. Se estiver sendo amamentada, oferecer o leite materno,
- reavaliar o estado de hidratação da criança de 30 em 30 minutos. Após 2 horas escolher o plano apropriado (A, B, ou C) para continuar o tratamento,
- a UBS deve se responsabilizar pela transferência da criança para uma unidade onde possa ser feita a hidratação venosa, caso não possa fazê-lo,
- ao transferir uma criança para outra unidade para a reidratação venosa, fazer contato prévio para garantir o acesso e uma nota de transferência, indicando o que já foi feito,
- deverá ser mantida a hidratação oral durante o percurso até a unidade, se a criança puder beber,
- orientar o acompanhante para manter a criança aquecida durante o transporte (BRASIL, 2004).

Na impossibilidade de aplicar líquidos endovenosos no local ou próximo à UBS e, se já houve um treinamento para o uso de Sonda Nasogástrica (SNG), o SRO poderá ser administrado por essa via:

- o líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, 20 a 30 ml/kg/hora,
- reavaliar a criança a cada 30 minutos,
- se houver vômitos repetidos ou distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente,
- se, depois de 2 horas, a hidratação não estiver melhorando, encaminhar a criança para terapia endovenosa,
- se depois de 2 horas a criança estiver hidratada, dar as orientações necessárias para a realização do Plano A em casa para continuar o tratamento (BRASIL, 2004).

5 METODOLOGIA

O método proposto foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), visando à resolução da situação-problema identificada no contexto da área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família, e definido por Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) como adequado para a execução dos programas de assistência à saúde.

Relacionando a situação-problema com a realidade ampla da eliminação ou diminuição da incidência da gastroenterite como problema de saúde pública, a primeira atividade foi o estudo dos dados expostos em relatório construído pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município, através da análise das fichas de notificação das doenças diarreicas agudas enviadas por cada unidade de saúde da equipe do PSF Nossa Senhora da Glória durante os três primeiros meses de 2013. Posteriormente houve a compilação desses dados e a elaboração do plano operativo.

Assim, o PES seguiu os quatro momentos definidos por Savassi e Dias (2007, p. 13):

MOMENTO EXPLICATIVO: Conhecer a situação atual. Procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas, com a existência de outros atores.

MOMENTO NORMATIVO: Formulação de soluções para enfrentamento do problema, elaboração de Propostas de Solução.

MOMENTO ESTRATÉGICO: Construir viabilidade para as propostas de soluções, formulação de estratégias.

MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: Execução do plano. Modelo de gestão, acompanhamento e avaliação do plano.

A implementação do PES, consistiu de um trabalho multidisciplinar, envolvendo todos os profissionais da equipe do PSF Nossa Senhora da Glória de Matias Cardoso – MG, assim como a comunidade e contou com o apoio das Secretarias de Ação Social e de Saúde do município.

6 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Objetivos	Ações/Estratégias	Responsável/Equipe/Atores sociais/	Metas/ Resultados/ Produtos esperados	Data/Período
<p>MOMENTO EXPLICATIVO:</p> <p>-Desenvolver estudo diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Matias Cardoso-MG, para conhecimento sobre a incidência de doenças diarreicas agudas na população pediátrica durante os três primeiros meses de 2013.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar reuniões de trabalho; - Organizar grupos de estudos para diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Matias Cardoso-MG; - Compilar e analisar de dados para elaboração de relatórios. 	<p>Leandro Jaime Barreto Costa; Wanelle Aparecida Mattos; equipe do PSF Nossa Senhora da Glória; agentes comunitários de saúde; integrantes das Secretarias de Ação Social e de Saúde; comunidade do município de Matias Cardoso-MG.</p>	<p>Relatório contendo registro de informações e dados sobre a incidência de gastroenterite pediátrica e doenças diarreicas agudas na população de 0 a 10 anos de idade, durante os três primeiros meses de 2013, na área de abrangência da equipe do PSF Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG.</p>	<p>Junho a dezembro/2013</p>
<p>MOMENTO NORMATIVO:</p> <p>-Elaborar e implementar plano operativo com vistas à prevenção e diminuição da incidência de gastroenterite na população pediátrica de Matias Cardoso-MG</p>	<p>Organizar reuniões de trabalho para elaboração e apresentação de plano operativo para o enfrentamento da situação problema apresentada na área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG.</p>	<p>Leandro Jaime Barreto Costa; Wanelle Aparecida Mattos; equipe do PSF Nossa Senhora da Glória; agentes comunitários de saúde; integrantes das Secretarias de Ação Social e de Saúde; representantes da comunidade do município de Matias Cardoso-MG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do plano operativo para o enfrentamento da situação problema apresentada na área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG; - Apresentação do plano operativo às equipes de saúde, Secretarias Municipais de Saúde e de Ação Social, instituições educacionais, empresários, fazendeiros e população da área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória. 	<p>Apresentação do plano operativo: setembro/2013; início das atividades: Dezembro/2013.</p>

<p>MOMENTO ESTRATÉGICO: -Organizar e executar ações educativas a partir da realização de reuniões na modalidade roda de conversa para discutir experiências vivenciadas no âmbito das áreas de abrangência das equipes de Saúde da Família Nossa Senhora da Glória, do município de Matias Cardoso-MG, durante a elaboração do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica e na implementação do plano operativo, visando à prevenção e tratamento da gastroenterite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os agentes comunitário de saúde; - Realizar reuniões com setores envolvidos e comunidade; - Realizar campanhas educativas nas creches e escolas do município de Matias Cardoso-MG; - Divulgar campanhas educativas na estação de rádio local; 	<p>Leandro Jaime Barreto Costa; Wanelle Aparecida Mattos; equipe do PSF Nossa Senhora da Glória; agentes comunitários de saúde; integrantes das Secretarias de Ação Social e de Saúde; representantes das instituições educacionais e comunidade do município de Matias Cardoso-MG.</p>	<p>Aumento do nível de informação da população e demais setores envolvidos sobre as medidas de prevenção, controle e tratamento das doenças diarreicas.</p>	<p>Novembro/2013</p>
<p>MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: -Organizar e desenvolver, de forma colaborativa entre equipe multidisciplinar do PSF Nossa Senhora da Glória, atividades educativas com o objetivo de proporcionar à população de Matias Cardoso-MG, conhecimento sobre meios para a prevenção e diminuição da incidência de gastroenterite na população pediátrica, bem como propor estratégias que visem facilitar o acesso a ações de atenção e manutenção da saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanha educativa e distribuição de colheres medidoras para o preparo do soro caseiro; - Implementar programa de distribuição de filtros de porcelana para tratamento da água nos domicílios; - Realizar ações que visem estabelecer relações de cooperatividade e intercâmbio de informações entre equipes de Saúde da Família, setores envolvidos e população do município de Matias Cardoso-MG para o combate e prevenção 	<p>Leandro Jaime Barreto Costa; Wanelle Aparecida Mattos; equipe do PSF Nossa Senhora da Glória; agentes comunitários de saúde; integrantes das Secretarias de Ação Social e de Saúde; representantes das instituições educacionais e comunidade do município de Matias Cardoso-MG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do nível de informação e prática da população sobre o uso do soro caseiro onde haja incidência de doenças diarreicas na população pediátrica do município de Matias Cardoso-MG; - Aumento do nível de informação e prática da população sobre o uso da solução clorada para tratamento da água; - Aumentar para 100% o número de famílias que consomem água filtrada; 	<p>Início: Dezembro/2013</p>

<p>-Organizar e desenvolver atividades de reconhecimento e valorização dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no trabalho de prevenção da gastroenterite e de educação para a saúde, bem como sobre a importância do trabalho colaborativo e a participação da população assistida.</p>	<p>da gastroenterite na população pediátrica do município.</p>		<p>Estabelecimento de relações de cooperatividade e intercâmbio de informações entre equipes de Saúde da Família, setores envolvidos e população do município de Matias Cardoso-MG para o combate e prevenção da gastroenterite na população pediátrica do município.</p>	
--	--	--	---	--

Fonte: Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG

Embora ainda esteja em implementação, os resultados alcançados com as ações do PES, até o momento, são apresentados no capítulo a seguir.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PES, na visão de Cechinel e Caminha (2012) consiste em uma ferramenta da gestão adequado ao planejamento em saúde, fundamentalmente ético-política, comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Neste sentido, à medida que se apresentam múltiplas variáveis do processo saúde-doença, o desafio que se coloca para a implementação do PES, certamente são as práticas inter e multidisciplinares, uma vez que somente dessa forma será possível ampliar o olhar para a elaboração de metas e objetivos de acordo com as necessidades da saúde da população. Assim, foi elaborado e teve início a implementação do PES, na área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG.

Retomando o que foi abordado no PES, vale ressaltar que para a construção do trabalho num enfoque multidisciplinar, foi necessário investir numa reflexão de toda a equipe da ESF para que os profissionais entendessem que suas especificidades nem sempre darão conta da complexidade que envolve o processo saúde/doença. Sendo assim, foi necessário tomar consciência da necessidade de abrir caminho para o dialogo, adotando como eixo central para um trabalho coletivo, concebendo uma forma de atuação multidisciplinar.

Neste contexto os resultados do estudo diagnóstico analítico realizado no município de Matias Cardoso-MG, demonstraram que a alta incidência de gastroenterite na área de abrangência das equipes do PSF Nossa Senhora da Glória requeria decisões e ações imediatas. Foram então realizadas reuniões com os membros de todas as equipes de saúde para reforçar a importância da notificação de todos os casos de doenças diarreicas para assegurar que as medidas de controle fossem adotadas com prontidão e efetividade. Na oportunidade foi realizada uma exposição e avaliação dos dados levantados até aquele momento.

Na implementação do PES, como ações práticas foram adotadas a distribuição de colheres medidoras para o preparo do soro caseiro, solução clorada para tratamento da água de consumo e filtros de água para a população com maior vulnerabilidade às doenças diarreicas. Para o desenvolvimento das ações foi buscada a parceira das Secretarias Municipais de Saúde e de Ação Social, assim como de empresários e fazendeiros que residem no território.

De acordo com Oliveira, Ferraz e Eller (2009, p. 43)

A redução da incidência das diarreias agudas é tarefa multissetorial, envolvendo educação, saúde, saneamento básico, serviço social e a esfera administrativa do país. A conscientização e a participação ativa de cada setor são a chave para o sucesso das intervenções

O programa de prevenção das doenças diarreicas teve início com o desenvolvimento de ações educativas de forma contínua, fornecendo às famílias informações sobre as medidas de prevenção, controle, tratamento e fatores de risco associados às doenças diarreicas. Os resultados dessas ações são apresentados e discutidos a seguir.

7.1 Ações educativas visando a prevenção das doenças diarreicas

A equipe do PSF desenvolveu junto à população, ações educativas de forma contínua, fornecendo às famílias informações sobre as medidas de prevenção, controle, tratamento e fatores de risco associados às doenças diarreicas.

Didaticamente, esse processo teve início com as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, já que são os representantes mais próximos do elo entre os usuários do sistema de saúde e o próprio serviço de saúde.

De acordo com a Portaria 2.488 do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) o Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve realizar, no mínimo, uma visita por família da área de abrangência ao mês, sendo que, quando necessário, estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Dentro de suas atribuições, relacionadas ao seu nível de conhecimento, estão aquelas que se destinam à informação do processo de saúde com ênfase em medidas preventivas e detecção de alterações que requerem avaliação da equipe multiprofissional.

Nesta perspectiva os ACS ficaram incumbidos de prestar esclarecimentos às famílias quanto à necessidade de reidratação oral, assim como sobre a importância do aleitamento materno imediato e exclusivo. A população recebeu ainda orientações sobre higiene corporal, das mãos, alimentos e preparo de água para consumo, assim como sobre a necessidade de buscar auxílio junto a UBS em casos de diarreia aguda.

Durante a abordagem nas visitas domiciliares, os ACS forneceram orientações enfatizando sobre a importância da utilização de água tratada com o hipoclorito de sódio para a diminuição do risco de adquirir microrganismos relacionados a doenças diarreicas e parasitoses intestinais, e como forma de reduzir o índice de morbimortalidade atribuído a essas doenças.

Ficou definido um dia na semana para que o médico ou enfermeiro, acompanhado pelo ACS e/ou pelo Técnico de Enfermagem, visitem uma determinada área para prestar cuidados em saúde e esclarecimentos à população sobre as ações a serem adotadas para minimizar a incidência de gastroenterite e enfrentar os problemas decorrentes dela.

Apesar de ainda não termos dados sistemáticos que comprovem a eficácia das informações e orientações prestadas pela equipe de Saúde da família na área de abrangências do Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso- MG, numa simples visita às residências é possível perceber que os resultados destas ações de caráter informativo e educativo resultaram na redução dos riscos de desenvolvimento das doenças diarreicas entre as crianças de 0 a 10 anos, pois os pais ou responsáveis passaram a adotar muitas das orientações que receberam durante a implementação do PES.

7.2 Distribuição de colheres medidoras para o preparo do soro caseiro

De acordo com Costa *et al* (2004), a diarreia, principalmente quando acompanhada de vômito, resulta na desidratação, que é a perda de água e sais minerais pelo corpo, um dos agravantes responsável pelo alto índice de mortalidade infantil no Brasil.

O soro caseiro, recomendado para prevenir a desidratação causada por diarreias e vômitos, consiste na preparação e administração de uma solução de água, açúcar e sal de cozinha. A mesma questão é abordada por Scharam (2008) *apud* Oliveira, Ferraz e Eller (2009), afirmando que a função do soro caseiro é a reposição desses elementos perdidos.

Este autor destaca a importância da distribuição da colher medidora para que as famílias possam preparar o soro caseiro, esclarecendo que um erro na concentração de sal e açúcar pode provocar convulsão numa criança desidratada, levando até mesmo ao óbito.

Figura 1 – Colher medidora para preparo do soro caseiro.



Fonte: arquivo próprio

Na área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória, em Matias Cardoso, a implementação das ações do PES, dentre as quais destaca-se a distribuição de colheres

medidoras para o preparo do soro caseiro (Figura 1), acompanhadas das orientações sobre a importância da hidratação oral das crianças para prevenir a desidratação, apontaram a diminuição das complicações decorrentes da diarreia aguda.

7.3 Distribuição de solução clorada

De acordo com Batalha (2010), historicamente, o cloro tem sido a substância química escolhida para a desinfecção da água para o consumo humano, apresentando-se como um recurso de baixo custo, e demonstra ser um dos produtos mais eficazes para exterminar organismos patogênicos e, conseqüentemente, evitar as doenças de transmissão hídrica, refletindo na promoção e preservação da Saúde Pública, e especialmente, na redução da mortalidade infantil por diarreia.

Dentre as medidas de intervenção realizadas pela equipe do PSF Nossa Senhora da Glória, se destaca a realização de mutirões para distribuição de cloro e orientações acerca do uso adequado para tratamento das águas armazenadas.

7.4 Campanha de distribuição de filtros

Na área de abrangência do PSF Nossa Senhora da Glória, a distribuição de filtros conseguiu aumentar para 100% o número de famílias que passaram a consumir a água filtrada, tanto para ingestão como para preparação de alimentos.

De acordo com Alves (2009), a diarreia infecciosa aguda é a segunda causa de doença mais comum em todo o mundo e sua transmissão pode ocorrer por via direta – contato com mãos, lábios ou objetos contaminados – e, por via indireta através de alimentos ou água contaminados, ou por vetores. A transmissão por via indireta pode ser drasticamente reduzida a partir de melhoria das condições de higiene pessoal e doméstica, assim como pela utilização de água tratada.

Morais e Jacob (2006), destacam a importância da qualidade da água consumida pela população na redução das doenças diarreicas, ressaltando que, nas últimas décadas, no Brasil e em todo o mundo estão sendo registradas reduções no índice de mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos; e que esses resultados podem ser atribuídos à maior distribuição de água tratada, assim como à maior duração do aleitamento materno e maior difusão de informações sobre a terapia de reidratação oral.

7.5 Avaliação dos resultados

A execução das ações de um PES depende da participação de todos os envolvidos. Neste contexto, a avaliação das ações do Plano Operativo de Atenção à saúde é uma forma de estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento dos serviços disponibilizados para a população e de verificar o grau de qualidade da implementação das mesmas, bem como o nível de participação de todos os envolvidos.

Assim, seguindo as orientações de Cechinel e Caminha (2012), as avaliações das ações do PES, visando diminuir a incidência de gastroenterite pediátrica entre a população de 0 a 10 anos de idade na área de abrangência da equipe do Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória em Matias Cardoso-MG, foram realizadas mensalmente com a participação de todos os envolvidos, quando, então, discutiu-se sobre os resultados alcançados e verificou-se a viabilidade das ações propostas.

As visitas periódicas aos domicílios foram as formas adotadas para a certificação da resolutividade das ações propostas e para decidir sobre a continuidade das mesmas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso assumimos o desafio de desenvolver estudo diagnóstico analítico sobre dados do relatório da Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município de Matias Cardoso-MG, para conhecimento sobre a incidência de doenças diarreicas agudas na população pediátrica durante os três primeiros meses de 2013. Com base nestes dados, foi elaborado e iniciou-se a implementação de um plano operativo com vistas à prevenção e diminuição da incidência de gastroenterite na população pediátrica do município em questão.

Com base nos resultados do diagnóstico, foi possível considerar que no município de Matias Cardoso-MG, problemas infraestruturais como a ausência de saneamento básico e o acesso restrito à água tratada para consumo humano, aliada à falta de conhecimento da população sobre os fatores de risco das doenças diarreicas favorecem a alta incidência de gastroenterite entre a população infantil de 0 a 10 anos.

Uma das mais importantes funções da equipe da saúde da família é manter a população informada sobre o processo de saúde com ênfase em medidas preventivas e detecção de alterações que requerem avaliação da equipe multiprofissional.

Desta forma, as ações educativas visando à prevenção e tratamento das doenças diarreicas, além de promover boas práticas de higienização, assim como a distribuição de filtros e de solução clorada que possibilitam o consumo de água filtrada e tratada foram fundamentais para que a população se prevenisse desse que ainda é um dos males mais comuns no mundo.

O aumento do uso do soro caseiro e a redução no número de novos casos de doenças diarreicas na área de atuação da equipe do PSF Nossa Senhora da Glória foram percebidas após o início das intervenções e, o desafio colocado agora é a manutenção desses resultados.

Considerando que um Planejamento Estratégico Situacional em Saúde requer uma avaliação periódica, os Agentes Comunitários de Saúde deverão retornar aos domicílios para certificarem se as medidas foram resolutivas e se continuam a serem adotadas pela população.

REFERÊNCIAS

ALVES, Carlene de Fátima Moraes. **Bactérias enteropatogênicas envolvidas em doenças transmitidas por alimento e diarreias agudas em Minas Gerais no período de 2006 a 2008.** Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_carlenealves_mh_e.PDF>. Acesso em: 27 out. 2014

ARAÚJO, M. F. M. *et al.* A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá-PR, v. 6, n. 1, p. 76-84, Jan./Mar. 2007.

BARBIERI, D.; PALMA, D. **Gastroenterologia e nutrição.** São Paulo: Atheneu, 2001.

BATALHA, Ben-Hur Luttenbarck. **Água para consumo humano.** 2010. Disponível em: <http://www.consultoriaambiental.com.br/artigos/aguas_saude_e_desinfeccao.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

BENIGUI, Y, *et al.* **Ações de saúde materno-infantil a nível local:** segundo as metas das cúpulas mundial em favor da infância.1997. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe>> Acesso em: 10 out. 2013.

BENICIO, M. H. D. & MONTEIRO, C. A. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984 – 1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, Supl. 6, p. 83-90, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: <http://Portal2.Saude.Gov.Br/Saudelegis/Leg_Norma_Pesq_Consulta.Cfm>. Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem,** Brasília: MS/USP, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Doenças infecciosas intestinais.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 12 out. 2013.

CECHINEL, Caroline; CAMINHA, Maria Eduarda Pereira. Planejamento estratégico situacional na Estratégia de Saúde da Família: vivência teórico-prática. **Anais... III Congr Sul-Bras Med Fam Comunidade.** Florianópolis – SC: 22-28.abr.2012. Disponível em:

<<http://www.cmfc.org.br/sul/article/view/126>>. Acesso em: 27 jan. 2014. ISSN: 2238-2232 (online)

COSTA, Paulo Sérgio Sucasas da *et al.* **Manifestações clínicas e epidemiológicas das infecções por Rotavirus A.** **Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 13, p. 151-158, 2004.

Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1070.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

FERREIRA, José Paulo. **Pediatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

IBGE. **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314085&search=minas-gerais|matias-cardoso>>. Acesso em: 15 maio 2013.

LIMA, R. M; DIAS, J. A. Gastroenterite aguda. **Nascer e crescer: revista do hospital de crianças Maria Pia**, Porto, v. XIX, n. 2, p. 85-90, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo viva vida**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

MORAIS, Mauro Batista de; JACOB, Cristina Miuki Abe. O papel dos probióticos e prebióticos na prática pediátrica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5 (Supl.), p. 189-197, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572006000700009&script=sci_arttext.pdf> Acesso em: 25 out. 2013.

OBREGÓN, P. L. **Acesso ao conhecimento e práticas em relação à doença diarreica aguda na infância: um estudo junto às mães, balconistas de farmácias e médicos, no Subdistrito de Paz do Sacomã - São Paulo**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP, 1996. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0102311X200200010002900017&lng=en>. Acesso em: 23 out. 2013.

OLIVEIRA, Gésica Fonseca de; FERRAZ, Larissa de Moraes; ELLER, Raquel Soares Lima. **Conhecendo as ações preventivas e curativas nos casos de diarreia aguda por rotavírus em lactentes**. Governador Valadares, MG: UNIVALE, 2009.

PENA, G. O. et al. **Doenças infecciosas e parasitárias: aspectos clínicos de vigilância epidemiológica e de controle: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação nacional de Saúde, 1998.

PEREIRA, I. V; CABRAL, I. E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 224 – 229, jun/2008. Disponível em:

<http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/06ARTIGO02.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013

PICON, P. X. *et al.* **Pediatria: consulta rápida**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

SAVASSI, Leonardo C. M.; DIAS, Ruth Borges. **Planejamento de ações na equipe**. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf2007/gesfplanejamentodeacoes.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Saúde da Família Nossa Senhora da Glória**. Matias Cardoso, MG: SMS, 2013.

SIQUEIRA, A. A., *et al.* Surto de gastroenterite por Rotavírus no município de Rio Branco –AC. **Boletim Eletrônico Epidemiológico**, Brasília, Ano 06, n. 08, p. 1-6, 31 dez. 2006. Disponível em:

< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_eletronico_epi_ano06_n08.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, Nara Katary dos Reis. **Doenças diarréicas**: um estudo epidemiológico das gastroenterites no Brasil. Feira de Santana – BA: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009. Disponível em: <http://aquarios.uefs.br:8081/cris/media/pdf/souza_2009.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

TANCREDI, Francisco Bernadini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde**, v. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

VASCO, Marina Mendes. **Diarréia aguda**. Brasília, DF: Escola Superior de Saúde, 2002. Disponível em: <www.paulomargotto.com.br/documentos/Diarréia%20aguda.ppt>. Acesso em: 12 out. 2013.

VIEIRA, G. O; SILVA, L. R; VIEIRA, T. O. Alimentação infantil e morbidade por diarréia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, p. 449-454. Out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n5/v79n5a13.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004,

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diarrhoea**: Why children are still dying and what can be done can be done. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf>. Acesso em: 05 maio 2013.