

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARIEL SALAZAR LIMA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA E CONTROLE
DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA III, NO MUNICÍPIO DE JACARÉ
DOS HOMENS - ALAGOAS**

MACEIÓ - ALAGOAS

2016

ARIEL SALAZAR LIMA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA E CONTROLE
DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA III, NO MUNICÍPIO DE JACARÉ
DOS HOMENS - ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção de certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Lourani Oliveira dos Santos Correia

MACEIÓ - ALAGOAS

2016

ARIEL SALAZAR LIMA

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA E CONTROLE
DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA III, NO MUNICÍPIO DE JACARÉ
DOS HOMENS - ALAGOAS**

Banca Examinadora

Prof^a. Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia – orientadora (UFAL)

Prof^a. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

DEDICATÓRIA

A todos que com seu esforço contribuíram para realização deste trabalho, em especial, à minha equipe da Estratégia Saúde da Família III, por seu companheirismo e dedicação.

Aos meus familiares, que lá de longe tem dado todo seu apoio.

À coordenação cubana da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) por nos dar a oportunidade do intercâmbio.

Por fim, a Deus por abençoar e iluminar meu caminho todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Aos componentes da minha equipe ESF IIII, que souberam entender nossas diferenças culturais para que o melhor resultado fosse alcançado.

À minha orientadora Lourani Oliveira dos Santos Correia por sua ajuda imprescindível para confecção deste trabalho.

O médico vai ser mais que alguém que atende a alguém que adocece e vai ao hospital, mas terá um papel especial na medicina preventiva. Será um guardião da saúde.

Fidel Alejandro Castro Ruz

RESUMO

A síndrome diarreica aguda é uma das doenças mais observadas no dia a dia em consultas na atenção básica. Além disso, é a principal causa de morte por conta das suas complicações (a exemplo, a desidratação), pois se não tratada de forma oportuna, com rapidez e eficácia poderá levar a óbito. No trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família numa área rural onde existe um alto índice de analfabetismo, más condições higiênicas e sanitárias, sem acesso a água e alimentação de qualidade a estratégia de informação, educação e comunicação tem sido um instrumento largamente utilizado para aproximação e adesão dos usuários à promoção da saúde. O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de ação para melhorar a assistência e controle das diarreias na área de abrangência da equipe de saúde da família III, no município de Jacaré dos Homens. A elaboração do plano baseou-se no método do Planejamento Estratégico Situacional em saúde. Para identificar os problemas realizou-se o diagnóstico situacional com o método da estimativa rápida sendo consultadas e coletadas informações das fontes de dados existentes na Unidade, entrevistas com informantes chaves e observação ativa da área. Identificou-se como problema prioritário para promoção da saúde, a alta incidência de diarreia por verminose em crianças menores de cinco anos. No percurso metodológico contou-se com o envolvimento de atores sociais da área de saúde e usuários. Utilizou-se metodologicamente de estratégias das Rodas de Conversas e identificação dos nós críticos que culminaram na elaboração de três projetos: Mais Saúde, Saber mais e Cuida Melhor para intervir sobre os nós críticos do problema priorizado: hábitos e estilo de vida inadequados, baixo nível de informação sobre a doença, estrutura dos serviços de saúde deficiente. Busca-se melhorar a qualidade de vida da população da área adscrita diminuindo a morbimortalidade por diarreia, minimizando o desconhecimento sobre a doença e suas complicações. São fundamentais para o êxito do presente plano a identificação dos recursos e a articulação política e para viabilizá-los. E assim, conseguir espaços nas escolas e meios de divulgação, alinhamento com Secretarias de Saúde e Educação, aquisição de recursos para estruturação do serviço e organização de cronograma de atividades visando o êxito das atividades planejadas.

Palavras chave: Gastroenterite. Verminoses. Planejamento em saúde.

ABSTRACT

Severe acute syndrome is one of the most observed diseases on a daily basis in our consultations, moreover, is the leading cause of death on account of its complications (for example, dehydration), because if not treated in a timely manner, with speed and efficiency can lead to death. We work in a rural area where there is a high rate of illiteracy, bad health and hygienic conditions, without access to water and feed quality. The strategy of information, education and communications has been a widely used instrument for rapprochement and accession of users to health promotion. The aim of this work is to elaborate and provide a plan of action to carry out health education activity with the purpose of reducing the high rate of diarrhea and its complications, in the area covered by the family health team number III, in the municipality of Jacaré dos Homens. The intervention plan was based on the situational strategic planning method in health. To identify the problems the Situational diagnosis with the rapid assessment method being queried and collected information from the sources of existing data on the drive, key informant interviews and active observation of the area. Identified as a priority problem for health promotion, the high incidence of diarrhoea by parasitic diseases in children under five years. In the Methodological Path was with the involvement of social actor's health and users; methodologically strategies was the wheels of Conversation; identification of us critics; project budget: healthcare a right for all; Prevention for all. Were identified as us critics of prioritized problem: inadequate habits and lifestyle, low level of information about the disease, poor health services structure. The aim is to improve the quality of life of the population of the area assigned decreasing the morbidity by diarrhoea, minimizing the ignorance about the disease and its complications. Are fundamental to the success of this plan the identification of resources and the political articulation and inter them feasible for industry. Therefore, get spaces in schools and the means of dissemination, alignment with State departments of health and education, acquisition of resources for structuring and organization of service schedule of activities.

Key Word: Helminthiasis. Worms. Health planning.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
DDA	Doença Diarreica Aguda
ESF	Estratégia Saúde da Família.
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização.
PSF	Programa de Saúde da Família
SIVEP	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Jacaré dos Homens é um município localizado no Estado de Alagoas que se encontra a 196 km da capital e está localizado no Sertão Alagoano. Possui, segundo dados do IBGE (2010), uma população estimada em 5.413 habitantes e ocupa uma área territorial de 149.501 km². Sua densidade demográfica é de 38,03 hab/km² e a taxa de urbanização de 56,01%.

Pertencente à microrregião da cidade de Batalha, limita-se ao Norte com o município de Batalha; ao Sul, com Monteirópolis; ao Leste, com Olivença e ao Oeste com a cidade de Olho d'Água das Flores. Informações sobre os aspectos históricos da cidade apontam que

"o povoamento iniciou-se por volta de 1900, quando a fazenda São Francisco, de Domingos de Freitas Mourão, começou a receber impulso, conhecendo uma etapa de grande progresso. Muitas casas foram construídas formando ali um aglomerado humano de grandes proporções que, em pouco tempo, apresentava as características de uma pequena vila. Nessa época foi encontrado um jacaré no riacho que passava próximo ao lugarejo. Por ser um animal raro na região, o local ficou sendo conhecido como "Jacaré" e assim permaneceu durante muito tempo. Foi-lhe acrescentado mais tarde "dos Homens", em virtude de uns comerciantes de Penedo, conhecidos como Peixotos, que negociavam na região afirmarem constantemente que Jacaré era terra de comerciantes honestos, sinceros e leais. Em 17 de setembro de 1949 Jacaré dos Homens foi elevado à condição de vila, por força da Lei nº 1.473. Alcançou a sua autonomia administrativa através da Lei nº 2.073, de 9 de novembro de 1957, sendo o município instalado oficialmente a 1 de janeiro de 1959, desmembrado do território de Pão de Açúcar (IBGE, 2016)."

As principais atividades socioeconômicas da cidade de Jacaré dos Homens são: a agricultura e a pecuária. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), em 2010, foi 0,583 sendo considerado baixo. No município, a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza equivale a 24,64% da população (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2010).

Pode-se dizer que 100% da população da cidade é usuária da assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O município tem como modelo assistencial a

Estratégia Saúde da Família tendo três equipes com Saúde Bucal modalidade I funcionando em duas Unidades de Saúde: o centro de Saúde Prefeito Antônio Figueiredo e a Unidade Básica Laura Souto Silva. Ao todo o município dispõe de 16 agentes comunitários de saúde e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Tipo 2. Para o desenvolvimento das atividades de vigilância em saúde há uma Unidade de Vigilância Sanitária, uma de vigilância epidemiológica e uma unidade de endemias.

A rede de média e alta complexidade que atende às necessidades do município (Urgência, Oncologia, Rede Cegonha e Saúde do Trabalhador) são redes que abrangem todo o estado. O município possui apenas a rede de atenção básica e algumas especialidades como: ginecologia, pediatria, psiquiatria, cirurgia, oftalmologia e dermatologia. Além disso, conforme o sistema de regulação e o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Jacaré dos Homens encaminha os pacientes para os municípios de Batalha e Arapiraca.

No município não existe hospital, nem clínicas públicas ou privadas. Não há laboratório próprio, apenas um posto de coleta básico no centro municipal de saúde localizado no centro da cidade. Possui duas farmácias particulares e uma central de assistência farmacêutica pública também localizada no centro municipal de saúde.

A equipe da Estratégia Saúde da Família III (ESF III) é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal e um coordenador. A equipe presta serviço a população da área de abrangência e em cinco postos de saúde diferentes, sendo quatro na zona rural e um na zona urbana e também atende a outras microáreas.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência da ESF III da área urbana é deficiente, havendo muitas fossas e esgotos a céu aberto. Ainda mais precárias são as condições sanitárias a que estão expostas a população residente na zona rural, onde não há coleta de lixo, rede de esgotos ou mesmo tratamento adequado da água para consumo humano em escala suficiente.

A ocorrência de agravos e epidemias são reflexo das condições fisiológicas da população, condições socioambientais, e a presença de reservatórios e hospedeiros

que podem potencializar doenças relacionadas à água. A falta de saneamento básico, qualidade da água e manipulação de alimentos são as principais causas de transmissão de algumas doenças relacionadas à água. Por isso, para evitar o problema é fundamental ingerir água filtrada ou fervida, lavar sempre as mãos, entre outros cuidados.

Ao longo dos dois últimos anos de trabalho atuando na ESF III foi possível perceber que havia muitos casos de diarreia aguda, particularmente em crianças e em pessoas que dispunham de condições sociais desfavoráveis e que esses casos eram de difícil resolução por falhas no manejo desta doença. Todos esses aspectos justificam a elaboração de um plano de intervenção para melhorar a assistência a essas crianças.

2 JUSTIFICATIVA

A diarreia aguda é doença prevalente com altos índices de mortalidade, especialmente em crianças pequenas. Sua incidência está relacionada ao saneamento básico e estado nutricional ruins, condições encontradas em várias partes do Brasil, tal qual em Jacaré dos Homens, onde, segundo o IBGE (2014) 24,64% da população estavam abaixo da linha da pobreza e as condições sanitárias são deficientes.

Assim, a vigente preocupação das organizações internacionais de saúde com a redução da mortalidade infantil, com enfoque em causas evitáveis como diarreia, ratifica a importância do estudo deste tema e a aplicação de medidas para aperfeiçoar as intervenções realizadas (UNICEF, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um plano de ação para melhorar a assistência e controle das doenças diarreicas na área de abrangência da ESF VIII do município de Jacaré dos Homens, Alagoas.

3.2 Específicos

Orientar a população acerca de medidas higiênicas e sanitárias visando a prevenção primária da diarreia aguda.

Orientar sobre a importância do acompanhamento dos pacientes com diarreia.

Estruturar o serviço de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

4 METODOLOGIA

Para identificar os problemas no território da unidade foi realizado o diagnóstico situacional utilizando-se o método da estimativa rápida sendo consultadas e coletadas informações das fontes de dados existentes na Unidade, entrevistas com informantes chave e observação ativa da área.

Constatou-se que os principais problemas da área adscrita à ESF III são: saneamento básico deficiente; deficiência no abastecimento e má qualidade da água tratada no domicílio; hipertensão arterial e diabetes mellitus II descompensada e alta incidência de diarreia aguda por verminoses em crianças menores de cinco anos.

Para estabelecer o problema prioritário foram utilizados os critérios de importância do problema, sua urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo. Para definir a importância do problema atribuiu-se o valor “alto”, “médio” ou “baixo”; a urgência, distribuiu-se pontos de zero a dez e a capacidade do grupo para enfrentá-lo, definiu-se se a solução do problema está “dentro”, “fora” ou “parcialmente dentro” da capacidade de enfrentamento da equipe. No Quadro 1 é possível verificar como o problema prioritário foi identificado.

Quadro 1 - Classificação das prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe de Saúde da Família III

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de diarreia por verminose em crianças menores de cinco anos	Alta	9	Parcial	1
Saneamento básico deficiente	Alta	7	Parcial	2
Deficiente abastecimento e má qualidade da água tratada no domicílio	Alta	6	Parcial	2
Hipertensão arterial descompensada	Alta	5	Parcial	3

Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada	Alta	4	Parcial	4
--	------	---	---------	---

Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores: gastroenterite, verminoses e planejamento em saúde, selecionando-se os artigos publicados nos últimos cinco anos.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Conceito de Doença Diarreica Aguda

A Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma doença autolimitada que geralmente vem acompanhada de vômitos, febre e dor abdominal e se caracteriza pelo aumento do número de evacuações podendo apresentar muco e sangue (disenteria). Sua gravidade depende da intensidade da desidratação ocasionada pela quantidade de líquidos perdidos durante os episódios diarreicos, que em geral, duram em média 14 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Souza (2000) citado por Pereira e Cabral (2008, p. 225) reafirma que a diarreia é uma “alteração das funções gastrintestinais, que leva à ocorrência de três ou mais evacuações de consistência amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, sendo apontada como uma das afecções que mais ocasiona transtornos à saúde das crianças”

Os principais causadores de diarreia aguda em crianças são os vírus, especialmente o rotavírus, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em países em desenvolvimento. Essas infecções são caracterizadas inicialmente por febre e vômitos, por dois a três dias, seguindo-se por diarreia aquosa abundante sem produtos patológicos (sangue, muco ou pus). Seu curso é geralmente autolimitado. (BARBUTI, 2008).

Conforme Moraes e Castro (2014) as causas da diarreia aguda podem ser agrupadas em quatro categorias principais: bacterianas, virais, parasitárias e não infecciosas. Em quadros infecciosos (acometidos com maior frequência), podem estar presentes microrganismos não invasivos, que são especialmente ativos no intestino, causando diarreia aquosa. Esses microrganismos ocasionam a diarreia através de interações variadas com a mucosa intestinal.

Há múltiplos fatores que interferem na ocorrência das diarreias. Busato (2013) afirma que as condições socioeconômicas, vacinação e saneamento básico, além de fatores ambientais, nutricionais e culturais estão envolvidos de forma direta ou

indireta na incidência das diarreias. Isso explica o fato dela acometer a população em geral, independente de faixa etária, mas ter sua maior incidência em crianças menores de cinco anos, levando muitas ao óbito principalmente nos países subdesenvolvidos.

5.2 Histórico das diarreias agudas no Brasil

“Segundo dados oficiais do Brasil, no período de 1995 a 2005, ocorreram 39.421 mortes por diarreia e 1.505.800 internações associadas a esta doença em crianças menores de cinco anos” (RODRIGUES *et al.*, 2014, p. 595). No período de 1996 a 1999 observou-se redução da mortalidade e da letalidade por gastroenterites agudas, podendo este fato estar relacionado a melhoria das condições de saneamento básico bem com a difusão da reidratação oral. No entanto, as diarreias ainda se constituem a primeira causa de internação entre as crianças (MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R., 2001).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são registrados anualmente cerca de dois bilhões de casos de doença diarreica no mundo, e 1.9 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade morrem por causa de diarreia, especificamente nos países em desenvolvimento, representando 18% de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos. Mais de 5.000 crianças morrem a cada dia como resultado de doenças diarreicas. De todas as mortes infantis provocadas pela diarreia, 78% ocorrem na África e no sudeste Asiático (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2012 *apud* ARAÚJO, 2014).

Façanha e Pinheiro (2005) citado por Araújo (2014) afirmam que apesar da sua diminuição como causa de mortalidade entre as doenças infecciosas e parasitárias, a diarreia aguda permanece como uma importante causa de morbidade e um problema de saúde pública tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos.

A falta de saneamento básico em países em desenvolvimento, como sendo causador de problemas de saúde pública era afirmado por Bencke e outros autores (2006) citando Souza, Bocardi e Cardoso (2015), como uma adversidade, já existente há muitos anos em nosso país. Estudos evidenciavam a complexidade do processo de determinação das parasitoses e a importância dos determinantes

sociais e do ambiente natural ou modificado na regulação da intensidade da produção e difusão da epidemia. Condições ambientais precárias, abastecimento de água insuficiente e sistemas de esgoto inadequados eram e continuam sendo citados frequentemente como os maiores obstáculos para o controle do desenvolvimento de surtos e epidemias, assim como para o constante índice elevado de diarreias agudas.

Alguns autores reafirmam que esses índices estão associados à

[...] pobreza e nutrição inadequada, a falta de abastecimento de água e saneamento básico, têm sido os principais fatores responsáveis pelos elevados índices de morbidade e mortalidade, especialmente na idade infantil. As parasitoses intestinais são observadas com maior frequência nas classes salariais mais baixas e com menor grau de escolaridade; onde decrescem gradativamente nas classes mais privilegiadas economicamente e com melhores níveis de instrução educacional. A prevenção dos problemas de saúde que acometem o homem depende, portanto, de se avaliar não apenas o perfil epidemiológico, mas também os conhecimentos sobre a vida, cultura, práticas e atitudes da comunidade (MACEDO, 2005 *apud* SOUZA; BOCARDI; CARDOSO, 2015, p. 79).

Segundo Bittar (2009) citado por Rodrigues (2014), em várias comunidades brasileiras, consideradas como populações impossibilitadas de infraestrutura urbana, como serviços de saneamento e equipamentos públicos, são atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, como meio de promoção da saúde no país. Através desse programa, as ações voltadas para o atendimento a estas crianças devem ser notificadas ao Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP), que tem como objetivo principal gerar um panorama para uma melhor avaliação e tomada de decisão.

5.3 Manifestações clínicas e diagnóstico

De acordo com Oliveira (2013) citado por Araújo (2014), o diagnóstico do quadro de diarreia não apresenta em geral dificuldades, o próprio paciente consegue afirmar corretamente. Ao médico caberá confirmar o diagnóstico, certificando-se de que o

que foi relatado realmente trata-se de diarreia e não apenas a eliminação frequente de fezes formadas.

Silva *et al.*, (2004) citado por Araújo (2014), traz características específicas para o episódio diarreico agudo, tais como o início abrupto, a etiologia infecciosa e o curso potencialmente autolimitado. A presença de três ou mais fezes de consistência diminuída e aquosa num período de 24h (sendo a recorrência do estado inferior a 14 dias) definem a diarreia aguda, distinguindo-a da disenteria (diarreia sanguinolenta, presença de sangue visível e muco).

Na abordagem do paciente com diarreia aguda, a anamnese e o exame físico são fundamentais. Não só pela contribuição para a suspeição quanto a determinados agentes etiológicos, mas também na orientação das próximas medidas diagnósticas a serem instituídas (MORAES; CASTRO, 2014 *apud* ARAÚJO, 2014). Conforme afirma alguns autores

“Na avaliação diagnóstica, o conhecimento pormenorizado sobre a história clínica do paciente bem como a realização de um exame físico cuidadoso são preponderantes para o sucesso do tratamento” (MARTINS *et al.*, 2011 *apud* ARAÚJO, 2014, p. 18).

Os sintomas que podem acompanhar um surto de diarreia aguda são a dor abdominal, febre, fezes sanguinolentas ou heme-positivas, bem como os vômitos ou náuseas. E “apesar da presença de algumas pistas clínicas, não é possível determinar o agente etiológico definitivo da diarreia simplesmente pela via clínica” (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2012 *apud* ARAÚJO, 2014, p. 18).

De acordo com Lima e Dias (2010) citado por Araújo (2014), os vômitos e a febre podem estar ausentes, suceder ou se apresentarem antes da diarreia. Quando estão presentes, geralmente terminam em poucas horas após hidratação adequada, e num período máximo de 48h. Alguns sintomas podem ser preditivos da etiologia, a febre elevada (> 40°C) é comum na infecção por *Shigella* e a presença de sangue nas fezes é habitualmente associada a agentes bacterianos.

Conforme Moraes e Castro (2014), o diagnóstico diferencial deve ter como enfoque cinco fatores principais: infecções, alergias alimentares, intoxicação alimentar, uso de medicações e apresentação inicial de diarreia crônica. No caso das infecções

bacterianas, podem causar a diarreia: *Aeromonas spp.*, *Campylobacter spp.*, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli* (êntero-hemorrágica, enterotoxigênica, êntero-invasiva), *Plesiomonas spp.*, *Salmonella spp.* e *Shigella spp.* Para as infecções Virais: adenovírus, norovírus, rotavírus. Parasitas ou protozoários podem ser causadores: *Criptosporidia*, *Cyclospora*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* e *Microsporidia*. Quanto aos medicamentos e toxinas associadas à diarreia encontram-se: Redutores da secreção ácida (p. ex.: antagonistas H2, IBPs), antiácidos, antiarrítmicos, antibióticos, anti-inflamatórios (AINEs), anti-hipertensivos, antineoplásicos, antirretrovirais, colchicina, metais pesados, análogos da prostaglandina (p. ex.: misoprostol) e suplementos vitamínicos e minerais.

5.4 Abordagem Terapêutica

A introdução da terapia de reidratação oral, é uma medida que tem como objetivo a diminuição da desnutrição infantil e melhora no acesso a serviços de saúde, em que na década de 1990 foi apontada como uma das principais responsáveis pelo declínio na mortalidade por diarreia no território brasileiro (BERN *et al.*, 1993 *apud* BUSATO *et al.*, 2013, p. 20).

Na abordagem terapêutica, a principal medida a ser instituída é a terapia de reidratação. Independentemente de sua etiologia e forma de apresentação clínica, as medidas de suporte são fundamentais para o manejo adequado da doença. De acordo com orientação da OMS, a terapia de reidratação deve ser por via oral, sempre que possível (MORAES; CASTRO, 2014, p. 27).

Ressalta-se que em indivíduos, crianças e/ou doentes com o sistema imunológico comprometido, as patologias podem se apresentar com destaque ou mais agravadas. As crianças podem apresentar diarreia crônica, e podem complicar seu quadro repercutindo na maioria das vezes para uma complicação sistêmica ou extra intestinais, podendo levar a óbito.

Moraes e Castro (2014), abordam que além das medidas de suporte, pode ou não haver necessidade de antibioticoterapia. Observa-se que, comumente, apenas 1% a 5% dos casos necessitarão de antibióticos. A imensa maioria dos pacientes

responde à terapia de reposição hidroeletrólítica adequada em três a sete dias, com melhora evidente nas primeiras 48 horas. Com isso, os antibióticos devem ser indicados para pacientes que cursem com: seis a 10 evacuações diárias; diarreia com sangue, muco ou pus; pesquisa de polimorfonucleares positiva nas fezes; presença de dor abdominal significativa; repercussões sistêmicas e/ou instabilidade hemodinâmica; sintomas há mais de 48 horas e diarreia dos viajantes em casos moderados a graves; presença de focos metastáticos extra intestinais; necessidade de internação hospitalar e/ou pacientes imunocomprometidos.

Além da abordagem terapêutica é fundamental o desenvolvimento de práticas e medidas preventivas com relação a parasitoses, principalmente na manipulação, preparo e armazenamento dos alimentos, além das condutas com a água a ser consumida, na perspectiva de mudança de comportamento a fim de evitar a contaminação e o desenvolvimento das parasitoses intestinais. A prática educativa torna-se elemento essencial na disseminação das novas práticas, tendo em vista que proporciona a promoção à saúde através do processo de ensino-aprendizagem, facilitando o entendimento acerca da contaminação e do papel de cada indivíduo frente à prevenção.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com os critérios adotados a equipe identificou a **alta incidência de doença diarreica aguda por verminose como problema prioritário**. Ainda assim, a precariedade do saneamento básico e os problemas de abastecimento de água potável apresentaram posição importante nessa lista.

Quadro 2 – Descritores do problema alto índice de diarreia aguda por verminose na Equipe de Saúde da Família III.

Micro Área	Nº pessoas com diarreia	Nº de pessoas de 0-5 anos com diarreia	Nº de pessoas com boa renda familiar	Nº de pessoas com bom nível cultural familiar
Caititu	103	72	8	12
Alto da Madeira	125	84	12	18
Ribeira	98	63	6	9
Poção	64	38	9	7
Nova Brasília	42	27	12	15

Como é possível observar no Quadro 2 o aumento na incidência de diarreia na área de abrangência da ESF III está relacionado com más condições socioeconômicas e culturais. Além disso, um dos “nós críticos” desse problema é a localização da população, em zona rural, e por isso não tem acesso a saneamento básico, não possui fontes de empregos estáveis, baixo nível de escolaridade e por consequência, pouca informação. Há ainda habitações impróprias que não dispõem de uma rede de saneamento, má qualidade da água e más condições de higiene, entre outros fatores que favorecem o aparecimento dessa patologia.

Os principais “nós” críticos encontrados estão relacionados com hábitos higiênicos e alimentares inadequados, nível de informação da população e estrutura dos serviços de saúde e de saneamento.

Diante disso, a metodologia a ser desenvolvida no plano de ação consiste em campanha educativa sobre alimentação saudável e medidas higiênicas na preparação de alimentos, rodas de conversas entre os grupos/escolas, avaliação do nível de informação da população sobre diarreia e capacitação dos ACS.

As soluções e estratégias para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema alta incidência de diarreia aguda por verminoses em crianças menores de cinco anos encontram-se detalhadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alta incidência de diarreia em menores de cinco anos.

“Nós” Críticos	Operações/ Projetos	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequado	Mais Saúde Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir em 20% o número de pacientes com diarreias no prazo de um ano.	Programa de tratamento da água no domicílio; Campanha educativa sobre alimentação saudável e medidas de higiene na preparação de alimentos; Palestras na sala de espera; Rodas de conversa entre grupos/escola.	Organização: para organizar as palestras. Cognitivo – Informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: mobilização social, articulação social e articulação intersetorial com a rede de ensino. Financeiro: para recursos audiovisuais
Nível de informação	Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre diarreia	População mais informada sobre diarreia	Avaliação do nível de informação da população sobre diarreia Capacitação dos ACS	Políticos: articulação intersetorial, parceria com o setor educação. Organizacional: Organização da agenda Cognitivo – Conhecimento sobre estratégias de comunicação
Estrutura dos serviços de saúde deficiente	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com diarreia.	Garantia de exames clínicos para 90% dos pacientes com diarreia	Capacitação de pessoal. Contratação ou compra de exames e consultas especializadas	Cognitivo – Elaboração dos projetos de orientação. Político – Decisão de aumentar os recursos para compra de exames e consultas especializadas. Financeiros – Aumento da oferta de exames e consultas

Para um garantir um bom desempenho do projeto, identificou-se os recursos críticos, ou seja, aqueles indispensáveis para a realização da operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe teve que criar estratégias para viabilizá-los. No Quadro 4 estão descritos os recursos críticos para cada operação identificada pela equipe.

Quadro 4 - Recursos críticos para desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema alta incidência de diarreia em menores de cinco anos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Mais saúde	Político: conseguir os espaços nas escolas e redes sociais Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Saber mais	Político: Articulação com secretaria de educação e de saúde.
Cuidar melhor	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Organizacional: Organizar agenda, palestras.

Para análise da viabilidade do plano foram identificados os fatores que controlam os recursos críticos das operações que compõem o plano, quem controla esses fatores, qual a motivação dos atores frente a execução do plano e que ações estratégicas foram adotadas para a motivação desses atores caso eles não se mostrassem favorável à sua execução. No Quadro 5 estão expostas as propostas de ações para a motivação dos atores realizadas pela equipe.

Quadro 5 - Proposta de ações para motivação dos atores

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde. Modificar hábitos e estilo de vida.	Político: Conseguir os espaços nas escolas e mídia. Financeiro – Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Secretário de Educação e Diretoria da escola. Secretário de Saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária
Saber mais. Aumentar o nível de informação da população sobre diarreia.	Político: Articulação com a Secretaria de Educação.	Secretário de educação.	Favorável	Apresentar projetos de apoio e realizar parceria com as escolas
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com diarreia	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiro: recursos necessários para equipamento e para custeio (medicamentos, exames e consulta especializada)	Prefeito municipal. Secretário municipal de saúde. Fundo Nacional de Saúde.	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar o projeto de estruturação da rede.

No Quadro 6 apresenta-se o Plano operativo contendo os responsáveis e os prazos para execução das operações.

Quadro 6 - Plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>Mais saúde</p> <p>Melhorar os hábitos e estilo de vida.</p>	<p>Diminuir em 20% o número de diarreia de prazo de um ano</p>	<p>Programa de programação de uso do hipoclorito de sódio campanha educativa realizada pela equipe de saúde.</p>	-	Médico e enfermeiro	Três meses para início das atividades
<p>Saber mais</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a diarreia.</p>	<p>População mais informada sobre a diarreia</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre a diarreia; Campanha educativa na radio local; programa de saúde escolar; Capacitação da ACS e dos cuidadores</p>	-	ACS	Início em três meses e término em doze meses, com avaliações a cada três meses.
<p>Cuidar melhor</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes com diarreia.</p>	<p>Oferta aumentada de consultas e exames.</p>	<p>Capacitação pessoal; Contratação de compra de exames e consultas especializadas.</p>	<p>Apresentar projetos de estruturação da rede.</p>	ACS.	<p>Quatro meses para apresentação do projeto; Oito meses para aprovação e liberação dos recursos; Quatro meses para compra dos equipamentos. Início em quatro e finalização em doze meses</p>

O plano de ação será avaliado nas reuniões da equipe no quarto mês para verificar se as ações propostas para esse período já foram realizadas ou se será necessário reprogramá-las e ao término do projeto para avaliar se as metas previstas foram alcançadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos de diarreia acometem todas as faixas etárias, sendo mais frequentes em crianças com até cinco anos de idade e tem estreita relação com baixo nível cultural e renda familiar precária. É possível observar ainda que há uma incidência maior na zona rural, fato justificado, entre outros, pela falta de acesso ao saneamento básico. Além disso, a estrutura dos serviços de saúde ainda não é suficiente para atender a demanda encontrada, figurando também entre os principais “nós” críticos.

As soluções e estratégias para enfrentamento dos “nós” críticos enfocam as mudanças de hábitos e estilo de vida, aumento do nível de informação e aprimoramento do suporte clínico fornecido aos pacientes. Esses resultados dependem da identificação dos recursos e de articulação política e intersetorial para viabilizá-los. E assim conseguir espaços nas escolas e meios de divulgação, alinhamento com secretarias de saúde e educação, aquisição de recursos para estruturação do serviço e organização de cronograma de atividades são fundamentais para o êxito do presente plano de ação.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2010. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/jacare-dos-homens_al. Acesso em: 19 fev. 2016

ARAÚJO, C. M. A. Tratamento da diarreia aguda. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2014. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4866/1/PPG_26079.pdf> Acesso em: 09 mar. 2016.

BARBUTI, R. C. Diarreias agudas. Aspectos clínicos, etiológicos e terapêuticos. **Revista Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2008. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3696. Acesso em: 09 mar. 2016.

BUSATO, M. A. *et al.* Distribuição de doenças diarreicas agudas em municípios do estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Hygeia, v.9, n.16. p.19 - 27, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/20951/12451>> Acesso em: 9 mar. 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE CIDADES@, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270340>. Acesso em: 10 jan. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE CIDADES@, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=270340> Acesso em 10 jan. 2015

MELLO-JORGE; M. H. P; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. A saúde no Brasil: análise do período de 1996 a 1999. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_07.pdf. Acesso em: 23 mar. 2016.

MORAES, A. C.; CASTRO, F. M. M. Diarreia aguda. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro, v. 102, n. 2, p. 20-28, mar.-abr., 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4191.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2016.

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 – 9, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a04.pdf>> Acesso em: 09 mar. 2016

RODRIGUES, J. R. P. et al. Diarreia em crianças menores de cinco anos em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n.3, p. 594-601, 2014. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/13490/pdf>> Acesso em: 10 mar. 2016.

SOUZA, A. C. M.; BOCARDI, M. I. B.; CARDOSO, T. L. Hábitos de vida como fator desencadeante a parasitoses intestinais. **Ideias & Inovação**, Aracaju, v. 2, n. 2. p. 77-92, 2015. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/ideiaseinovacao/article/viewFile/2210/1176>>
Acesso em: 10 mar. 2016.

UNICEF. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done, 2009.
Disponível em:
http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf).
Acesso em: 10 mar. 2016