

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônio Jorge Tenório da Silva

**MECANISMOS PREVENTIVOS NO ENFRENTAMENTO À DIARREIA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Maceió
2020

Antônio Jorge Tenório da Silva

**MECANISMOS PREVENTIVOS NO ENFRENTAMENTO À DIARREIA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. M.e. João Klinio Cavalcante.

Maceió
2020

Antônio Jorge Tenório da Silva

**MECANISMOS PREVENTIVOS NO ENFRENTAMENTO À DIARREIA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. M.e. João Klinio Cavalcante

Banca examinadora

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Maceió, em (00) de (mês) de 2020

À minha esposa, pelo apoio e amor incondicional a mim depositado durante esta jornada denominada Vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita misericórdia e sabedoria, concede-se cotidianamente o dom do discernimento habilitando-nos às escolhas próprias, de maneira que sejamos capazes de definir qual caminho trilhar, mormente na perspectiva de nos tornamos seres humanos íntegros, probos e sensíveis aos problemas daqueles que carecem de nossa ajuda e intervenção.

Ao orientador, professor João Klinio Cavalcante, pelo acolhimento e auxílio no que tange à necessária assistência, sem o qual este trabalho não seria finalizado.

No trabalho contra doença, começamos não com interações genéticas ou celulares, mas com seres humanos. São eles que tornam a Medicina tão complexa, fascinante e humana.

Atul Gawande.

RESUMO

O presente plano de intervenção tem como foco o desenvolvimento de estratégias como forma de minimizar a problemática de casos de diarreia detectados na área adstrita à Unidade Básica de Saúde Rosa Mística. Neste diapasão, inicialmente, será procedida à caracterização da cidade na qual a unidade de saúde está circunscrita, bem como a demonstração dos indicadores de saúde que sinalizam o problema. Posteriormente, será dada vazão à metodologia utilizada, tendo como base os descritores em ciências da saúde (Decs). Adiante, como forma de fornecer robustez ao trabalho serão revistas obras de autores que tratam da temática, determinando-se os nós críticos para, a partir destes, proceder à construção de ações profiláticas que efetivamente promovam melhorias no bem-estar dos usuários locais no que é pertinente à redução dos casos de diarreia atualmente diagnosticados.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Diarreia. Saneamento Básico. Educação Sanitária.

ABSTRACT

The present intervention plan focuses on the development of strategies as a way to minimize the problem of diarrhea cases detected in the area attached to the Rosa Mística Basic Health Unit. In this tuning path, initially, will be proceeded to the characterization of the city in which the health unit is circumscribed, as well as the demonstration of health indicators that indicate the problem. Subsequently, the methodology used will be given, based on the descriptors in health sciences (Decs). Furthermore, as a way to provide robustness to the work will be reviewed works of authors who deal with the theme, determining the critical nodes to, from these, proceed to the construction of prophylactic actions that effectively promote improvements in the well-being of local users in what is pertinent to the reduction of diarrhea cases currently diagnosed.

Keywords: Family health strategy. Diarrhea. Universal health coverage. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – População segundo faixa etária do município de Craíbas/AL, 2010...	14
Tabela 2 – Domicílios segundo a destinação de fezes e urina – UBS Rosa Mística, 2020	20
Tabela 3 – Domicílios segundo a modalidade de abastecimento de água – UBS Rosa Mística, 2020	21
Tabela 4 – Domicílios segundo a modalidade de coleta e destinação de lixo – UBS Rosa Mística, 2020	21
Tabela 5 – Domicílios segundo o tratamento de água utilizada para consumo – UBS Rosa Mística, 2020	22
Tabela 6 – Renda familiar per capita da população adstrita à UBS Rosa Mística, 2020	22
Quadro 1 – Situação demográfica da comunidade adstrita à UBS Rosa Mística por sexo, 2020	23
Quadro 2 – Situação de saúde geral da comunidade adstrita à UBS Rosa Mística, 2020	23
Quadro 3 – Município de Craíbas. Comunidade de Folha Miúda, UBS Rosa Mística: classificação e priorização dos problemas	28
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 1, inerente ao problema “ausência de educação em saúde e higiene pessoal e alimentar”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas	37
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 2, inerente ao problema “índice elevado de verminoses, especialmente amebíase”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas	38
Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 3, inerente ao problema “ingestão de água contaminada”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População segundo faixa etária do município de Craíbas/AL, 2010	14
Tabela 2 – Domicílios segundo a destinação de fezes e urina – UBS Rosa Mística, 2020	20
Tabela 3 – Domicílios segundo a modalidade de abastecimento de água – UBS Rosa Mística, 2020	21
Tabela 4 – Domicílios segundo a modalidade de coleta e destinação de lixo – UBS Rosa Mística, 2020	21
Tabela 5 – Domicílios segundo o tratamento de água utilizada para consumo – UBS Rosa Mística, 2020	22
Tabela 6 – Renda familiar per capita da população adstrita à UBS Rosa Mística, 2020	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CASAL	Companhia de Saneamento de Alagoas
e-SUS AB	Sistema Único de Saúde Atenção Básica eletrônico
EPF	Exame Parasitológico de Fezes
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde Familiar
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WGO	Organização Mundial de Gastroenterologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.1.1 Aspectos demográficos	14
1.1.2 Aspectos socioeconômicos	15
1.2 O sistema municipal de saúde	16
1.2.1 Pontos de atenção à saúde e sistema de apoio logístico	16
1.2.2 Organização dos pontos de atenção à saúde	18
1.3 Aspectos gerais da comunidade	19
1.3.1 Aspectos socioeconômicos	19
1.3.2 Aspectos demográficos	23
1.3.3 Aspectos epidemiológicos	23
1.4 A Unidade Básica de Saúde Rosa Mística	24
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Rosa Mística	25
1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Rosa Mística	25
1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família vinculada à UBS Rosa Mística	25
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	26
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para o plano de intervenção	27
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
4 METODOLOGIA	32
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	33
5.1 Categorias da diarreia	33
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrição do problema selecionado	35
6.2 Explicação do problema	35
6.3 seleção dos nós críticos	36
6.4 Desenhos das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos Esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40

REFERÊNCIAS	41
--------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

Consoante delinea o Ministério da Saúde, modernamente, o Sistema Único de Saúde (SUS) se alicerça em três princípios constitucionais: universalidade, equidade e integralidade, constituindo as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde do país (BRASIL, 2000). Nesse diapasão busca afirmar direitos historicamente conquistados pelo cidadão moldados num contexto democrático, humanista e federalista quando da materialização deste. Trata-se, pois, de um processo político, resultado da ação dialógica dinâmica e mutável de diversos atores que, ao final, expressa concepções acerca de saúde entendida como direito social e definida como um meio, um recurso para a vida das pessoas.

Fazer saúde extrapola os limites de promover cura de enfermidades. Produzir saúde se atrela à necessidade de promover qualidade de vida ao indivíduo sem, contudo, desconsiderar que esse sujeito pode volitivamente apresentar determinantes sociais e comportamentais as quais, julga tão ou mais importantes que a saúde em si. Nessa seara, produzir saúde é sinônimo de garantir assistência contínua e integral ao indivíduo a partir do compartilhamento de ideias com o próprio indivíduo, dando-lhes voz, bem como compreender que o ambiente político, ético, social, econômico, cultural e psicológico no qual o sujeito está inserido é fator crucial no processo preventivo e/ou de cura. Trata-se de um novo paradigma para o qual a história natural da doença cede espaço para a história social da doença e os fatores sociais determinam a ocorrência dos biológicos, os quais não são tratados isoladamente, mas vistos em sua totalidade, considerando os processos gerais, particulares e singulares de cada usuário.

Partindo do pressuposto delineado em parágrafo anterior e considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Craíbas se caracteriza como o primeiro elo entre os usuários e famílias com o sistema de atenção à saúde, este último exercitado por profissionais que buscam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o modelo de rede integrada de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) local se apresenta com um substancial desafio, qual seja: a quebra do paradigma da promoção à saúde tradicional para aquela inclusiva, onde o usuário deixa o polo passivo e assume o protagonismo. Nesse contexto, usuário-paciente e equipe saúde da família são atores ativos nas ações que visam o retorno ao *status quo* de bem-estar do sujeito.

No campo do objeto ao qual se prende este projeto de intervenção, qual seja a Unidade Básica de Saúde Rosa Mística, situada no Distrito de Folha Miúda, zona rural do município de Craíbas, o incipiente modelo de atenção com ênfase na pessoa, destarte deficiente, ao invés

de servir de óbice foi elemento motivador e catalizador na identificação de um problema comum que ainda acomete parcela considerável dos usuários: a diarreia. Assim, será apresentado um plano de ação com fulcro em minimizar a enfermidade daqueles já em processo de doença, assim como desenvolver mecanismos satisfatórios na prevenção da mesma.

1.1 Aspectos gerais do município

Conforme delinea estudo destacado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Manoel Nunes da Silva Santos foi um dos primeiros habitantes da região onde hoje está o município de Craíbas, tendo chegado por volta de 1865. O mesmo comprou um grande lote de terras que pertencia a Felipe Nogueira de Lima, composto basicamente de árvores e matas. Particularmente a craibeira que, no futuro daria nome à cidade (BRASIL, 2020a).

Somente no início da primeira metade do século XX é que Craíbas passou a ter características de cidade. Em 23 de março de 1923 foi realizada a primeira feira pública. Em 1939 foi instalado o primeiro cartório de registro civil. A emancipação política de Craíbas ocorreu no ano de 1962, através da Lei n.º 2.471. O projeto, de autoria do deputado José Pereira Lúcio, foi aprovado na Assembleia Legislativa e sancionado pelo então governador Luiz Cavalcante. Antônio Barbosa foi nomeado prefeito até a realização de eleições no novo município. Em 1963, saiu-se vitorioso Manoel Pedro da Silva, que perdeu o mandato em 1965, quando a cidade voltou a ser distrito de Arapiraca. Só em 1982, após um plebiscito, o então governador Theobaldo Barbosa devolveu a autonomia político-administrativa a Craíbas (BRASIL, 2020a).

Craíbas tem em seu calendário, duas festividades movimentadas: a festa da Emancipação Política (23 de abril) e a festa da Padroeira, Nossa Senhora da Conceição, em 8 de dezembro (BRASIL, 2020a).

Cronologicamente, o distrito foi criado com a denominação de Caraíba pelo decreto estadual n.º 2.435, de 30/11/1938, subordinado ao município de Arapiraca. Pelo decreto-lei estadual n.º 2.909, de 30/12/1943, o distrito de Caraíba passou a denominar-se Craíba. Pela lei estadual n.º 2.471, de 28/08/1962, foi elevado à categoria de município, sendo desmembrado de Arapiraca. Pela resolução do Senado Federal n.º 113, de 30/11/1965, o município de Craíba foi extinto, sendo seu território anexado ao município de Arapiraca, como simples distrito. Foi elevado novamente à categoria de município com a denominação de Craíbas, pela lei estadual n.º 4.335, de 23/04/1982, desmembrado de Arapiraca. Sede no atual distrito de Craíbas, tendo como gentílico o craibense (BRASIL, 2020a).

1.1.1 Aspectos demográficos

Consoante dados coletados pelo censo demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, o município de Craíbas tinha uma população estimada de 22.641. Ainda de acordo com estimativas do próprio IBGE, este contingente sofreu um incremento em 2019, ampliando-se para 24.219 habitantes, o que representa uma densidade demográfica de 83,44 hab./km² (BRASIL, 2020a).

O município está localizado na região Nordeste do Estado de Alagoas, na mesorregião do agreste alagoano. Estabelece limites com os municípios de Igaci, Girau do Ponciano, Lagoa da Canoa, Arapiraca, Jaramataia e Major Izidoro, distando cerca de 151 km da capital, Maceió (BRASIL, 2020a).

A distribuição da população segundo faixa etária pode ser visualizado conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 1 – População segundo faixa etária do município de Craíbas/AL – 2010

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Percentual (%)
0 a 4	1.069	1.010	9,2
5 a 9	1.133	1.125	10,0
10 a 14	1.348	1.396	12,1
15 a 24	2.315	2.325	20,5
25 a 34	1.650	1.706	14,8
35 a 44	1.272	1.359	11,6
45 a 54	991	1.029	8,9
55 a 64	719	783	6,6
65 a 69	253	280	2,4
Acima de 70	406	472	3,9
Total	11.156	11.485	100

Fonte: IBGE/2010

Tomando-se por base os dados dispostos na tabela, Verifica-se que, 62,4% da população estão na faixa etária entre 15 e 64 anos, sendo que 33,4% da população encontram-se na faixa etária de 35 anos e mais, onde os problemas cardiovasculares começam a ter visibilidade nos serviços de saúde por conta do surgimento dos sinais e sintomas. Além disso, há uma população da ordem de 1.411 pessoas (6,3%), merecendo atenção diferenciada por estarem na faixa de idosos – 65 ou mais anos.

1.1.2 Aspectos socioeconômicos

Dados fornecidos pelo IBGE, no ano de 2017, revelam que o Produto Interno Bruto *per capita* do município era de R\$: 8.041,06; já o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), no ano de 2010, fixava-se em 0,525 (BRASIL, 2020a).

Ainda reproduzindo dados extraídos do IBGE, em 2017, o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 5,8%. Comparado com os outros municípios do Estado, ocupava as posições 36 de 102 e 75 de 102, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3.607 de 5.570 e 4.919 de 5.570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 57,1% da população nessas condições, o que o colocava na posição 9 de 102 dentre as cidades do estado e na posição 208 de 5.570 dentre as cidades do Brasil (BRASIL, 2020a).

A população vive basicamente da agricultura, voltada para o plantio de tabaco (fumo); também é muito forte o plantio de milho, algodão e feijão. Seus habitantes têm forte ligação com a cidade vizinha de Arapiraca, grande consumidora do tabaco plantado na cidade (BRASIL, 2020a).

No que tange à educação, consoante dispõe dados extraídos do censo demográfico de 2010 e publicados pelo IBGE, constata-se a existência de 28 (vinte e oito) estabelecimentos de ensino para a educação fundamental e 2 (dois) destinados ao ensino médio; a taxa de escolarização da população entre 6 e 14 anos era de 96,5%. Já o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), indicador que mede o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações nos anos iniciais e finais do ensino fundamental eram, respectivamente em 2017, 4,2 e 3,2, superando as metas inicialmente projetadas para os anos iniciais que foram fixados em 4,1, mas ficando abaixo do que tinha sido estimado para os anos finais que foram fixados em 3,7. Verifica-se que a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era pequena, ou seja, 32,25%. A proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 15,14%. (BRASIL, 2020b).

No eixo da saúde, o município de Craíbas possui 09 (nove) unidades básicas de saúde, 03 (três), localizadas na zona urbana e 06 (seis), na zona rural, cobrindo 100% a população local. Em linhas gerais, a taxa de mortalidade infantil média na cidade era de 13,26 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias eram de 1,4 para cada 1.000 habitantes. Quando comparado com todos os municípios do estado, aparece nas posições 52 de 102 e 39 de 102, respectivamente. Se comparado a cidades do Brasil, essas posições são 2.301 de 5.570 e 1.967 de 5.570, respectivamente (BRASIL, 2020a).

Na perspectiva ambiental, dados trazidos pelo IBGE demonstram que o município apresenta uma área física de 278,88km². Dessa totalidade, 7,4% possuem domicílios com esgotamento sanitário adequado, 65,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 1,6% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

1.2 O sistema municipal de saúde

O Sistema Municipal de Saúde local se alicerça no Sistema Único de Saúde (SUS) nacional, tendo como base três princípios constitucionais ou pilares básicos, deles não podendo se afastar: a universalidade, a equidade e a integralidade. O primeiro realça o fato de que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; já o segundo princípio alude à perspectiva de que, apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as mesmas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Assim, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; finalmente, a integralidade, pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

1.2.1 Pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio logístico

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Ainda assim e, acompanhando a perspectiva nacional, o município de Craíbas, no Estado de Alagoas, adota o modelo de rede integrada de atenção à saúde, a partir de assistência contínua e integral, ao menos em tese, à população. Nesse contexto, detectam-se características de poliarquia, ou seja, a existência de uma rede horizontal (ainda que débil), assentada nas distintas densidades tecnológicas, cujo foco se centraliza na melhoria da saúde da população, mediante repasse de recursos Fundo a Fundo, efetuados pelo Ministério da Saúde, assim como da aplicação mínima de 15% da receita do município nas ações em saúde. Há que se considerar também a forma de ação proativa que se dá a partir do planejamento das ações que serão desenvolvidas, tendo como pilar a demanda do município em tela e as necessidades nele existentes. Registro também deve ser feito para a ênfase no cuidado, cuja atenção volta-se para a relação que se estabelece entre as diferentes equipes que constituem a Secretaria Municipal de Saúde local – ESF, Núcleo de Apoio à Saúde Familiar (NASF), SAÚDE BUCAL, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – e entre essas

equipes e os usuários do SUS no município. Não obstante, vale salientar ainda que a tecnologia de informação se dá de maneira parcialmente integrada, com o cadastramento em rede de todos os usuários, entretanto, carecendo da utilização de prontuários eletrônicos, uma vez que estes registros são realizados fisicamente, favorecendo equívocos no atendimento e/ou avaliações clínicas efetuadas nos indivíduos. Há ainda que se considerar a presença do Conselho de Saúde, que atua mais de maneira formal – em obediência à legislação vigente – do que materialmente, na definição das políticas públicas de saúde do município.

No tocante à operacionalização e ao nível de organização das Redes de Atenção à Saúde, esta se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

O município de Craíbas é espacial e temporalmente bem definido, sendo a população de aproximadamente 22.641 habitantes (último Censo IBGE) totalmente conhecida, restando, entretanto, necessária uma melhor subdivisão das subpopulações segundo os fatores de riscos inerentes às condições de saúde. Por sua vez, a estrutura operacional é deficiente, isto porque, somente os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) não são suficientes para atender as necessidades de cuidados em saúde da população. Nesse diapasão os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos. Neste contexto, segundo informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, o município conta tão somente com a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica, dispendo de 03 equipes na zona urbana e 06 equipes na zona rural, além de um pronto atendimento, um centro de atenção psicossocial, um ambulatório de especialidades, uma academia de saúde, um núcleo de apoio à saúde da família e um centro de fisioterapia. Pontos de densidade tecnológica mais complexa, com ações pactuadas com o município de Craíbas, distam quilômetros da cidade, afetando os resultados obtidos. Os sistemas de apoios também se mostram insuficientes haja vista a inoperância no que alude ao apoio diagnóstico e terapêutico; já a operacionalização dos sistemas de informação em saúde acha-se prejudicada menos pela integração dos diferentes bancos de dados e mais pela execução, em razão da frágil rede de teleprocessamento contratada pelo município. No quesito sistemas logísticos, especialmente no que é pertinente aos cartões de identificação dos usuários e aos prontuários clínicos, averiguamos atenderem parcialmente às necessidades locais. Ainda como parte do sistema de operacionalização, a ingerência política externa e a participação secundária e

apática do Conselho Municipal de Saúde têm impactado em decisões inapropriadas que minimizam a boa governança com efeitos danosos sobre o planejamento e ações que deveriam ser efetivamente realizadas no âmbito da saúde no município.

1.2.2 Organização dos pontos de atenção à saúde

Conforme expresso em parágrafos anteriores, a integralidade é um dos princípios sobre os quais o SUS se alicerça sendo que, uma das nuances sobre as quais repousa a integralidade se assenta no sistema de referência e contrarreferência, tendo esta sido criada para melhorar a atenção global ao usuário. É certo que, através de uma troca eficaz de informações entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo.

Apropriando-se do entendimento de Fratini, Saupe e Massaroli, segundo o qual:

Referência representa o maior grau de complexidade para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é, conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Enfatiza-se que, no que tange à UBS Rosa Mística a referência é efetuada da seguinte forma: diagnosticado o usuário e constatando-se a inoperância da referência local para promover os cuidados deste, o mesmo segue para outro ponto de atenção dentro do município ou encaminhado para a cidade de Arapiraca, ponto de densidade mais complexa e geograficamente mais próximo. Os encaminhamentos são feitos em receituário médico. O usuário sai da consulta com o papel do encaminhamento e entrega-o ao responsável pela marcação de exames e consultas. Como a referência é feita em papel de receituário físico, este fato muitas vezes limita as informações para o especialista, em razão de receio de que outros profissionais tenham acesso às informações pessoais do paciente já que, a descrição do caso consta nesse receituário.

A contrarreferência também é algo quase inexistente. Por motivo de escolaridade, classe social, ou mesmo por falta de orientação do médico especialista, o usuário, por vezes, não sabe explicar as informações sobre seu tratamento, dificultando aperfeiçoá-lo e dar seguimento na UBS. Além disso, é inegável que ainda existe um remanescente preconceito de alguns profissionais da atenção especializada com aqueles vinculados à saúde da família.

O modelo de atenção à saúde acompanha a perspectiva nacional, adotando-se o modelo de rede integrada de atenção à saúde, a partir de assistência contínua e integral, ao

menos em tese, à população, consubstanciada na proatividade, a partir do planejamento das ações desenvolvidas com ênfase no cuidado.

1.3 Aspectos gerais da comunidade

O distrito de Folha Miúda onde está localizada a Unidade Básica de Saúde Rosa Mística, constitui uma das nove unidades de saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Craíbas, estando situado na zona rural, distante aproximadamente 12 km da sede do município. Apresenta uma população da ordem de 3.068 habitantes cuja renda básica advém da agricultura familiar e de subsistência, bem como do programa assistencial do Bolsa Família. A taxa de desemprego, sobretudo da parcela da população economicamente ativa, é alta, o saneamento básico é relativamente precário e a coleta de lixo é realizada por caminhões. Nos últimos anos não se verificaram investimentos públicos de infraestrutura no distrito em tela, mas somente execução de serviços de manutenção e reparos nas escolas e creches existentes.

1.3.1 Aspectos socioeconômicos

Dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Craíbas, oriundas da base de dados do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), utilizado pelos profissionais de saúde das equipes da Atenção Básica com foco no atendimento, permitindo a coleta de informações individualizadas, trazem um retrato da comunidade adstrita à UBS Rosa Mística, conforme se passa a descrever.

No tocante à situação no mercado de trabalho, vale destacar o índice de aposentados/pensionistas - 355 indivíduos - o que representa 11,6% da comunidade local; em segundo lugar o quantitativo de desempregados, cujo quantitativo crava 582 pessoas, ou seja, aproximadamente 19,0% de um total de 3.068. No diagnóstico daqueles que apresentam alguma ocupação, realça o índice dos que trabalham voltados para a agricultura, totalizando 855 pessoas, 27,9%, ou seja, mais de um quarto da comunidade (CRAÍBAS, 2020).

No eixo educacional, as informações relativas ao curso mais elevado que o indivíduo frequentou demonstra que, apenas 90 cidadãos (2,9%), finalizaram o curso superior e/ou especialização e 432 (14,1%), o ensino médio; ao passo que 1.543 (50,3%) frequentaram ou frequentam o ensino fundamental e 549 (17,9%), figuram como analfabetos (CRAÍBAS, 2020). Esse fato acentua a necessidade e os desafios na construção de políticas públicas inclusivas e permanentes na vertente da educação local.

Quando a temática volta-se à orientação sexual, os dados obtidos do e-SUS AB, demonstram que 2.811 pessoas se autodenominam heterossexuais, 2 homossexuais, enquanto que 255 preferiram não informar a orientação (CRAÍBAS, 2020).

No quesito ambiental, as políticas públicas de saneamento, abastecimento e tratamento de água no domicílio, assim como de destinação dos dejetos produzidos carecem de melhorias estruturais. A comunidade que possui 3.068 usuários concentra 1.499 domicílios, distribuídos entre 822 famílias. As construções são basicamente casas (1.469), feitas de alvenaria com revestimento (1.343), mas há ainda 27 casas de taipa. O tipo de acesso aos domicílios carece de investimento já que para 1.147 (76,5%), esse acesso se dá por meio de chão batido e somente 313 (20,9%), a partir de pavimentação (CRAÍBAS, 2020).

A forma de destinação de fezes e urina dos domicílios da área adstrita à UBS Rosa Mística está demonstrada na tabela que segue.

Tabela 2 – Domicílios segundo a destinação de fezes e urina – UBS Rosa Mística – 2020

Descrição	Quantidade
Rede coletora ou esgoto pluvial	4
Fossa séptica	132
Fossa rudimentar	1.318
Direto para um rio, lago ou mar	0
Céu aberto	14
Outra forma	5
Não informado	26
Total	1.499

Fonte: SMS/e-SUS/2020

A tabela deixa claro que a destinação adequada de fezes e urinas carece de ações de melhorias, isto porque, aproximadamente apenas 0,3% da comunidade possui domicílio ligado ao sistema de esgoto, ao passo em que 88,0% faz uso de fossa rudimentar, sistema precário, onde um buraco na terra recebe todos os dejetos sem qualquer tratamento, fomentando a disseminação de doenças.

O sistema de abastecimento de água da cidade é operado pela Companhia de Saneamento de Alagoas (CASAL) e, de acordo com os dados do e-SUS AB, dos 1.499 domicílios cadastrados, 78,6% estão ligados à rede pública (*tab. 3*), percentual considerado alto quando comparado com outros municípios do estado.

Tabela 3 - Domicílios segundo a modalidade de abastecimento de água – UBS Rosa Mística – 2020

Descrição	Quantidade
Rede encanada até o domicílio	1.178
Poço/nascente no domicílio	2
Cisterna	49
Carro pipa	2
Outro	236
Não informado	32
Total	1.499

Fonte: SMS/e-SUS/2020

Outro dado a ser considerado atrela-se à coleta e destinação do lixo. Isto porque, o mesmo além de ser um problema de caráter ambiental, também interfere na qualidade de vida, quando lançado em ambientes físicos impróprios, respondendo por um quantitativo considerável de enfermidades que assolam a população. Neste diapasão vejamos as modalidades de destinação mais utilizada na área adstrita à UBS Rosa Mística, no município de Craíbas, em Alagoas.

Tabela 4 - Domicílios segundo a modalidade de coleta e destinação do lixo – UBS Rosa Mística - 2020

Descrição	Quantidade
Coletado	1.401
Queimado/enterrado	58
Céu aberto	13
Outro	1
Não informado	26
Total	1.499

Fonte: SMS/e-SUS/2020

Em que pese a modalidade da eficiência na coleta de lixo, chegando a 93,5%, vale ressaltar a existência remanescente da coleta a partir da queima – 3,9% - potencial produtor de doenças respiratórias quando da inalação de fumaça pela comunidade, além da presença de insetos e roedores, fomentadores de diversas enfermidades.

Quando se direciona a matéria para o tratamento de água, visualiza-se abaixo (*tab. 5*), que a maioria da comunidade dispõe de água tratada para consumo a partir da cloração, representando um percentual de 93,0%.

Tabela 5 – Domicílios segundo o tratamento de água utilizada para consumo – UBS Rosa Mística – 2020

Descrição	Quantidade
Filtrada	45
Fervida	1
Clorada	1.395
Sem tratamento	31
Não informado	27
Total	1.499

Fonte: SMS/e-SUS/2020

O percentual de domicílios com disponibilidade de energia elétrica também é elevado: 1.395 domicílios, ou seja, 93,0% da totalidade dispõem do fornecimento desse tipo de serviço público (CRAÍBAS, 2020).

Outro dado relevante vinculado à comunidade de Rosa Mística trata-se da renda familiar dos usuários adstritos à supracitada área, consoante descrito na tabela 6.

Tabela 6 – Renda familiar per capita da população adstrita à UBS Rosa Mística – 2020

Descrição	Quantidade
¼ de salário mínimo	416
½ salário mínimo	255
1 salário mínimo	500
2 salários mínimos	166
3 salários mínimos	13
4 salários mínimos	6
Acima de quatro salários mínimos	2
Não informado	27
Total	1.385

Fonte: SMS/e-SUS/2020

Se tomarmos como base o quantitativo de sujeitos que vivem na área adstrita à UBS Rosa Mística – 3.068 - sendo que, destes, 582 estão desempregados e que 1.171 recebem até um salário mínimo, é crível pontuar que parcela considerável da comunidade da Rosa Mística apresenta algum nível de vulnerabilidade social e, portanto, precisa da intervenção do poder público a partir da construção de ações capazes de resgatar a dignidade dessa população, fundamento constitucional.

1.3.2 Aspectos demográficos

O quadro a seguir retrata o quantitativo populacional da comunidade adstrita a UBS Rosa Mística.

Quadro 1 – Situação demográfica da comunidade adstrita à UBS Rosa Mística por sexo – 2020

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	20	16	36
1-4	95	88	183
5-14	287	275	562
15-19	142	157	299
20-29	232	252	484
30-39	202	245	447
40-49	183	193	376
50-59	153	171	324
60-69	67	104	171
70-79	49	79	128
≥ 80	21	37	58
TOTAL	1.451	1.617	3.068

Fonte: SMS/e-SUS/2020

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

Com base nos dados disponibilizados pelo e-SUS AB, disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Craíbas, destacamos o quadro a seguir contemplando a situação de saúde geral da UBS Rosa Mística.

Quadro 2 – Situação de saúde geral da comunidade adstrita à UBS Rosa Mística - 2020

Condição de Saúde	Quantitativo
Acamados	6
Pessoas com tuberculose	2
Pessoas fumantes	317
Gestantes	45
Pessoas que fazem uso de álcool	150
Pessoas que fazem uso de drogas	2
PIC	3
Diabéticos	120
Hipertensos	350
Pessoas que tem ou tiveram câncer	21
Pessoas que tiveram AVC/derrame	36
Pessoas que tiveram diagnóstico de algum problema de saúde mental	89
Pessoas que tiveram infarto	6
Pessoas que estiveram internadas nos últimos 12 meses	33
Pessoas que utilizam plantas medicinais	349

Fonte: SMS/e-SUS/2020

As principais causas de óbitos centram-se basicamente em acidente vascular cerebral (AVC), bem como em causas externas como homicídios, acidentes de motos, quedas do mesmo nível e suicídios.

Já as causas de internação e doenças de notificação têm como escopo agressões caninas e o alto índice de diarreias.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Rosa Mística

A Unidade Básica de Saúde de atuação está situada em meio a uma comunidade de 3.068 habitantes e localiza-se na zona rural. Com sede própria, a UBS Rosa Mística está situada a 12 km da sede do município. Faz uma cobertura de 822 famílias, abarcando 1.499 domicílios. Trata-se de uma área específica abrigando uma equipe da estratégia saúde da família, bem como alguns especialistas que atendem semanalmente ou quinzenalmente. O horário de funcionamento se inicia as 8h00min, estendendo-se até as 17h00min, com intervalo de uma hora para o almoço.

A população empregada vive basicamente do trabalho volante da agricultura, além dos serviços públicos, sendo grande o quantitativo de aposentados, pensionistas desempregados e subempregados.

A área destinada à recepção para o atendimento é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento, geralmente manhã, cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento, sendo motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Há dois consultórios médicos, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de computação, uma sala destinada à farmácia, sala de vacinação, sala destinada à fisioterapia e cozinha.

O trabalho desempenhado pela equipe está alicerçado pelo atendimento às doenças crônicas, marcadas previamente na unidade, como também pelos agentes comunitários de saúde, além da demanda espontânea, urgências, necessidades diárias, transcrições de receitas controladas e visitas domiciliares.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde o que se traduz numa relação cordial com os profissionais cujas atividades laborais são ali desenvolvidas. A Unidade é relativamente bem equipada contando com balança, 03 computadores, otoscópio, auscultador fetal e tensiômetros; contudo, apresenta uma sala de espera sem ventilação, gerando desconforto para os usuários. Também apresenta deficiência na quantidade de insumos frente à demanda.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Rosa Mística

A UBS Rosa Mística é constituída pelos seguintes profissionais:

- Diretor administrativo: 01
- Médico ESF: 01;
- Médico (pediatria): 01;
- Médico (ginecologia): 01;
- Fisioterapeuta: 01;
- Enfermeiro: 02;
- Técnico de enfermagem: 03;
- Dentista: 02;
- Auxiliar de saúde bucal: 01;
- Agente comunitário de saúde: 09.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Rosa Mística

O horário de funcionamento se inicia as 8h00min, estendendo-se até as 17h00min, com intervalo de uma hora para o almoço. O atendimento médico é dividido em 4 horas pela manhã e 4 horas no turno vespertino, de segunda a quinta-feira; já os agentes comunitários de saúde desenvolvem 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira. Nas quintas-feiras reserva-se a agenda para um especialista em pediatria, enquanto que nas sextas-feiras, a reserva é para especialista em ginecologia.

1.7 O dia a dia da equipe saúde da família vinculada à UBS Rosa Mística

O tempo da equipe sediada na UBS Rosa Mística é consumido, em grande medida, no atendimento à demanda espontânea, bem como no atendimento de programas vinculados ao NASF, ao pré-natal e a usuários com doenças crônicas de hipertensão, diabéticos e cardíacos. Noutra frente, atua-se sobre os usuários em condições de diarreia, muito frequente, na comunidade.

O planejamento dos trabalhos ainda é fortemente calcado no modelo tradicional em contraponto ao Planejamento Estratégico Situacional, com ações verticalizadas, definidas por um único executor, centradas em etapas rígidas e que gozam de pouco envolvimento dos diversos atores sociais, especialmente dos próprios profissionais da saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

O planejamento é feito através de reuniões e palestras semanais entre os profissionais da UBS Rosa Mística, como também mediante reuniões diretamente com a gestão da Secretaria de Saúde. Nestes momentos são avaliados os problemas existentes e definidas as

ações que deverão ser executadas para superá-los, bem como para reorientar ações já em curso cujo resultado não se mostra eficiente.

No tocante à organização do processo de trabalho da equipe, detectam-se os principais problemas:

- Escassez de tempo para planejar;
- Planejamento com foco no modelo tradicional em detrimento ao modelo focado no planejamento estratégico situacional;
- Pouca participação dos atores sociais, especialmente do Conselho Municipal de Saúde.

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

O planejamento tem como função identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde existentes num dado território; contudo, a escassez de tempo e de recursos financeiros exige a aplicação de um método capaz de, simultaneamente, transpor esse óbice e municiar os atores com informações confiáveis, produzindo-se diagnóstico para que se possa definir prioridades e ações na busca pela solução dos problemas detectados. Nesse sentido, o método de Estimativa Rápida constitui-se ferramenta apropriada ao planejamento estratégico situacional para equipes de Saúde da Família, possibilitando a análise da situação de saúde do território, considerando a perspectiva dos diferentes atores sociais envolvidos na construção da realidade social.

No caso específico da UBS Rosa Mística entende-se que o método de estimativa rápida se convalidou em técnica que possibilitou – em pouco tempo e com baixo custo – conhecer a situação de saúde vivenciada pela população, identificar e selecionar problemas considerados necessidades declaradas pelos atores sociais pretendendo transformá-los. Trata-se de um recorte, uma fotografia instantânea da área adstrita à UBS. Nesse diapasão, num primeiro momento, reuniram-se os dados relacionados ao perfil demográfico e epidemiológico da comunidade, identificando-se, também, organizações e serviços existentes no território disponíveis nos relatórios de cadastro domiciliar e territorial do município extraídos a partir da plataforma e-SUS AB. Num segundo momento, recorreu-se à sistematização dos dados utilizando-se mapas físicos, de forma a destacar as informações que guardavam interesse para o diagnóstico da saúde.

O momento posterior centrou-se na realização de entrevistas previamente preparadas e testadas, realizadas pelos ACS junto a grupos locais (de gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, diretor da escola), bem como observação espacial da área, buscando informações não mencionadas ou omitidas. O confronto dos dados obtidos a partir das três fontes – registros, entrevistas e observação – possibilitou conhecer melhor o território, a comunidade e os

agravos de saúde na área adstrita à UBS Rosa Mística, evidenciando a heterogeneidade presente. Assim, chegou-se aos principais problemas de saúde atados ao território e à comunidade, como seguem:

- Ausência de um sistema de prontuário eletrônico;
- Ausência de uma referência com muitos dados do caso clínico do usuário devido ao receio de que as solicitações de encaminhamento sejam expostas a profissionais que não guardam relação com o paciente, expondo negativamente os casos pessoais deste último;
- Distância física e virtual entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde;
- Interferência política que, por vezes, ameaça o desdobramento das ações planejadas;
- Escassez de recursos frente à demanda suportada pela unidade de saúde;
- Vício de parcela dos usuários na procura por especialidades, ausentes diagnósticos que corrobore a necessidade, colapsando o sistema;
- Dimensões físicas da recepção inapropriada para atender a demanda;
- Ausência de ventilação na sala de espera;
- Deficiência na quantidade de insumos (medicamentos, materiais hospitalares e correlatos);
- Acentuada rotatividade dos profissionais, especialmente no que são pertinentes as especialidades;
- Elevada quantidade de usuários com diarreia.

1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para o plano de intervenção

Tomando-se por base o diagnóstico situacional, a Equipe de Saúde vinculada à UBS Rosa Mística destaca os seguintes problemas:

- Escassez de recursos, principalmente insumos, frente à demanda existente;
- Ausência de um sistema de prontuário eletrônico;
- Interferência política que ameaça o desdobramento das ações planejadas na UBS;
- Elevada rotatividade de profissionais;
- Baixa participação dos atores no Planejamento Estratégico Situacional;
- Quadro acentuado de usuários com diarreia.

Definidos os problemas, estes foram classificados por prioridade, mediante método participativo, com respeito à visão que a população avalia tais problemas. Na síntese de priorização dos problemas estabeleceram-se os seguintes critérios:

- Importância: atribuiu-se um valor “alto, médio ou baixo”;
- Urgência: distribuindo pontos conforme sua urgência;
- Capacidade de enfrentamento: caracterizando se o problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;
- Seleção dos problemas por ordem de prioridade, a partir do resultado aplicado dos critérios (alta importância, pontuação alta em relação à urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe).

Quadro3 – Município de Craíbas. Comunidade de Folha Miúda, UBS Rosa Mística: classificação e priorização dos problemas.

Priorização dos problemas	Importância ¹	Urgência ²	Capacidade de enfrentamento ³	Seleção
Escassez de recursos (insumos)	Alta	5	Fora	3
Ausência de prontuário eletrônico	Alta	5	Fora	4
Interferência política	Média	2	Fora	6
Elevada rotatividade de profissionais	Média	3	Fora	5
Baixa participação dos atores	Alta	5	Parcial	2
Quadro acentuado de usuários com diarreia	Alta	10	Dentro	1

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

1 alta, média ou baixa

2 total de pontos distribuídos em urgência deve totalizar 30 pontos

3 total, parcial ou fora

Da análise inerente ao quadro 3 restou demonstrado que o quadro acentuado de usuários com diarreia se convalida no problema que carece ser enfrentado, tornando-se o objeto do plano de intervenção a que se prende este trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

A doença diarreica é um problema de saúde pública em diversas regiões do mundo, sobretudo, naquelas carentes de políticas públicas efetivas de saneamento e educação e higiene alimentar. Dessa forma, a redução da incidência da diarreia vai além da abordagem médica do problema e se assenta em medidas preventivas voltadas à melhoria das condições ambientais, tais como oferta de água, tratamento adequado dos dejetos humanos, educação e segurança alimentar.

Identificada pelo aumento do volume de fezes, diminuição na consistência ou aumento de aquosidade e/ou aumento da frequência das evacuações, as causas de diarreia podem ser agrupadas em quatro categorias principais: bacterianas, virais, parasitárias e não infecciosas.

Dados extraídos a partir dos estudos do gastroenterologista Antônio Carlos Moraes revelam que:

Segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO), diarreia aguda é a passagem de uma quantidade maior do que o normal de fezes amolecidas, além do aumento do número de evacuações, que durem menos de 14 dias. Pode ser interpretada como um aumento na quantidade de água e eletrólitos nas fezes, levando à produção frequente de fezes malformadas. É esse comprometimento no equilíbrio entre reabsorção e secreção pela mucosa intestinal que leva à liquidificação das fezes (MORAES, 2014).

Nesse plano de intervenção importa-nos precipuamente as diversas formas de infecções parasitárias, responsáveis por grande parte dos casos de diarreia aguda, especialmente em regiões com más condições higiênico-sanitárias, como é o caso da área adstrita à Unidade Básica de Saúde Rosa Mística.

Independentemente da enfermidade que acomete o sujeito vale menção a Santos e Melo (2008) para quem: “tão importante quanto oferecer tratamento adequado aos pacientes é informar e orientar pessoas das mais diversas camadas sociais a respeito dos riscos, sintomas e prevenção de doenças.” Nesse diapasão, justifica-se o plano de intervenção afim de que, medidas de cunho sanitárias, médicas e educativas sejam implantadas com fulcro no auxílio da população a respeito da prevenção à diarreia.

O trabalho será desenvolvido junto aos usuários cadastrados na UBS Rosa Mística, localizado na zona rural do município de Craíbas/AL, que conta com 3.068 habitantes em razão do elevado índice de casos de diarreia, exigindo por parte dos gestores a adoção integrada de políticas públicas a fim de controlar e reduzir a enfermidade, assim como parceria com organismos educacionais, mediante trabalho contínuo de educação e higiene alimentar, combinados com investimentos nas áreas de recursos hídricos, saneamento e

emprego e renda, indispensáveis à consecução do objetivo a qual se prendem as ações dispostas nesse plano visando à prevenção da diarreia na comunidade objeto de estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Implantar plano contendo medidas preventivas no enfrentamento à diarreia na Unidade Básica de Saúde Rosa Mística.

3.2 Objetivos específicos

- Efetivar ações educacionais de cunho sanitário como medida profilática com vistas a orientar a comunidade quanto ao modo de prevenção de diarreia;
- Identificar os usuários em casos grave acometido com a enfermidade para realizar o tratamento adequado;
- Reduzir os casos de subnotificação existentes na área efetivando-se a prática do EPF – exame parasitológico de fezes;
- Sensibilizar a gestão local para a necessidade de ampliação da quantidade de moradias servidas pela rede de esgoto.

4 METODOLOGIA

Para o presente plano de intervenção será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional, por meio do método da Estimativa Rápida, com vistas a identificar o problema prioritário, os nós críticos e as ações necessárias à resolução deste, tendo como base o território e a comunidade adstrita à área onde está situada a UBS Rosa Mística, conforme estudado no módulo de Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Concomitantemente, proceder-se-á consulta à biblioteca virtual em saúde da NESCON, bem como de órgãos públicos no município de Craíbas, especificamente relatórios extraídos da Secretaria Municipal de Saúde.

Para a redação do texto serão aplicadas as normas vigentes pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) combinadas com as orientações experimentadas no módulo de Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A diarreia configura-se como grave enfermidade em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil e sua ocorrência foge à perspectiva meramente sanitária atando-se a fatores de cunho ambiental, nutricional, social, econômico e cultural. Embora, nos últimos anos, tenha havido incremento nas ações com fulcro na redução do problema, as doenças diarreicas continuam apresentando índices elevados, fruto da escassez de políticas públicas eficientes e eficazes que permitam, de um lado, o efetivo bem-estar do cidadão e, de outro lado, a minimização dos custos hospitalares. A acentuada ocorrência de diarreia com ausência e/ou subnotificação de investigação etioepidemiológica combinada com a inadequada atenção primária geram impactos sociais, em decorrência dos casos que podem evoluir ao óbito, e econômicos, devido aos altos custos das internações.

Neste diapasão vale menção à assertiva de Jardines, segundo o qual:

Os riscos associados à diarreia são os fatores socioeconômicos, políticos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais. Os fatores de riscos que envolvem o ciclo da cadeia epidemiológica transmissível da diarreia estão diretamente relacionados ao baixo nível socioeconômico da população mais pobre e marginalizada dos bens e serviços públicos, ausência de saneamento básico (abastecimento de água tratada e rede de esgoto), desnutrição proteico – calórica, qualidade da água e alimentos, e condições higiênicas pessoais.. (VERONESI; FOCACCIA, 2004, *apud* JARDINES, 2016).

Ainda nessa esteira é imprescindível pontuar o entendimento de Paz, Almeida e Günther, segundo o qual:

A transmissão de doenças infecciosas como a diarreia é um processo complexo, com muitos determinantes; ainda assim, sabe-se que 88% das mortes por diarreia são atribuídas à água não potável, saneamento inadequado e higiene precária. (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012). (grifos nossos).

Ao analisarmos a área adstrita à UBS Rosa Mística, situada na zona rural do município de Craíbas, em Alagoas, constatamos presentes os elementos acima delineados pelos autores, os quais fomentam a doença diarreica elevando-a para patamares acima dos permitidos no âmbito sanitário. Elementos como educação sanitária e saneamentos básicos adequados, ausentes na comunidade, servem como propulsores para a escalada da doença.

5.1 Categorias da diarreia

Os casos de diarreia aguda podem ser categorizados em quatro classes distintas: infecciosas, bacterianas, virais e parasitárias. Para o presente trabalho, considerando o ambiente e local onde se desenvolve a pesquisa, importa-nos os casos parasitários.

Conforme científica Munduruku:

As diarreias do tipo parasitárias são responsáveis por muitos casos de diarreia aguda, principalmente em localidades sem saneamento básico, e diante da grande variedade epidemiológica e aos muitos diferentes ciclos de vida dos parasitas intestinais, o principal aspecto está diante do diagnóstico. (MUNDURUKU, 2017).

Já Estevam, citando o Manual de Monitorização da Doença Diarreica Aguda especifica que:

É fato que com a introdução de medidas de saneamento básico, obteve-se em todo mundo, incluindo os países em desenvolvimento, um declínio importante das taxas de mortalidade e de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, que eram transmitidas principalmente pela água contaminada e devido à ausência de esgotos. Contudo, antigas doenças caracterizadas como doenças de pobreza e decorrentes da ausência de saneamento básico podem ser ainda encontradas em regiões rurais e na periferia urbana, onde as condições de vida são bastante precárias [...]. (ESTEVAM, 2016).

Neste caso, encaixa-se perfeitamente o problema prioritário que atinge a comunidade onde está localizada a UBS Rosa Mística. A doença de cunho diarreico torna-se uma realidade presente em função de elementos extrínsecos à própria vertente sanitária, encontrando eco nos vieses sociais, mormente, naqueles associados à educação sanitária, alimentação e saneamento básico. Além disso, a repetição de hábitos culturalmente aceitos pautados na automedicação para os casos suspeitos e na não notificação aos órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica intensificam o problema. Por outro lado, a subnotificação desfavorece o reconhecimento do quantitativo maciço de usuários portadores da enfermidade limitando o planejamento de ações mais incisivas no que tange à minimização da doença.

Embora não seja uma doença de notificação compulsória, dada sua elevada frequência revela-se de suma importância sua notificação, imprescindível para realização de exame laboratorial de fezes para detecção do tipo de parasita causador e promoção de ações de saúde que inibam a (re)contaminação, concomitantemente, a melhoria do bem-estar dos usuários.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Para elaboração do plano de intervenção centrou-se no problema prioritário existente na UBS Rosa Mística, qual seja, o elevado quantitativo de usuários com diarreia, explicando-o, selecionando os nós críticos, para a partir destes, desenvolver a construção de ações eficientes e eficazes na minimização do problema, conforme destacado adiante.

6.1 Descrição do problema selecionado

Identificar dada enfermidade, a partir do diagnóstico preciso, realizado por uma equipe competente, auxilia sobremaneira nos processos seguintes, relativos aos procedimentos clínicos que deverão ser efetuados, com vistas à resolução do problema. Esse processo é anterior à própria consulta médica. Tomando-se como base o Planejamento Estratégico Situacional e utilizando-se o método da Estimativa Rápida, especialmente analisando-se dados do e-SUS AB, confrontando-os com as entrevistas efetuadas e observações realizadas pelos agentes comunitários de saúde vinculados à área adstrita à UBS Rosa Mística junto à comunidade, revela-se a existência de um problema comum, mas que reflete os desafios da gestão na construção de políticas públicas mínimas inerentes à saúde, atreladas à educação, saneamento básico e hábitos alimentares. Estar-se se falando da *diarreia* que, conforme dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), motiva a internação de 1,4 por mil habitantes (BRASIL, 2020a). No âmbito da unidade de saúde em tela, a problemática é ainda mais desafiadora uma vez que, embora casos de diarreia sejam comuns, constata-se uma subnotificação da doença já que, a população incorporou a ideia de “enfermidade trivial”, praticando a automedicação, impossibilitando o real dimensionamento experimentado na área. Nesse diapasão, ignora-se o fato de que quadros de diarreia podem levar à desidratação, desnutrição, anemia, queda da função imunológica, perda de eletrólitos, perda de sangue [...], complicações que podem levar o indivíduo a óbito. Em razão deste fato, o presente trabalho pretende atacar a problemática a partir de um projeto de intervenção que visa não só reduzir o quadro existente, como também, demonstrar a extensão real do problema na comunidade de Folha Miúda.

6.2 Explicação do problema selecionado

Embora ligada a múltiplas causas, a diarreia - caracterizada como aumento da frequência das defecações associada à diminuição de consistência – lastreia-se num mal diretamente associado à pobreza. A enfermidade está condicionada principalmente ao baixo nível socioeconômico da população, sendo um dos principais fatores que influencia as condições de saneamento básico precário e comportamento higiênico pessoal e doméstico insatisfatório.

No dizer de Kuiava, Perin e Chielle:

[...] A diarreia é uma manifestação comum, estando fortemente associada com hábitos de higiene e com índices maiores em populações carentes e desprovidas de saneamento. A diarreia é um grande problema de saúde pública em diversas regiões do mundo, mas principalmente em locais onde há baixo desenvolvimento socioeconômico e para a compreensão da sua incidência e mortalidade, diversos fatores estão envolvidos, tais como, variáveis biológicas, ambientais, socioculturais, portanto é um tema com alta complexidade e que merece destaque, uma vez que muitos dos fatores determinantes podem ser evitáveis (KUIAVA; PERIN; CHIELLE, 2019, p. 2).

Tomando-se por base dados extraídos do e-SUS AB inerentes à UBS Rosa Mística, já demonstrados neste trabalho, constatou-se a existência dos fatores desencadeadores da diarreia: 88% dos indivíduos fazem uso de fossa rudimentar – buraco que recebe na terra todos os dejetos sem qualquer tratamento; 78,6% utilizam água encanada, porém há a necessidade de averiguar se o modo de tratamento – cloração mais utilizada – esta sendo eficaz; finalmente, cerca de 57,1% das pessoas estão desempregadas ou têm renda igual ou inferior a um salário mínimo.

Identificadas as causas sobre as quais se apoia a enfermidade em comento, serão construídas ações com o intuito de enfrentar os problemas que darão solução à causa principal.

6.3 Seleção dos nós críticos para o problema selecionado

Para elaboração do plano de ação é fundamental identificar os nós críticos, ou seja, as causas capazes de explicar o problema em tela - o acentuado índice de diarreia - buscando modifica-las; assim, indiretamente, estar-se-á atacando a problemática principal com o intuito de solucioná-la. As causas ou situações críticas sobre a qual se assenta a prevalência dos casos de diarreia na área de abrangência da UBS Rosa Mística se atrelam aos seguintes fatores:

- Ausência de educação em saúde e higiene pessoal e alimentar;
- Índice elevado de verminoses, especialmente amebíase;
- Ingestão de água contaminada;

6.4 Desenho das operações sobre os nós críticos

Tendo como base o problema prioritário constatado na área adstrita à UBS Rosa Mística o qual, se alicerça no alto índice de diarreia, identificamos três causas – nós críticos – que ao serem combatidos minimizarão o supracitado problema. Nesse contexto, a elaboração das ações na qual se assenta o plano de intervenção está disposta consoante quadros a seguir.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 1 inerente ao problema “ausência de educação em saúde e higiene pessoal e alimentar”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Ausência de educação em saúde e higiene pessoal e alimentar
Operação	Ampliar o quantitativo de alunos cientes da importância da educação em saúde e higiene pessoal e alimentar como forma de minimizar os casos de diarreia.
Projeto	Todos pela saúde – Inclusão na Parte Diversificada do currículo dos alunos da Educação Básica aulas específicas voltadas à “educação em saúde e higiene pessoal e alimentar” com foco na diarreia.
Resultado esperados	Aulas incluídas e ministradas.
Produtos esperados	Alunos informados, multiplicadores junto à família e comunidade quanto à necessidade da correta assepsia pessoal e no trato dos alimentos inibindo, dessa forma, casos de diarreia.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Político: articulação com o gestor municipal, assim como com o secretário da pasta da Educação; ➤ Financeiro: consignado à existência de dotação orçamentária com vistas à possibilidade de contratação de pessoal; ➤ Organizacional: vinculado à articulação da coordenação pedagógica (eixo educação) com a coordenação de vigilância sanitária e profissionais da ESF (eixo saúde).
Viabilidade do plano: recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Políticos: bom trânsito no que tange à interlocução entre os gestores das pastas da Educação e Saúde, assim como entre estes e o prefeito; ➤ Financeiro: previsão no orçamento para a contratação de pessoal combinando-se com a comprovada existência de disponibilidade financeira; ➤ Organizacional: boa interlocução entre os agentes coordenadores da área pedagógica com aqueles ligados à vigilância sanitária/ESF.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeito – motivação indiferente; • Secretário de Educação – motivação favorável; • Secretário de Saúde – motivação favorável.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	No caso do prefeito é necessário demonstrar que a possibilidade de incremento de despesa no eixo educacional será compensada pela redução na compra de insumos e internações no âmbito da saúde, acompanhado da efetiva melhoria no bem-estar da comunidade. Apresentação de dados físicos extraídos do e-SUS AB acerca da quantidade de usuários que padecem de diarreia, enfatizando suas causas.
Responsáveis/gerentes pelo acompanhamento das operações	Coordenador pedagógico/médico da ESF.
Prazo	Pós-pandemia COVID-19. Ação desenvolvida durante todo o ano letivo.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Ao final do 1º mês pós-implantação das aulas: monitorar o conteúdo das aulas, o tipo de linguagem utilizada e a amplitude desta na rede municipal; bimestralmente averiguar o comportamento dos indicadores que medem a incidência de diarreia na área adstrita à comunidade.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 2 inerente ao problema “índice elevado de verminoses, especialmente amebíase”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Índice elevado de verminoses, especialmente amebíase.
Operação	Elevar o quantitativo de domicílios diretamente ligados à rede de esgoto.
Projeto	Sanear para sanar – Ampliação da quantidade de moradias servidas pela rede de saneamento (esgoto).
Resultado esperado	Serviço de saneamento ampliado.
Produtos esperados	Queda na taxa da população acometida com verminoses.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Político: articulação com o gestor municipal, assim como com o secretário da pasta de Finanças; ➤ Financeiro: consignado à existência de dotação orçamentária para o fim almejado; ➤ Cognitivos: atrelado à necessidade de elaboração de projeto que possibilite a ampliação da rede de esgoto. ➤ Organizacional: vinculado à existência de RH capacitado para a execução do projeto.
Viabilidade do plano: recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Políticos: bom trânsito no que tange à interlocução entre os gestores das pastas da Saúde e Finanças, assim como entre estes e o prefeito; ➤ Financeiro: existência de rubrica orçamentária para investimentos na área de saneamento acompanhada de receita efetiva para o fim desejado; ➤ Cognitivos: existência de profissionais capacitados para elaboração de um Projeto de Ampliação da Rede de Saneamento; ➤ Organizacional: contratação de RH da área voltada à engenharia.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	<ul style="list-style-type: none"> • Prefeito – motivação indiferente; • Secretário de Finanças – motivação indiferente; • Secretário de Saúde – motivação favorável.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	No caso do prefeito e do Secretário de Finanças é necessário demonstrar que o incremento de despesa será compensado pela redução na compra de insumos e internações no âmbito da saúde, além do alinhamento mundial que prega ações sustentáveis na perspectiva ambiental. Não obstante, considerando a pandemia da COVID-19, destacar que o novo Marco Regulatório do Saneamento Básico (PL n.º 4.162/2019), pode ir à votação remota em plenário virtual ainda em 2020 de modo que, o gestor estará apenas se antecipando a fato que, em futuro próximo, tornar-se-á obrigatório. Apresentação de dados físicos extraídos do e-SUS AB acerca da quantidade de usuários que padecem de diarreia, enfatizando suas causas.
Responsáveis/gerentes pelo acompanhamento das operações	Coordenador de vigilância sanitária/Médico da ESF.
Prazo	Pós-pandemia COVID-19. Trata-se de ação de infraestrutura, portanto, exige-se lapso temporal mais dilatado: entre um e dois anos.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Paulatinamente, mediante ampliação das moradias com esgoto, avaliando-se o comportamento da incidência de verminoses na comunidade, a partir da construção de uma série histórica comparativa.

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 3 inerente ao problema “ingestão de água contaminada”, sob o comando da ESF Rosa Mística, município de Craíbas, Estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Ingestão de água contaminada
Operação	Conscientizar a comunidade acerca da importância de ingerir água potável como forma de evitar doenças de cunho hídrico e alimentar.
Projeto	Água é vida – Confecção de cartilha educativa, bem como de palestras desenvolvidas na própria unidade de saúde acerca da importância do consumo de água potável e alimentos higienizados combinada com a distribuição de hipoclorito de sódio pelos agentes de endemias e agentes comunitários de saúde.
Resultado esperado	Cartilha confeccionada. Palestras realizadas. Hipoclorito de sódio distribuído.
Produtos esperados	Redução no índice de usuários acometidos por enfermidades decorrentes da ingestão de água contaminada, especialmente diarreias.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Político: decisão da Secretaria Municipal de Saúde em confeccionar cartilha e incrementar o pedido de hipoclorito de sódio junto à Secretaria de Estado da Saúde; ➤ Financeiro: necessário para confeccionar a cartilha educativa; ➤ Organizacional: articulação com os agentes de endemias e agentes comunitários de saúde.
Viabilidade do plano: recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Políticos: bom trânsito no que tange à interlocução entre os gestores das pastas da Saúde em nível municipal e estadual; ➤ Financeiro: disponibilidade de recursos financeiros (de custeio) para atender o fim almejado; ➤ Organizacional: boa interlocução com os agentes de endemias e agentes comunitários de saúde.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores/motivação)	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário Municipal de Saúde – motivação favorável; • Secretário Estadual de Saúde – motivação favorável; • Agentes de endemias e ACS – motivação favorável.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Não é necessária.
Responsáveis/gerentes pelo acompanhamento das operações	Médico da ESF/Enfermeiro/Agentes de endemias/ACS
Prazo	Pós-pandemia COVID-19. Início imediato a partir da aprovação do plano.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Nível de informação da comunidade sobre a importância de uso de água potável: ao sexto mês. Uso efetivo do hipoclorito de sódio: ao final do segundo mês.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme explanado ao longo deste trabalho, embora a mortalidade gerada pela doença diarreica tenha diminuído, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, os casos de notificação desta ainda se mostram elevados. Este fato ata-se, principalmente, às condições sociais – econômicas, ambientais, nutricionais e cultural – a que grande parcela dos indivíduos está submetida no cotidiano, guardando íntima relação com o panorama experimentado pelos cidadãos da comunidade onde se situa a UBS Rosa Mística, em Craíbas.

Considerada uma doença atrelada às más condições de saneamento, educação sanitária e higiene alimentar, a história epidemiológica desta enfermidade perpassa o viés sanitário ganhando status social frente sua relação histórica com o lastro socioeconômico. Nessa perspectiva as ações a serem manejadas com fulcro em debelar o problema vão além da implantação de medidas unicamente no âmbito da saúde devendo-se, simultaneamente, serem acompanhadas de políticas públicas educacionais e de infraestrutura capazes de assegurar aos indivíduos condições mínimas ambientais (saneamento básico e moradia), econômicas (calcada em renda familiar compatível com as necessidades individuais), além da desconstrução do paradigma cultural da automedicação.

Efetivamente, trata-se de medidas de médio e longo prazo e inicia-se com o envolvimento dos principais atores – Poder Público, equipe da ESF e usuários da saúde – na elaboração e planejamento de ações concretas, principiando por um currículo educacional que aborde a importância da higienização alimentar e domiciliar; adentrando na preocupação do gestor municipal na ampliação da rede de saneamento local; e, findando com o comprometimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para com a comunidade. Lembre-se que ao sentir-se *acolhido* e *pertencido* o usuário se torna mais receptivo às iniciativas destes profissionais, portanto, propenso ao processo dialógico calcado na confiança mútua que naturalmente se estabelece. Tal aproximação, em tese, se convalida também e, paulatinamente, na quebra do modelo culturalmente aceito da automedicação, ao tempo em que, permite que casos de subnotificação da doença sejam cada vez mais minguados.

Espera-se que a implantação do plano de intervenção construído para a comunidade adstrita à UBS Rosa Mística resulte na redução dos casos de diarreia e, por conseguinte, no aumento do bem-estar dos cidadãos nela circunscritos, inclusive na maior integração entre esses indivíduos e os profissionais que integram a ESF da área em comento.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 6023**. Informação e documentação: referências: elaboração. Disponível em: <<https://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnbr6023.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

BRASIL, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. [online], 2020a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/craibas/panorama>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

BRASIL, **Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira**. [online], 2020b. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

CORREA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: <https://moodle.nescon.medicina.ufmg.br/cegcسفufal/pluginfile.php/3348/mod_resource/content/5/Inicia%20C3%A7%C3%A3o%20C3%A0%20metodologia%20Trabalho%20de%20Conclus%C3%A3o%20de%20Curso.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ESTEVAM, L. S. **Diarreia aguda: um olhar para a prevenção e educação em saúde de escolares da comunidade Canafístula do município de Girau do Ponciano – Alagoas**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/diarreia_aguda_um_olhar_para_preven%20C3%A7ao.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2020.

FARIA, H. P. de; CAMPOS, F. C. C. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p. Disponível em: <https://moodle.nescon.medicina.ufmg.br/cegcسفufal/pluginfile.php/3323/mod_resource/content/2/Planejamento%20C3%A7%C3%A3o%20e%20programa%20C3%A7%C3%A3o%20das%20a%20C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%20C3%BAde.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reesup/upload/pdf/465.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

JARDINES, D. P. **Projeto de intervenção voltado ao tratamento de enfermidades diarreicas parasitárias com base epidemiológica ambiental na comunidade do povoado Minador do Lúcio do município Cacimbinhas – Alagoas**. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DARBEL-PENJARDINES.pdf>>. Acesso em: 09 nove. 2020.

KUIAVA, V. A.; PERIN, A. T.; CHIELLE, E. O. Hospitalização e taxas de mortalidade por diarreia no Brasil: 2000-2015. **Ciência&saúde**, p. 1-7, abr.-jun. 2019. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32022/18295>>. Acesso em: 03 mai. 2020.

MINAS GERAIS. **Modelos assistenciais: sistemas, modelos e redes de atenção à saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção à Saúde e Regulação. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4120.pdf>>. Acesso em 03 nov. 2020.

MORAES, A. C. Diarreia aguda. **Clínica médica**, JBM, v. 102, n. 2, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4191.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

MUNDURUKU, S. K. S. **Fatores de risco de doenças diarreicas agudas em crianças de 0 a 5 anos na etnia mundurucu polo base Itaituba**. Disponível em: <<http://www.faculdadedeitaituba.com.br/pdf.php?id=25&f=TCC%20Sandro%20Korap%20Formatado.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, M. R. **Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP**. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100017>. Acesso em: 18 nov. 2020.

SANTOS, A. M.; MELO, A. C. F. L. Prevalência da esquistossomose num povoado do município de Tutóia, Estado do Maranhão. **Departamento de biomedicina**, setor de parasitologia, Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, PI. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822011000100021&scrip=sci_abstract&tnlg=pt>. Acesso em: 30 jul. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRAÍBAS. Núcleo de vigilância epidemiológica em saúde. **Relatório de cadastro domiciliar e territorial**. Craíbas: SMS, 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRAÍBAS. Núcleo de vigilância epidemiológica em saúde. **Relatório consolidado da situação do território**. Craíbas: SMS, 2020.