



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Yohanna Muniz Almeida Perinazzo

Estratégias de promoção da saúde para a redução da  
incidência de diarreia aguda em crianças menores de 5  
anos

Florianópolis, Março de 2023



Yohanna Muniz Almeida Perinazzo

Estratégias de promoção da saúde para a redução da incidência de  
diarreia aguda em crianças menores de 5 anos

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Joyce Ribeiro Rothstein  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Yohanna Muniz Almeida Perinazzo

## Estratégias de promoção da saúde para a redução da incidência de diarreia aguda em crianças menores de 5 anos

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Joyce Ribeiro Rothstein**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** a doença diarreica aguda (DDA) é uma patologia frequente na infância, sendo responsável por um terço das hospitalizações de crianças menores de 5 anos e representando uma importante causa de morbimortalidade infantil, sobretudo em regiões subdesenvolvidas onde há escassa rede de saneamento básico, água potável e medidas de higiene pessoal ou coletiva. Além disso, a baixa escolaridade, hábitos culturalmente impostos e o limitado acesso às orientações acerca do tema, contribuem para o incremento do número de casos, bem como para a gravidade dos mesmos. **Objetivo:** considerando a magnitude deste problema dentro da população adscrita da UBS Central de Pantano Grande-RS, elaborou-se um plano de ação que tem o objetivo de reduzir a incidência de doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos com base nos principais determinantes de saúde da comunidade. **Metodologia:** participação da intervenção, pais, responsáveis e crianças com idade entre 0 e 5 anos com antecedentes de DDA no ano anterior à realização do estudo e cadastrados na referida unidade. Após a delimitação do público alvo, serão realizadas avaliações individuais do estado clínico da criança e a identificação dos principais determinantes de saúde envolvidos no desenvolvimento da patologia. Em seguida, os integrantes do projeto participarão de atividades educativas sobre o tema, ministradas dentro da UBS e em parcerias com creches e instituições escolares. Também serão utilizados meios de comunicação disponíveis para difundir na comunidade informações pertinentes à prevenção de DDA. Ao final da execução do projeto espera-se que a aplicação das estratégias influenciem positivamente na sensibilização, na construção de consciência de cuidado e na qualidade de vida da população a partir da redução do número de casos de DDA em crianças de 0 a 5 anos. **Resultado Esperado:** espera-se ainda que os dados obtidos contribuam à formulação de políticas específicas relacionadas ao tema na região.

**Palavras-chave:** Diarreia Infantil, Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde, Saúde da Criança



# Sumário

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 1   | <b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .            | 9  |
| 2   | <b>OBJETIVOS</b> . . . . .             | 13 |
| 2.1 | Objetivo geral . . . . .               | 13 |
| 2.2 | Objetivos específicos . . . . .        | 13 |
| 3   | <b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . . | 15 |
| 4   | <b>METODOLOGIA</b> . . . . .           | 21 |
| 5   | <b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .  | 25 |
|     | <b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .           | 27 |



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Posto de Saúde Central, localiza-se cidade de Pantano Grande, Rio Grande do Sul. Pertence a mesorregião Centro Oriental Rio-Grandense e à Microrregião de Cachoeira do Sul,. Sua extensão territorial é de 847,613Km<sup>2</sup>. Estrategicamente localizado no entroncamento da BR 290, no KM 216 com a RSC 471, com área de 856,6 Km<sup>2</sup>. Juntamente com os demais Municípios do Vale do Rio Pardo, Pântano Grande, formam a Associação dos Municípios do Vale do Rio Pardo (MVARP). O clima é temperado com média em 17 e 23 graus. É comum a ocorrência de geadas nos meses de inverno. A temperatura mínima oscila entre 5 graus e máxima de 34 graus.

A economia da cidade baseia-se, basicamente, na exploração da pedra calcária. Comum solo rico em minérios, principalmente no interior do município. O calcário produzido aqui é exportado para todo Brasil, tornando-se indispensável à economia da cidade. Ainda o cultivo do eucalipto, coloca Pantano Grande com uma considerável importância na exportação de lenha, principalmente no cultivo do fumo, que necessita de lenha para sua secagem. Como Pantano Grande localiza-se há 47 km de Santa Cruz do Sul, capital nacional do fumo, a exportação de lenha de Pantano Grande para a cidade fumageira é grande.

É uma cidade que economicamente depende basicamente da extração de cal e de lavouras. A extração de cal se relaciona a muitos problemas respiratórios. A agricultura, por sua vez, se relaciona a muitos casos de intoxicação pelos lavoureiros na utilização de agrotóxicos, além de possuir uma relação direta com neoplasias dermatológicas, pela alta relação de grande exposição solar sem proteção adequada. Muitas ruas da cidade não possuem asfalto, o que favorece o aparecimento de doenças respiratórias na população. Por se tratar de uma cidade localizada no cruzamento de duas BRs, não é raro que alguns pacientes sejam atendidos apenas pelos serviços de urgência e emergência já que se encontram fora de sua unidade adstrita.

Observa-se também que, por se tratar de um município "novo" falta infraestrutura para o escoamento do esgoto, sendo muitas vezes escoado a céu aberto em açudes, favorecendo a aparição de verminoses e doenças gastrointestinais. A coleta de lixo é desorganizada e muitas vezes o recolhimento não acontece nos dias previstos. Muitas casas não contam com caixas depositárias dos lixos e como há muitos cachorros, o lixo é muitas vezes rasgado e espalhado por toda rua.

A UBS teoricamente se organiza como Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto, na prática não funciona dessa forma, já que não existem Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A cidade há alguns meses inaugurou o Pronto Atendimento que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, o que possibilitou poder atender 90% dos pacientes com consulta agendada.

A equipe é composta por 4 médicos, sendo dois clínicos geral, um ginecologista-obstetra e um pediatra. Também conta com os serviços de um dentista que presta serviços odontológicos duas vezes na semana; uma enfermeira; 3 técnicos em enfermagem (dos quais 2 ficam responsáveis por prestar auxílio nos atendimentos, agendar as fichas, solicitar medicações e materiais faltantes, organizar armários com medicações e suprimentos médicos, aferir sinais vitais e auxiliar em atribuições nas visitas domiciliares quando solicitados). A outra técnica trabalha exclusivamente na sala de vacinação, porém quando solicitada presta auxílio segundo a necessidade. A Unidade ainda possui uma pessoa responsável pela limpeza do lugar.

Existe um NASF que presta auxílio à unidade, cuja equipe está constituída por 1 psicóloga, 1 educadora física, 1 nutricionista e 1 assistente social. É uma equipe com grande potencial de escuta e acolhimento, e com experiência em saúde coletiva, fazendo com que a gestão do cuidado seja bem executada, suprimindo a falta do papel do ACS's. O bom entrosamento da equipe permite a discussão de casos clínicos de forma interdisciplinar e como os profissionais que vivem na cidade há muito tempo, conhecem a maioria da população e das doenças mais frequentes nela.

Na unidade são realizadas reuniões semanais todas às quintas-feiras de 15:00 as 17:00 horas. Eventualmente conta-se com a presença da equipe do NASF. Nesse turno são discutidas falhas, avaliação de cumprimento de objetivos, metas e discussão de casos clínicos. Existe um grupo de pacientes que estão na fila da cirurgia bariátrica e as reuniões ocorrem 1 vez ao mês e são preparadas atividades contendo informações sempre em conjunto com a nutricionista.

Os índices de doenças psiquiátricas como depressão, transtorno bipolar e tentativas de suicídio, são elevados. Grande parte da população faz uso de psicofármacos e outras medicações de uso controlado. O município possui alto índice de toxicodependência e alcoolismo, favorecendo ainda mais a aparição de doenças psiquiátricas.

A equipe realiza trabalho voltado a fumantes, ministra palestras sobre educação sexual e doenças prevalentes e faz visitas a colégios e escolas para palestrar.

Pantano possui, segundo dados do IBGE de 2017, uma população de 10.101 pessoas, onde 7.333 residem na zona urbana e 1.418 na zona rural. A área de abrangência da minha Unidade de Saúde engloba aproximadamente 6.000 pessoas. Com relação à faixa etária, entre os homens está dividida da seguinte forma: 0-14 anos: 19,4%; 15-64 anos: 67,8%; e maiores de 65 anos correspondem a 12,8% da população. Já a faixa etária da população feminina está dividida da seguinte forma: 0-14 anos: 18,1%; 15-64 anos: 68,3% e maiores de 64 anos correspondem a 13,5% da população. Com relação ao sexo, distribui-se da seguinte forma: 51,72% da população é do sexo feminino, enquanto 48,27% pertence ao sexo masculino.

O coeficiente de natalidade do município, é de 12,47 de nascidos vivos a cada 1000 habitantes no ano de 2017. O cálculo foi feito em cima de 126 nascimentos ocorridos de

mães que residem no município, segundo valor do DATASUS. A expectativa de vida é de aproximadamente 73,9 anos segundo dados de 2010. No que se refere a mortalidade geral da população, é constatado um valor de 6,43 mortes a cada 1000 habitantes, dado calculado em cima do valor de 65 óbitos que ocorreram no município no ano de 2017.

A morte por afecções de evolução crônica possui valores alarmantes. A taxa de mortalidade por doenças crônicas é de 4,25 mortes a cada 1000 habitantes. De 65 mortes ocorridas em 2017, 43 óbitos foram consequência de enfermidades crônicas, a qual corresponde a 66,1% dos falecimentos. Dessas 43 mortes, 21 estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, 13 estão associadas a neoplasias (tumores), 6 estão ligadas a doenças crônicas de via aérea inferior (Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e 3 ao Diabetes Mellitus.

A prevalência de HAS no mês de maio do ano de 2018 foi de 146 em cada 1000 pacientes. Os casos de HIV do município que foram notificados por aqui e que se tratam através da rede pública de saúde é de atualmente 64 pessoas. A cobertura vacinal de rotina em crianças menores de 1 ano alcança 73,81% no ano de 2018. O nível estadual do Rio Grande do Sul é de 74,04%.

No ano de 2018, ocorreram um total de 2 mortes em menores de 1 ano, porém não é possível calcular a taxa de mortalidade infantil do ano de 2018 já que não está contabilizado a quantidade de nascidos vivos desse ano. No ano de 2017 não foi contabilizada nenhuma morte em nascidos vivos menores de um ano. A nível de comparação, a mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) de 2015, era de 0,0%, assim como em 2014 e 2013. Já em 2012 apresentou um índice de 8,2% e em 2000 de 16,0%. No ano de 2018, 94 gestantes foram captadas para receberem acompanhamento pré-natal nesta Unidade de Saúde.

Trata-se uma população com boa acessibilidade ao sistema de saúde, porém ainda ocorrem casos com complicações por doenças crônicas, o que indica que prevenção e controle de complicações precisam ser reforçados. À promoção de saúde é prejudicada pela falta de um Pronto Atendimento no Município, visto que a Unidade Básica de Saúde a qual trabalho está cadastrada como ESF porém não funciona como tal.

É importante salientar a dificuldade da coleta de dados atualizados, visto que a UBS não possui prontuários eletrônicos e como tudo é escrito a mão e depois digitado, muitos procedimentos e consultas passam despercebidos sem serem evoluídos corretamente no sistema. Tive acesso ao plano de Saúde de 2018, elaborado pela secretaria dessaúde municipal. São realizadas poucas visitas domiciliares visto que não contamos com agentes comunitários de saúde, dificultando o acesso à saúde de pessoas acamadas ou impossibilitadas de se locomover até o posto. A falta de ACS interfere diretamente na coleta de dados, visto que conhecer a população de uma forma geral fica dificultada sem o papel do agente.

No ano de 2017, existiram 12 recém-nascidos vivos com baixo peso. Equivalendo a 10%

de todos os nascidos vivos do ano. Segundo dados coletados com o pediatra que trabalha na UBS, as mães de crianças de menores de 1 queixaram-se principalmente e em ordem crescente de: cólicas abdominais, refluxogastroesofágico, intolerância à lactose, infecções respiratórias e diarreia.

A doença diarreica aguda (DDA) é uma das doenças mais comuns em crianças em todo o mundo, caracterizando-se pelo aparecimento abrupto. É importante ressaltar que a diarreia atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta afecção causa maior mortalidade. Ela figura como a terceira causa mais comum de doenças em crianças dos países em desenvolvimento e é responsável por cerca de um terço de todas as hospitalizações entre os menores de cinco anos. Como problema de saúde pública, a DDA faz parte das principais causas de morbimortalidade infantil. Na atualidade, em escala mundial, ocorrem um bilhão de episódios por ano (OLIVEIRA et al., 2017a).

Medidas profiláticas são indispensáveis, acessíveis e de fácil realização, como educação em saúde, incentivo ao aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementar até 2anos, terapia de reidratação oral (TRO), ambiente limpo, consumo de água fervida ou filtrada, higienização das mãos e dos alimentos antes do preparo e ingestão das refeições, descarte do lixo afastado da residência, depósito e/ou tratamento adequado dos dejetos humanos(OLIVEIRA et al., 2017a)

Considerando a magnitude deste problema dentro da população adscrita da UBS Central de Pantano Grande, surgiu a necessidade de elaborar um plano de ação para prevenção de DDA, baseado nos principais fatores determinantes de saúde dessa comunidade que estejam associados às doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenções para a redução da incidência de doenças diarreicas agudas em crianças menores de 5 anos com base nos principais determinantes de saúde da comunidade de Pantano Grande.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar fatores determinantes de saúde na comunidade que se relacionem com os altos índices de DDA;
- Firmar parceria com creches e escolas para desenvolvimento de atividades educativas com orientações sobre as DDAs;
- Realizar ações de educação em saúde para as famílias de crianças menores de cinco anos sobre medidas de prevenção da DDA;
- Conscientizar a população sobre como evitar a proliferação de vetores transmissores de doenças.



### 3 Revisão da Literatura

Segundo o Ministério da Saúde (MS) as Doenças Diarréicas Agudas (DDA) constituem um grupo de enfermidades, em sua maioria, de caráter infeccioso e acometimento gastrointestinal, são também conhecidas como gastroenterites. Sua manifestação clínica se caracteriza por síndrome na qual o principal sinal é a diarréia aguda em pelo menos três oportunidades num período de 24 horas. A diarréia define-se pela diminuição da consistência das fezes e pelo aumento do número de evacuações; esse quadro normalmente acompanha-se náuseas, vômitos, dor abdominal do tipo cólica, e em alguns casos a febre pode estar presente. Frequentemente apresentam-se de forma benigna e tem seu curso autolimitado, podendo durar até 15 dias. Em algumas situações especiais, dependendo do germe causador pode apresentar-se de formas mais grave, nesses casos é comum a presença de desintéria, que é quando a diarréia se apresenta com muco e sangue. Apesar de ser considerada uma doença benigna e de curso autolimitado, sua morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos é bastante significativa, isso se deve à sua principal complicação: a desidratação. Em crianças a descompensação hemodinâmica costuma a acontecer de forma mais abrupta e os desfechos são bem piores do que em adultos (BRASIL, 2020).

O MS ainda acrescenta que as DDA podem ter outras origens (não infecciosa), algumas doenças também podem originar esse quadro em alguns casos, além disso, podem ser causadas por medicamentos (antibióticos, laxantes e quimioterápicos), ingestão de grandes quantidades de açúcares, gorduras não absorvidas, e até mesmo uso de bebidas alcoólicas. No entanto em sua maioria e as de maior importância clínica nessa faixa etária (menores de 5 anos) são as de origem infecciosa (BRASIL, 2020).

A etiologia da DDA segundo (SÁ, 2014) é múltipla e tem como principais agentes, as bactérias, toxinas, vírus e protozoários. Os estudos afirmam que a etiologia mais frequente é a viral, e que o rotavírus seria o principal agente etiológico preponderante nos países desenvolvidos, enquanto as bactérias são mais importantes nas crianças de países em desenvolvimento. Estudos promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstram que, em menores de 12 meses as DDA provocadas por rotavírus são mais prevalentes, enquanto que em crianças na faixa etária de dois a três anos as DDA tem sua origem na maioria das vezes por bactérias.

Desde muito tempo sabe-se da estreita relação existente entre condições socioeconômicas (principalmente sanitárias) e o desenvolvimento de agravos de saúde, dentre eles, é relevante o destaque para as doenças diarréicas, visto que, estas são frequentemente reportadas quando trata-se de condições sanitárias inadequadas onde aparecem com destaque. Existem inúmeros exemplos na história, como a forte epidemia de disenteria que acometeu o exército do Império Persa em 480 a.C na guerra contra a Grécia, atribui-se a ocorrência da mesma ao confinamento dos soldados em acampamentos com péssimas

condições de higiene e saneamento, principalmente no que tange a eliminação de dejetos e abastecimento de água, acredita-se que neste acampamento o esgoto era despejado no manancial usado para o abastecimento das tropas. As doenças diarréicas também foram associadas ao grande número de óbitos do século XV, quando a fome e as condições sanitárias precárias assolavam grande parte das localidades na Europa (SILVA, 2012).

SILVA (2012) ainda chama atenção de que, mesmo depois de decorridos anos, décadas e séculos, mesmo com todos os investimentos tecnológicos e evolução das condições de saúde e estratégias de enfrentamento para problemas desses tipo, mesmo com o desenvolvimento de tecnologias e políticas públicas, as doenças diarréicas ainda persistam como problema de saúde e persistem como importante motivo de preocupação para os sistemas de saúde dos países, e em especial dos países em desenvolvimento.

(SILVA, 2012) p.12 considera que:

A persistência das doenças diarreicas pode ser atribuída à maneira como muitos dos aglomerados urbanos se estabeleceram, principalmente nos locais permeados por condições sociais e econômicas precárias. O processo de urbanização em várias áreas do mundo não obedeceu a critérios de funcionalidade. No Brasil, vários municípios compartilham esse histórico de formação, principalmente considerando a velocidade com que se deu o fluxo de pessoas das áreas rurais para as áreas urbanas.

As gastroenterites humanas podem ser enquadradas como uma dos agravos de maior impacto na saúde pública a nível mundial. As DD foram e continuam sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e um dos fatores que mais contribui para o agravamento do estado nutricional das crianças. Epidemiologicamente contabilizam 11% dos óbitos na faixa etária infantil, sendo a quarta doença que mais mata crianças no mundo, numericamente se aproxima de mais ou menos um milhão e duzentas mil mortes por ano, em minúcia é a causa de 1 entre 9 mortes na infância, levando à óbito 2.195 crianças por dia. É a segunda principal causa de falecimentos entre menores de 5 anos de idade(BALIEIRO, 2013). Segundo dados do perfil epidemiológico fornecido pelo MS, no ano de 2018 foram registrados aproximadamente mais de cinco milhões de casos de DDA e 4.752 óbitos no ano de 2017. As maiores taxas de mortalidade foram encontradas nas regiões Nordeste (3,4 x 100.000 hab. ) e Norte (2,7 x 100.000 hab.) (BRASIL, 2020a).

[...] Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2012) estima-se que 2,6 bilhões de pessoas no mundo não tenham acesso a saneamento adequado e a continuar esta tendência, em 2015, serão 2,7 bilhões de pessoas sem acesso a saneamento básico. Ainda segundo a ONU, estudos mostram que o saneamento adequado reduz as taxas de mortalidade por diarreia em um terço, sendo que a diarreia é responsável por 1,5 milhões de mortes a cada ano, principalmente entre crianças menores de 5 anos que vivem em países em desenvolvimento [...] os países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, entraram no terceiro milênio ressuscitando patologias do início do século XX. Para eles, a ausência de saneamento tem resultado em precárias condições de saúde de uma

---

parte significativa da população brasileira, com a incidência de doenças, destacando-se as de veiculação hídrica, tais como as diarreias[...] (SILVA, 2012, p.13).

Para Oliveira, Ferraz e Eller:

A doença diarreica aguda ainda é um dos grandes problemas de saúde pública no mundo, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Estima-se que, anualmente, 1,3 bilhões de episódios de diarreia possam acometer crianças menores de cinco anos de idade, sendo responsáveis por quatro milhões de mortes. Os episódios diarreicos repetidos podem ocasionar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento estado-ponderal e, até mesmo, da evolução intelectual. No Brasil, apesar dos importantes avanços alcançados na prevenção e controle das doenças infecciosas, as doenças diarreicas agudas, ainda continuam como um dos principais problemas de saúde pública e um grande desafio às autoridades sanitárias (OLIVEIRA; FERRAZ; ELLER, 2009).

A transmissão se dá principalmente pela ingestão de água e alimentos contaminados, bem como o contato com fômites, é o que se chama fecal-oral. Frequentemente está associada à pobreza e às precárias condições de higiene e educação, que acompanham todo esse entorno sociocultural e econômico. Esses fatores se tornam determinantes de saúde para a existência dessas enfermidades dentro das comunidades. Atrelado a isso seu controle implica no investimento em melhorias no fornecimento de água, instalações sanitárias adequadas e melhorias na qualidade de vida.

Pode-se constatar que nos estudos de Santos (2014),

[...] está demonstrado que quanto mais baixo são os níveis de saneamento, higiene, educação e informação de uma população, maior é a importância das bactérias na etiologia da diarreia, em comparação com os vírus. Além disso, as diarreias causadas por bactérias têm um aumento notável durante os meses quentes do ano, nas regiões onde as mudanças de estação são marcantes. Em contraste, os vírus geralmente manifestam-se de forma mais intensa na estação mais fria do ano (SANTOS, 2014).

Etiologicamente as DDA se classificam em Infecciosas e não infecciosas, no que tange ao curso clínico podem ser classificadas como: síndrome da diarreia aquosa (que representa a grande maioria dos quadros diarreicos infecciosos), síndrome da diarreia com sangue e diarreia persistente (quando o episódio se estende por mais de 14 dias). No entanto a principal classificação e também determinada pelo MS para fins terapêuticos é aquela que leva em consideração a gravidade DDA, antigamente era classificada da seguinte forma: leve, moderada e grave. Leve quando não se observa sinais de desidratação. Moderada quando há sinais de desidratação leves ou moderados e é possível fazer a reidratação por via oral. Grave quando leva a desidratação mais intensa acompanhada ou não de distúrbios eletrolíticos e requer a terapia venosa (SILVA, 2012). Atualmente o MS reformulou

essa classificação com base no estado de hidratação do paciente com intenção de facilitar intervenções diagnósticas da seguinte forma: diarreia sem desidratação, diarreia com desidratação e diarreia com desidratação grave. Com base nessa classificação já se estabelece terapêutica protocolada pela OMS e MS. É pertinente ressaltar ainda que independente do agente causal, na maioria dos episódios diarreicos de etiologia infecciosa o manejo terapêutico se alicerça na manutenção do estado de hidratação e nutrição (BRASIL, 2020b).

Com relação a abordagem clínica e conduta terapêutica o MS estabelece o seguinte:

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

O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, é importante para avaliar a presença de desidratação e a instituição do tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, quando possível. Durante a consulta o profissional de saúde deve prescrever o tratamento de acordo com o estado de hidratação [...] (BRASIL, 2018).

São pilares do tratamento da DDA segundo MS:

O tratamento da doença diarreica aguda consiste em quatro medidas: a) Correção da desidratação e do desequilíbrio eletrolítico (Planos A, B ou C); b) Combate à desnutrição; c) Uso adequado de medicamentos; d) Prevenção das complicações (BRASIL, 2018).

Após realizada minuciosa avaliação do paciente e abordagem terapêutica dentro preconizado, é instituído um dos seguintes planos de tratamento: Plano A (para os casos de diarreia sem desidratação, no qual o usuário é atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais de reidratação oral (SRO) para casa); Plano B (para os casos de diarreia com desidratação, o usuário fica em observação com o uso de (terapia de reidratação oral (TRO), Plano C (para os casos de pacientes com diarreia com desidratação grave, devendo neste caso receber hidratação via endovenosa) (MUNDURUKU, 2017).

São inúmeros os fatores ligados ao desenvolvimento, prevalência e desfecho das DDA em menores de cinco anos, o principal já citado anteriormente seriam as condições inadequadas de saneamento básico, no entanto existem outros fatores não menos importantes e com mais fácil resolutividade no que tange aos serviços de APS dentro da Estratégia de Saúde da Família. Fatores como má nutrição materna, baixo peso ao nascer, desmame precoce, exposição suscetível a múltiplas infecções, precárias condições de higiene, preparo inadequado dos alimentos, e nível de informação não devem ser negligenciados, e precisam passar a ser vistos como pontos intervenção para enfrentamento do problema.

Levando em consideração toda a problemática que circunda a manutenção da prevalência das DDA ainda em dias atuais, este trabalho se destina a incentivar a equipe a

sinalizar a gestão para os determinantes de saúde detectados e que não estejam dentro do grau de resolubilidade da equipe, e principalmente promover ações de prevenção que contribuam para a diminuição da incidência e prevalência desta doença. As ações desenvolvidas no âmbito da estratégia de saúde da família são de grande importância e refletem em grandes impactos no que diz respeito aos dados de saúde de uma população adscrita, no caso das DDA, ações que interfiram na cadeia de transmissão resultam em diminuição de surgimento de novos casos, bem como controle e monitoramento adequado dos casos já existentes, irão impactar diretamente na saúde e qualidade de vida da população.



## 4 Metodologia

### **Delineamento do Estudo**

Este é um estudo de intervenção que apresenta um plano estratégico com ações voltadas para a redução da incidência de doenças diarreicas agudas em crianças na faixa etária de 0 a 5 anos.

Em razão da complexidade da dinâmica social vivenciada, buscou-se uma metodologia capaz de promover ações e mudanças coletivas para alcançar a resolução da problemática. Optou-se pelo modelo metodológico intervencionista de pesquisa-ação que tem por finalidade possibilitar aos participantes e pesquisadores, a identificação da situação problema e a elaboração de estratégias para a resolução dos mesmos com maior eficiência e com base em ações transformadoras da realidade social estabelecida (THIOLLENT, 2011).

### **Local da intervenção**

O projeto será executado na área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) Posto de Saúde Central, localizado na cidade de Pantano Grande, Rio Grande do Sul. A unidade abrange um total aproximado de 6000 pessoas e consta com equipe de profissionais de saúde composta por 2 médicos clínicos gerais, 1 ginecologista, 1 pediatra, 1 dentista, 1 enfermeira e 3 técnicos de enfermagem. Além disso, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), oferece suporte na prática das atividades em saúde e está constituído por psicóloga, educadora física, nutricionista e assistente social.

### **Público – alvo da intervenção**

Participarão da intervenção, pais, responsáveis e crianças com idade entre 0 e 5 anos com antecedentes de doença diarreica aguda, diagnosticada ao longo do ano anterior à realização do estudo, cadastrados na área de abrangência da unidade e que realizem atendimento na UBS Posto Central.

### **Plano de ações e estratégias:**

Após a realização do diagnóstico situacional, será debatido com a equipe de saúde os problemas identificados na unidade e, considerando o grande número de registros de Doenças Diarreicas Agudas (DDA) nos pacientes pediátricos da população adscrita da UBS Central de Pantano Grande, optou-se por priorizar a elaboração de um plano de ação para prevenção destas condições clínicas, considerando os fatores determinantes de saúde dessa comunidade que estejam associados ao desenvolvimento desta patologia em crianças de 0 à 5 anos.

O plano propõe as seguintes intervenções:

- **Intervenção 1:** Através da avaliação de registros realizados no prontuário e da busca dos cadastros de familiares, serão identificados os sujeitos com antecedentes patológicos de DDA, a frequência com que a patologia ocorreu no ano anterior, a ocorrência de casos graves e os possíveis determinantes de saúde envolvidos no desenvolvimento

de DDA na população infantil (condições de moradia e alimentação, acesso a saneamento básico e estrutura de esgoto). A execução deste plano deverá ser concluída no período de um mês e deve ser realizada pelos profissionais médicos, enfermeira e técnicos de enfermagem, por conhecerem a rotina da unidade de saúde, a organização do prontuários e registros e a perfil da população assistida na área.

- **Intervenção 2:** Após a delimitação do público-alvo, serão realizados encontros individuais com as crianças e familiares. Nestes encontros, após a apresentação do projeto, serão realizadas anamnese e exame físico detalhados na criança. Serão verificados, prioritariamente os seguintes dados: estado nutricional; grau de hidratação; curva de crescimento e peso ideal para a idade; período de aleitamento materno exclusivo; consumo de água potável; higiene corporal e alimentícia; atualização do calendário vacinal. Serão solicitados também exames laboratoriais copro parasitológicos e hemogramas para rastreamento de parasitoses ou anemias e oferecer tratamento quando diagnosticadas as condições.

Esta intervenção deverá ser realizada pelo médico clínico e se estabelece um período de 3 meses para organização das consultas no calendário de atividades da unidade. O número semanais de consultas será determinado após a determinação da quantidade de pacientes participarão do projeto e conforme a disponibilidade do profissional. Todos os dados obtidos devem ser registrados no prontuário, para posterior averiguação de resultados.

- **Intervenção 3:** Após a consulta individual, os participantes do estudo serão convidados a participar de palestras e atividades em grupo. Serão organizados grupos com 15 pessoas e, realizados encontros semanais por um período de 6 meses. As iniciativas de educação em saúde para as famílias de crianças menores de cinco anos serão realizadas por profissionais de saúde integrantes da UBS e pelos integrantes do NASF e deverão abordar orientações sobre causas e consequências da DDA, hábitos de higiene adequados com os alimentos, água e objetos, hábitos de higiene pessoal, formas de contágio da diarreia, proliferação de vetores e estratégias de prevenção da doença no público pediátrico. Os dias e horários dos encontros serão determinados conforme disponibilidade da equipe e dos participantes do projeto.

- **Intervenção 4 :** De forma concomitante à realização de consultas e atividades grupais na UBS, deverão ser firmadas parcerias com creches e escolas área de cobertura da unidade, para desenvolvimento de atividades educativas lúdicas com orientações sobre as DDAs, voltadas para crianças de 0 a 5 anos e para o corpo pedagógico responsável. Os encontros deverão acontecer mensalmente por um período de 6 meses e envolverá a participação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, dentistas e assistentes sociais na elaboração e execução das atividades.

- **Intervenção 5:** Utilização de ferramentas de comunicação (rádio, mídias virtuais, redes sociais e blogs) e de informação (folhetos, panfletos cartazes), para veiculação de informações pertinentes à prevenção de DDA na comunidade.

- **Intervenção 6:** Uma vez concluídas as ações propostas no projeto, será realizada

nova reunião com a equipe e os sujeitos integrantes do estudo, para consolidação das informações de educação em saúde, e para uma análise coletiva dos resultados alcançados com a realização das estratégias de promoção e prevenção da saúde



## 5 Resultados Esperados

A Doença Diarreica Aguda (DDA), representa um problema de saúde que pode provocar repercussões graves em crianças menores de 5 anos de idade. Os quadros tem etiologia variada, mas, em populações carentes, os principais fatores determinantes do desenvolvimento da doença estão relacionados com as condições de saneamento básico, contaminação da água e de alimentos e escassos cuidados de higiene. Além disso, tem interferência no surgimento e evolução da doença, os hábitos nutricionais, o cumprimento rigoroso de esquema de vacinação, a prática de aleitamento materno, entre outros (IMADA et al., 2016)

Neste cenário, o conhecimento sobre o manejo da diarreia se apresenta como aliado no controle da patologia, uma vez que o acesso a informação aumenta a probabilidade de colocar em prática os cuidados diários com a criança para a prevenção da condição patológica (OLIVEIRA et al., 2017b).

Entretanto, apesar destas informações serem amplamente discutidas no meio científico, na prática diária de ações de saúde dentro da realidade da Unidade Basica de Saúde Central, no município de Pantano Grande -RS, foi revelada a urgente necessidade de aplicação de ações de educação em saúde efetivas que sejam direcionadas à difundir informações e orientações, que promovam mudanças na dinâmica comunitária e atuem de maneira direta sobre o controle de fatores de risco e aumento do numero de casos de doenças diarréicas agudas.

A proposta do projeto está voltada para a aplicação de práticas de promoção da saúde e prevenção da doença, estratégias de educação em saúde, estabelecimento de vínculos entre a saúde e escola e realização de campanhas informativas. As intervenções realizadas na área de atuação da USB Central deverão envolver a equipe de saúde e a população-alvo do estudo em um processo de aprendizado que funcione como um meio para propagar conhecimento e promover mudanças no comportamento individual e comunitário no que diz respeito aos cuidados para prevenir as DDAs. De forma geral, ao finalizar a execução das atividades propostas, espera-se obter os seguintes resultados:

- Melhor conhecimento a respeito do determinantes socioeconomicos involucrados no desenvolvimento das DDAs. Ao identificar os principais fatores de risco envolvidos no processo saúde-doença, a equipe de saúde poderá dimencionar os problemas existentes e atuar de maneira mais precisa na resolução dos mesmos.

- Incremento da qualidade de vida e das condições de saúde da população envolvida. A disponibilização de informações e orientações irão aumentar o nível de conhecimento da comunidade sobre as doenças diarreicas agudas, suas causas, complicações, tratamento e medidas de prevenção.

- Fortalecimento do vínculo entre a escola e a saúde. Espera-se que com parceria entre

a unidade de saúde e o ambiente educacional, as atividades voltadas para a promoção de saúde e prevenção de agravos, estejam, cada dia mais presentes na rotina das práticas escolares.

- Desenvolvimento de conscientização da necessidade de mudanças nos estilos de vida a partir da adoção de hábitos e cuidados saudáveis na rotina de cada família.

- Melhor qualidade de vida e saúde infantil da população adscrita na UBS Central.

Em síntese, o presente projeto de intervenção, através da sensibilização e construção de consciência de cuidado, influenciará de maneira positiva na redução do número de casos de DDA em crianças de 0 a 5 anos que integrem a comunidade de abrangência da referida unidade de saúde. Além disso, os dados obtidos podem servir para a formulação de políticas específicas relacionadas a DDA nessa região.

## Referências

- BALIEIRO, K. C. Detecção e caracterização gênica de rotavírus de pacientes atendidos em hospitais públicos infantis da cidade de Manaus, Amazonas, entre os anos de 2007 e 2008. Manaus, n. 99, 2013. Curso de 2013, Universidade Federal do Amazonas. Cap. 1. Citado na página 16.
- BRASIL, M. D. S. *Orientações para profissionais de saúde*. 2018. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-diarreicas-agudas/orientacoes-para-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 15 Mai. 2020. Citado na página 18.
- BRASIL, M. D. S. *Doenças Diarreicas Agudas Brasil*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/19/Apresenta---o-DDA-Julho-2019.pdf>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 16.
- BRASIL, M. D. S. *Doenças diarreicas agudas (DDA): causas, sinais e sintomas, tratamento e prevenção*. 2020. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-diarreicas-agudas>>. Acesso em: 14 Jun. 2020. Citado na página 18.
- IMADA, K. S. et al. Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia na amazônia. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 1–11, 2016. Citado na página 25.
- MUNDURUKU, S. K. D. S. Fatores de risco de doenças diarreicas agudas em crianças de 0 a 5 anos na etnia munduruku polo base itaituba. Itaituba, n. 66, 2017. Curso de Enfermagem, Faculdade de Itaituba. Cap. 1. Citado na página 18.
- OLIVEIRA, G. F. D.; FERRAZ, L. D. M.; ELLER, R. S. L. Conhecendo as ações preventivas e curativas nos casos de diarreia aguda por rotavírus em lactentes. Governador Valadares, n. 46, 2009. Curso de enfermagem, UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE. Cap. 1. Citado na página 17.
- OLIVEIRA, M. J. C. et al. Nursing assistance in childhood diarrhea care: literature review. *Portuguese ReonFacema.*, v. 3, n. 1, p. 401–406, 2017. Citado na página 12.
- OLIVEIRA, R. K. L. de et al. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 21, p. 1–9, 2017. Citado na página 25.
- SANTOS, P. M. S. D. Doença diarreica aguda: Proposta de plano de ação para pronto atendimento infantil. Florianópolis, n. 16, 2014. Curso de Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem, UFSC. Cap. 1. Citado na página 17.
- SILVA, . P. D. O. E. Projeto de implantação da vigilância da qualidade da água com base epidemiológica e ambiental. Recife, n. 36, 2012. Curso de Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

SÁ, M. A. J. D. Educação em saúde: Prevenção da diarreia aguda em crianças menores de 2 anos na esf geraldo garcia 1 em ponta porã/ms. CAMPO GRANDE, n. 29, 2014. Curso de Medicina, UFMS. Cap. 1. Citado na página 15.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2011. Citado na página 21.