

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS –UNIFAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**AIDA TRUJILLO ALARCON**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DE  
CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA ESCOLARES MENORES DE 5 ANOS  
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NA  
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PENEDO-ALAGOAS**

**MACEIÓ – ALAGOAS**

**2016**

**AIDA TRUJILLO ALARCON**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DE  
CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA ESCOLARES MENORES DE 5 ANOS  
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NA  
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PENEDO-ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima

**MACEIÓ – ALAGOAS**

**2016**

**AIDA TRUJILLO ALARCON**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DE  
CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA ESCOLARES MENORES DE 5 ANOS  
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE NA  
ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PENEDO-ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Prof.<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima – UFAL

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de abril de 2016.

## DEDICATÓRIA

À Arlette, minha filha;  
Aos meus pais e irmão;  
Ao meu amor, pela luz que dá a minha vida.  
Aos irmãos, povo Brasileiro.

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a maioria das mortes de crianças com até cinco anos de idade é causada por doenças infecciosas. Nos países em desenvolvimento quase 40% dos menores de 5 anos ou 3,7 milhões em 2004 ocorrem nos primeiros 28 dias de nascidos e três quartos destes ocorrem nos primeiros sete dias de vida. Este trabalho objetivou promover educação em saúde em cuidados parentais, através da implementação do plano de intervenção para a melhoria de condições de saúde em menores de cinco anos escolares na área de abrangência da Unidade de Saúde Antônia Leite na zona rural no município de Penedo – Alagoas. O projeto de intervenção teve como princípios o Planejamento Estratégico Situacional segundo Campos, Faria, Santos (2010) e pesquisa bibliográfica nas bases de dados da LILACS e SciELO. Utilizou-se os descritores em Ciências da Saúde como: doenças infecciosas, crianças e educação parental. Busca, portanto, o desenvolvimento de ações de educação para a saúde abordando as mais variadas temáticas mais concretamente na área da educação parental e espera-se a mudança nos resultados quanto ao comportamento das doenças infecciosas antes e depois das atividades de educação para a saúde observando-se diminuição nelas após as atividades de educação para a saúde aos pais das crianças.

**Palavras claves:** Doenças infecciosas. Saúde da Família. Educação parental.

## ABSTRACT

According to the World Health Organization, the majority of deaths of children under five years of age is caused by infectious diseases in developing countries nearly 40% of children under 5 years or 3.7 million 2004 occur within the first 28 days after birth and three quarters of these occur in the first seven days of life. This work aimed to promote health education in parental care, through the implementation of the action plan for the improvement of health conditions in children under five school years in the area of Health Unit Antonia milk in rural area in the municipality of Penedo-Alagoas. The intervention project had as Situational strategic planning principles according to fields, Do, Santos (2010) and bibliographical research in the databases LILACS and SciELO. We used descriptors in health sciences such as: infectious diseases, children and parental education. Search, therefore, develop educational actions health addressing the most varied specifically thematic in the field of parenting and is expected to change the results of the behavior of infectious diseases before and after the educational activities for health observing decrease them after the educational activities to health to the children's parents.

**Keywords:** Infectious Diseases. Health. Parental Education.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	20
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
5.1 Políticas de saúde da criança .....	21
5.2 Saúde e educação .....	22
5.3 Parentalidade no papel da educação.....	23
5.4 Doenças na Infância .....	25
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>REFERENCIAS</b> .....	33
<b>ANEXOS</b> .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualizando o território

O município de Penedo está situado na região do baixo São Francisco, no sul do estado de Alagoas e distante da capital 157 km, tendo duas vias de acesso: pela BR 101 e pela via litorânea. Limita-se ao norte com São Sebastião e Coruripe, ao sul com o rio São Francisco e estado de Sergipe, ao leste com Piaçabuçu e Feliz Deserto e a oeste com Igreja Nova. A população do município de Penedo em 2013, segundo IBGE é estimada 63.595 com área da unidade territorial (km<sup>2</sup>) 689,160 e densidade demográfica (hab./km<sup>2</sup>) é de 87,61 de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

No Quadro 1 Encontra-se apresentada a estimativa da população do município de penedo no período de 2010 e 2013.

População estimada 2013	63.595
População 2010	60.378
Área da unidade territorial (km <sup>2</sup> )	689,160
Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> )	87,61
Código do Município	2706703
Gentílico	Penedense

Fonte: IBGE (2013).

### 1.2 Históricos da criação do município

Penedo é uma cidade histórica e foi um dos três focos do povoamento do território alagoano, juntamente com Porto Calvo e o Alagoas do Norte e do Sul. “Situa-se às margens do rio São Francisco, que já foi conhecido pelos nativos da tribo Caetés como” Opera dos Caetés”, ou rio dos Caetés. Existem várias versões e acirradas controvérsias sobre a fundação de Penedo. Porém, a mais aceita é a de que, Duarte Coelho Pereira, primeiro donatário da capitania de Pernambuco deu início ao povoamento em meados de 1545. Em 1636 foi elevada à condição de vila e durante oito anos foi ocupada pelos holandeses que construíram o forte Maurício de Nassau. Foi elevado à categoria de cidade pela Lei Provençal nº 3 de 18 de abril de 1842,



conservando o título de “mui nobre e sempre leal “que recebeu pelo decreto de sua criação” (IBGE, 2013).

Nos dias atuais, Penedo se preserva majestosa sobre um alto rochedo. Conserva viva um patrimônio histórico e artístico-cultural de valor incomensurável. Seus belos casarões de arquitetura europeia causam encantamento aos que aqui chegam. E a marca da passagem dos colonizadores portugueses, holandeses, franceses e os missionários franciscanos, estão presentes na arquitetura barroca, nos templos e convento, no paço imperial, na casa de aposentadoria/cadeia pública – construídos a partir do século XVI. Destaca-se também pelo fato de localizar-se à margem do rio São Francisco (ATLAS, 2013).

### **1.3 Descrição do município**

#### **1.3.1 Aspectos geográficos**

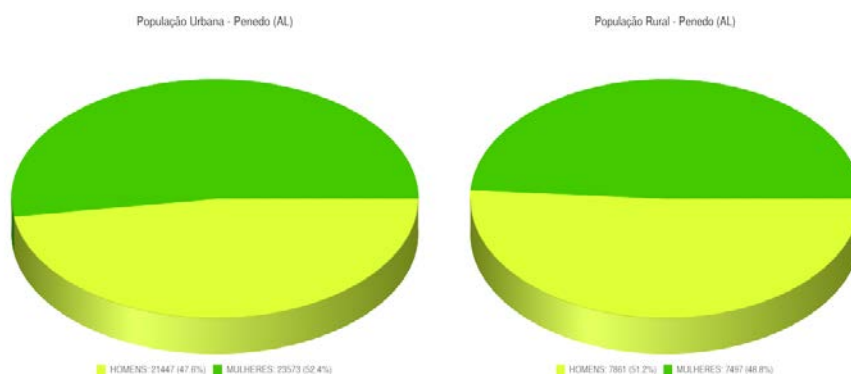
Penedo possui uma área de 689 km<sup>2</sup>, altitude de 15 metros e uma temperatura média de 26°C. Apresenta relevo plano, suave e ondulado com predominâncias em grande parte de formação de tabuleiros, várzeas e encostas. Predominância de solos vermelhos, amarelos e solos aluviais com textura arino argilosos e arenosos. Como recursos minerais têm a argila, calcinitas e montemorilonita. A fertilidade é considerada média e alta. A cobertura vegetal é de florestas perenifólias e florestas subcaducifólias com aproximação de vales. O que se vê atualmente são imensos canaviais e plantios de coco. A fauna outrora rica, hoje se limita a poucas espécies. (ATLAS, 2013)

O destaque hidrográfico é o rio São Francisco, chamado também rio da unidade nacional, que margeia o município, e forma várias ilhas, algumas fixas e outras sazonais. Tem grande importância para a pesca e para a lavoura. Outros rios cortam o município são eles: rio Marituba, rio Piauí, rio Boacica, rio Perucaba. Todos desembocam no rio São Francisco. A várzea da Marituba é formada por extenso complexo flúvio-lagunar que contribui para a permanência da vida aquática e silvestre da região. Parte de várzea foi reconhecida pelo decreto estadual nº35858 no ano de 1988, como Área de Proteção Ambiental (IBGE, 2013).

### 1.3.2 Concentração Habitacional

A população urbana e rural de Penedo encontra-se exposta no Gráfico 1 de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica ( SIAB, 2014).

**Gráfico 1: Concentração da População Urbana e Rural**



Fonte: (SIAB, 2014)

### 1.3.3 Número aproximado de domicílios e famílias

No último levantamento realizado em 2014, a coordenação de endemias registrou 27.676 domicílios e o número de famílias e de 5.121 na zona rural e 25.028 na zona urbana (SIAB, 2014).

## 1.4 Aspectos socioeconômicos

### 1.4.1 Determinantes e condicionantes de saúde

O Quadro 2 mostra o índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Penedo.

**Quadro 2: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM**

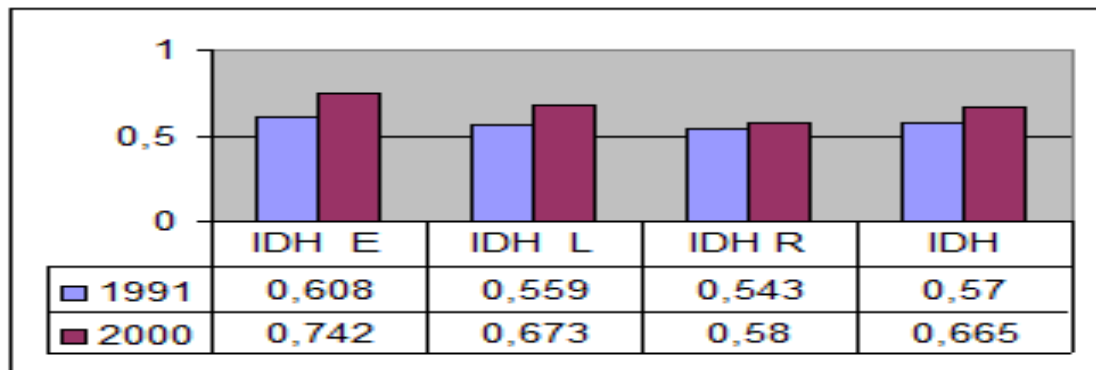
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	
IDHM 1991	0,411
IDHM 2000	0,495
IDHM 2010	0,630

Fonte: Atlas Brasil, 2013. Programa das Nações

O IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, que avalia a qualidade de vida da população e que dimensiona o avanço de alguns componentes como renda,

longevidade e educação é calculado a cada 10 anos. Penedo, como mostra o Gráfico 2 apresentou um IDH de 0,57% em 1996 e 0,655% em 2000, ficando no estado na 6ª colocação. Houve uma melhora no índice alfabetização e longevidade já o índice na renda teve um crescimento inexpressivo, sendo confirmado pelo índice de pobreza apresentado pelo IBGE /2008 que é de 60,62% (IBGE, 2008).

**Gráfico 2: Índice de Desenvolvimento Humano-1991 a 2000-Penedo**



Fonte: IBGE, 2008.

O PIB do município, segundo o IBGE/2008, foi de R\$234,446 e a renda percapita de R\$ 3.910,00.

O percentual de alfabetização segundo o censo do IBGE( 2000) realizado no ano de 2000 foi de 59,25%, sendo 40,75% não alfabetizados. Quanto ao saneamento básico de Penedo, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (2014) 91% da população recebem água da rede geral canalizada e tratada, 7,2% utiliza água de poços ou nascentes e 1,8% recebem água por outros meios; 78% têm lixo coletado pelo serviço público, 16% queima ou enterra e 6% deixam a céu aberto.

#### **1.4.2 Sistema de abastecimento de água**

Situada na Praça Clementino do Monte, a empresa SAAE- Serviço Autônomo de Água e Esgoto é responsável pelo abastecimento de água na cidade de Penedo e povoados circunvizinhos. A empresa é composta por diversos cargos obedecendo a uma ordem hierárquica, após a formulação da lei Municipal nº 282 de 04 de maio de 1950 e modificada pela lei Municipal nº 1308/09 de 29 de abril de 2009.

Na cidade a captação da água para o abastecimento é feita no Rio São Francisco. Nos povoados são utilizados poços e nascentes, onde são instalados pequenos sistemas similares ao presente na sede. Hoje o SAAE responde pelo abastecimento de toda área urbana e conta com vinte e sete poços artesianos e duas nascentes distribuídas nos interiores. Os sistemas de abastecimento seguem os parâmetros da portaria 2.914/11 do Ministério da Saúde, que rege as especificações para água potável, água para consumo humano (BRASIL, 2011).

A Estação de Tratamento de Esgoto – ETE no município de Penedo está em fase de implantação e trará ganhos significativos para a saúde pública e ao meio ambiente: Fica localizada na Rua Euclides Idálio, estrada de acesso ao povoado Ponta Mofina. Possui seis tanques de decantação. O tratamento ocorre por gravidade e em fases. Os dejetos domésticos passarão por seis fases (tanques) de decantação, antes de ir para o Rio São Francisco, com mais de 50% da água tratada (IBGE, 2013).

Neste momento, equipes estão na fase de concretagem do talude dos tanques. O investimento nesta etapa gira em torno de R\$ 600 mil, para 1500 metros cúbicos de concreto. Como parte do projeto, toda a Estação passará ainda por reflorestamento com eucaliptos.

O projeto de esgotamento sanitário já saneou 100 residências na parte baixa da cidade. Os imóveis que foram interligados seus rejeitos à rede coletora ficam nas Ruas José Coelho e Campos Teixeira. Por anos, os moradores destes logradouros conviveram com os dejetos sendo jogados in natura na via, sem qualquer tratamento. O mesmo contempla toda à cidade.

#### **1.4.3 Principais atividades econômicas**

O município de Penedo tem no cultivo da cana de açúcar como predominância devido à localização de duas usinas de álcool e açúcar na região. Também são cultivados arroz, mandioca, milho, feijão, coco e maracujá e algumas culturas de subsistência como inhame e milho. A pecuária também existe como atividade. A pesca já foi bastante explorada, porém hoje com a vazão do rio São Francisco está muito baixo. O comércio é bastante diversificado, nele encontra-se lojas com produtos variados, revendedores de automóveis, supermercados, etc. O setor

industrial está resumido a pequenas empresas e pequenas fábricas. A feira livre acontece em todos os dias da semana sendo intensificada aos sábados e domingos.

### 1.5 Aspectos demográficos

Em relação aos aspectos demográficos, o Quadro 3 mostra a população de Penedo segundo faixa etária e região de moradia.

**Quadro 3: Distribuição da população de Penedo segundo faixa etária**

MUNICÍPIO: Penedo – Al										
Total da População: 61358										
Nº indivíduo	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	26-39	40-59	>60	Total
Área urbana	519	3886	3838	5198	4615	2847	11181	8070	4846	<b>45000</b>
Área Rural	146	1603	1671	1517	2420	1822	2808	3631	743	<b>15358</b>
<b>Total</b>	<b>665</b>	<b>5489</b>	<b>5509</b>	<b>6715</b>	<b>7035</b>	<b>4669</b>	<b>13989</b>	<b>11701</b>	<b>5589</b>	<b>61361</b>

Fonte: IBGE ( 2010)

### 1.6 Taxa de crescimento anual

A taxa de crescimento anual de Penedo é apresentada no Quadro 4

**Quadro 4: Evolução da população de penedo segundo faixa etária e ano.**

Faixa etária /ano	<1 Ano	1 a 4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 +	Total
<b>2009</b>	1379	5690	6823	7324	7431	10142	7638	5524	3568	2692	1551	741	60503
<b>2010</b>	1473	5780	6644	6076	6175	11777	7716	6217	4225	2638	1668	749	61138
<b>2011</b>	1399	5559	6677	5999	5834	11730	7759	6248	4306	2633	1677	759	60580
<b>2012</b>	1373	5529	6759	6008	5779	11750	7990	6333	4429	2667	1688	776	61081

Fonte: IBGE/2012

### 1.7 Densidade demográfica

**Quadro 5: Densidade Demográfica Hab./Km<sup>2</sup>. Dados relativos a população residente estimada.**

Indicadores	2000	2010	2012
<b>Densidade Demográfica (Hab/Km<sup>2</sup>)</b>	82,70*	87,61*	90,28*

Fonte: IBGE, DATASUS, SEPLANDE/AL. 2012.

No que diz respeito á taxa de escolarização, seus indicadores são vistos no Quadro 6.

**Quadro 6: Indicadores Educacionais (Rede Pública).**

Indicadores Educacionais (Rede Pública)	Ensino fundamental	Ensino médio
<b>IDEB - 4ª série/ 5º ano</b>	3,7	-
<b>IDEB - 8ª série/ 9º ano</b>	3,0	-
<b>Taxa de Abandono (Rede Particular) (%)</b>	0,5	0,7
<b>Taxa de Abandono (Rede Pública) (%)</b>	5,4	17,7
<b>Taxa de Aprovação (Rede Particular) (%)</b>	96,0	91,0
<b>Taxa de Aprovação (Rede Pública) (%)</b>	81,5	65,0
<b>Taxa de Reprovação (Rede Particular) (%)</b>	3,5	8,3
<b>Taxa de Reprovação (Rede Pública) (%)</b>	13,1	17,3

Fonte: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/ 8 2012.

## **1.8 Sistema local de saúde**

### **1.8.1 Conselho municipal de saúde**

O Conselho Municipal de Saúde foi criado através da Lei Municipal número 1018 de 1995 de 31 de 1995. Sua composição é formada por 32 membros; sendo 16 titulares e 16 suplentes observando a paridade exigida na lei 8142 de 1990 com 25% de representações de prestadores de serviços ao SUS e gestores, 25% de representações de profissionais de saúde e 50% de representações de usuários da saúde.

### **1.8.2 Fundo municipal de saúde**

O fundo Municipal de Saúde foi criado pela lei Municipal número 994 de 1 de setembro de 1993. Todos os recursos financeiros direcionados para a saúde no município são operacionalizados. O gestor do fundo municipal de saúde é o prefeito através, sejam eles oriundos do Ministério da Saúde, do Estado ou mesmo do próprio município. A gerência é feita pelo Secretário Municipal de Saúde. O município de Penedo utiliza-se do SIOPS para o acompanhamento das receitas e despesas realizadas com o setor saúde.

### **1.8.3 Programa Saúde da Família**

A Estratégia Saúde da Família do município foi implantada em 1998 com duas equipes na periferia da cidade e sucessivamente foram sendo implantadas em todo município tem uma cobertura de 100% do programa no município. Conta com 20 unidades básicas de saúde que são distribuídas por todo o território do município, sendo 14 urbanas e seis rurais, e dois Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) de modo que a população possa ser atendida sem um grande deslocamento do seu micro área.

As ações são desenvolvidas por intermédio de práticas gerenciais e sanitárias através do trabalho em equipe. A equipe está composta por um Médico, uma Enfermeira, um Odontólogo, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, 150 Agentes Comunitários de Saúde, diretor administrativo, vigilantes e auxiliar de serviços gerais. São dirigidas a populações de territórios delimitados, procurando respeitar, principalmente, a acessibilidade dos usuários da área adstrita; através dos princípios da universalidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

### **1.8.4 Sistema de referência e contra referência**

Penedo dispõe de uma cobertura em especialidades, uma Unidade de Pronto Atendimento, um hospital regional, uma Maternidade e um consultório de pediatria.

Difícilmente funciona o serviço de contra referência, sendo uma grande dificuldade enfrentada pelos profissionais para dar continuidade no acompanhamento dos casos.

### 1.8.5 Redes de média e alta complexidade

**Redes de média:** uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA, um Hospital Municipal, uma Casa Maternidade e um consultório de Pediatria.

**Redes alta complexidade:** São encaminhados para Maceió (capital do Estado Alagoas) e para o município de Arapiraca, localizado aproximadamente pouco mais de uma hora do município Penedo.

### 1.8.6 Recursos humanos em saúde

No Quadro 7 está demonstrados o número de leitos disponíveis de acordo o nível de estabelecimento de saúde.

**Quadro 7:** Número de Estabelecimentos e Leitos por **dependência administrativa**

<b>Dependência Administrativa</b>		
<b>Estabelecimentos</b>	<b>Nº de estabelecimentos</b>	<b>Nº de Leitos</b>
<b>Estadual</b>	1	-
<b>Federal</b>	-	-
<b>Municipal</b>	27	-
<b>Privado</b>	41	120
<b>Total</b>	69	120

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2012.

Relacionado ao número de profissionais e respectiva especialidade, os dados do Quadro 8 demonstram esses dados.

**Quadro 8:** Número de profissionais de saúde por especialidades médicas

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Anestesista	05
Cirurgião Geral	11



Clínico Geral	16
Ginecologista e Obstetra	14
Médico da Família	19
Pediatria	17
Psiquiatria	02
Radiologia	05
Enfermagem Saúde da Família	39
Gastrenterologia	21
Agentes comunitários	150

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2012 .

### **1.10 Territórios / Área de Abrangência Estratégia Saúde da Família**

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Antônia Leite mais conhecida como São José e encontra-se situada fora da área de abrangência, pois a Unidade de saúde teve mudança física para reforma e encontra-se um pouco distante da população, com aproximadamente 3 km de distância da área de abrangência da comunidade. Encontra-se em boas condições estruturais. Tem um número estimado de família de 1.302 famílias e 5.208 habitantes, sendo 979 desses menores de 15 anos e 576 menores de 5 anos (SIAB,2015).

#### **1.10.1 Nível de alfabetização**

O nível de alfabetização é baixo ainda e a população, na sua maioria idosa não é alfabetizada.

#### **1.10.2 Taxa de Emprego e principais postos de trabalho**

A população vive a maioria em condições de vida regular, o índice de pobreza é alto e baixas condições sociais devido a taxa de emprego ser baixa, a área rural vive com extrema pobreza, com baixo nível educacional e culturais. As principais causas de morte som pelas doenças crônicas e suas complicações.

#### **1.10.3 Recursos da comunidade**

Na área de abrangência há uma escola, uma creche, uma igreja e duas farmácias. O abastecimento da água esta só a responsabilidade do SAAE. Abastece a comunidade com água tratada. Tem luz elétrica 100% da comunidade e telefonia fixa e celular.

#### **1.10.4 Funcionamento da unidade**

O horário de funcionamento é 8h às 12h e de 13 às 17h, funcionando com atendimento médico de segunda a sexta.

#### **1.10.5 Recursos humanos**

A equipe é composta por: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, 10 agentes comunitários, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de consultório dentário, um diretor administrativo, duas auxiliares administrativos e um auxiliar de serviços gerais.

#### **1.10.6 Recursos materiais**

A unidade de saúde no momento está em fase de reforma, mas dispõe de um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório de odontologia, uma sala de espera, uma sala de curativo, uma sala de pré-consulta, uma copa, dois banheiros.

O diagnóstico situacional da nossa área de abrangência, dentre os vários problemas de saúde identificados, apontou uma elevada incidência de doenças infecciosas em crianças menores de 5 anos de idade ocasionada pela prestação de cuidados deficitários a esse grupo etário.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se por seleção dos problemas e através da seleção dos nós-críticos da Unidade e teve em conta os critérios de hierarquização desses problemas, ou seja, dos problemas evidenciados pelo diagnóstico de saúde desta área.

Através do diagnóstico verificou-se que havia 576 crianças com idade até 5 anos que necessitavam de uma atenção contínua de cuidados. A análise deste diagnóstico mostrou alguns aspetos referentes a este grupo etário e que se relacionam diretamente com os cuidados durante ou após a gestação, estilos de vida e outros aspetos que podem configurar formas de negligência, por omissão de cuidados e que constituem problemas em saúde para a criança uma vez que cuidados inadequados propiciam o surgimento de doenças infecciosas e carências nas crianças menores de cinco anos.

A proposta de intervenção visa assim promover um bom início de vida para as crianças implicando o suporte dos pais e das crianças pequenas e procura dinamizar e reforçar as ações de prevenção da doença e promoção da saúde em parceria com a comunidade, identificando como uma área de intervenção a parentalidade responsável, apontando especificamente a intervenção no âmbito familiar como uma das atividades a desenvolver.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Gerai:**

Promover educação em saúde em cuidados parentais, através da implementação do plano de intervenção para a melhoria de condições de saúde em menores de cinco anos escolares na área de abrangência da Unidade de Saúde Antônia Leite na zona rural no município de Penedo – Alagoas.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Capacitar a Equipe de Saúde para promover parentalidade responsável.

Aperfeiçoar as competências parentais para uma parentalidade positiva e segura.

#### 4 METODOLOGIA

O trabalho foi pautado pelo método de Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme Campo Faria, Santos (2010), e constitui um plano de intervenção em saúde comunitária, ao nível da educação para a saúde, mais concretamente na área da educação parental, sendo a sua intervenção direcionada ou grupos vulneráveis.

Para a seleção de artigos incluídos na revisão foi utilizado a busca através de bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electrony Library Online* (SciELO). Utilizou-se os descritores em Ciências da Saúde como: doenças infecciosas, crianças e educação parental. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos com textos completos, artigos que apresentassem a descritores doenças infecciosas e carências alimentares. Também foram utilizados livros de textos, diretrizes e cadernos de Atenção Básica com a temática antes mencionada.

Dentre dos critérios de exclusão estão: resumo de artigos e aqueles não disponibilizados pela internet.

Após a implementação do plano e a avaliação dos resultados foram observados pontos de acordo com a prática diária na Unidade de Saúde da Família (USF) para a obtenção da proposta de intervenção que será adequada conforme as necessidades da população estudada, a demanda e a procura.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Políticas de saúde da criança

A redução nas taxas de mortalidade infantil é dada por inclusão entre um dos objetivos do Milênio e se trata de um indicador importante para no acompanhamento da evolução dessa meta, é um ponto sensível de lhe dar por ser um indicador de saúde que está relacionado com fatores socioeconômicos e fatores associados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e qualidade da atenção individual e políticas de saúde (FRANÇA et al., 2010).

De acordo com a OMS (2002) *apud* Paranhos, Pina, Mello (2011), os programas do governo e as diretrizes das políticas públicas voltadas para a saúde da criança tem tido como foco principal a redução da mortalidade infantil que é considerada um indicador do desenvolvimento econômico e social de um país, dados atuais mostram que ocorrem cerca de 11 milhões de mortes em menores de cinco anos, entre esses 4 milhões ocorrem no primeiro mês de vida e grande maioria são por causas evitáveis se antes tivesse tido intervenções.

A OMS (2002 *apud* PARANHOS, PINA, MELLO, 2011, p. 203) considera, neste panorama, que “Um conjunto de enfermidades infecciosas continua sendo a causa da mortalidade de 20 a 30% de crianças menores de cinco anos, mundialmente, e, em alguns países da América, ocasiona até 50% do total de mortes nessa faixa etária”.

Para Cunha, Benguigui, Silva ( 2006 *apud* PARANHOS, PINA, MELLO, 2011, p.204).

Considerando a integralidade das ações de atenção à saúde da criança, o seguimento da saúde infantil é processo amplo e complexo, implicando em medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, a família, os serviços de saúde e outros setores sociais. Uma estratégia que envolva todos esses aspectos deve incluir a capacitação das equipes de saúde, a estruturação do sistema de saúde e a valorização das experiências familiares e da comunidade.

## 5.2 Saúde e educação

Segundo Simões (2013), os cuidados primários de saúde são fundamentais para o cuidado em saúde, pois são os primeiros níveis de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. Dessa forma, a promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença e sua ligação com os outros níveis do sistema podem garantir a continuidade dos cuidados o que nos permite afirmar que os cuidados primários de saúde se constituem em elemento chave no alcance da saúde para todos envolvidos.

Ainda em Simões (2013, p.10), tem-se que “é fundamental que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que as abordagens a delinear sejam as adequadas. Para que isto aconteça é, pois necessário planejar e não apenas” dar resposta à procura dos cuidados de saúde e como segundo aspecto intervir á comunidade sempre seja necessário.

Imperatori & Giraldes (1993) *apud* Simões (2013, p.10)

Referem seis tipos de razões para a necessidade do planeamento da saúde: - os recursos são escassos, logo têm que ser utilizados de forma o mais eficaz e o mais eficiente; - necessidade de intervenção nas causas dos problemas, de forma a evitar que o problema se repita; - necessidade de definição de prioridades; - evitar intervenções isoladas e por isso desajustada; - necessidade de racionalização de infraestruturas que são caras; - utilização polivalente e integral de equipamentos.

Diante do pensamento de Simões (2013) quanto à intervenção comunitária, esta é uma estratégia realizada em parceria com a ajuda da comunidade, é um trabalho árduo e delicado, em que se pretende a capacitação dos indivíduos provocando uma mudança de intervenção próxima articulada com a rede de recursos da comunidade e exercida de forma contínua, assegurando certamente os resultados esperados, que estes sejam efetivos e duradouros.

É fundamental legitimar o papel do cidadão, dos grupos, da comunidade na construção de ambientes favoráveis à saúde, traduzindo-se claramente numa necessidade que é preciso promover e incentivar. Contribuir para a capacitação de cada pessoa, de cada grupo, de cada comunidade, no sentido de que reconheçam o direito a respostas de saúde às suas reais

necessidades mas também a reconhecerem a sua responsabilidade em participar e contribuir para a construção dessa mesma resposta, é fundamental. Cada cidadão deve ser capaz de reconhecer o quanto o seu comportamento influencia a saúde de si próprio e daquilo que o rodeia, para que isto seja possível é necessário capacitar, é necessário que a literacia em saúde seja uma realidade para todos (SIMÕES, 2013 p.14-15).

“O Ministério da Saúde compreende que o período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, desenvolvendo ações para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos fatores de proteção [...]” (BRASIL, 2002, p.533).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.534), “Uma estratégia direcionada para essa população que pretenda ter alcance significativo precisa estar associada à escola, onde grande parte dela se encontra”

Promover um bom início de vida implicando o suporte dos pais e das crianças pequenas está incluído no documento ‘Saúde 21’, assinado por todos os estados membros da Organização Mundial de Saúde. Este documento refere na meta nº3, que se intitula, **Início de Vida Saudável**, que “O investimento precoce na saúde é compensado mais tarde, ao longo da vida (Organização Mundial de Saúde, 1998 *apud* SIMÕES, 2013, p.20)”.

### 5.3 Parentalidade no papel da educação

Segundo a OMS (1998) *apud* Simões (2013, p.20),

[...] Os pais necessitam de meios para educar os filhos e tomar conta deles num meio social que proteja os direitos das crianças e as comunidades locais têm de dar apoio às famílias, proporcionando-lhes um ambiente seguro e estimulante e instituições que cuidem e promovam a saúde das crianças [...].

Desta forma a criança ocupa um papel indispensável para a família, portanto para se falar em parentalidade, temos antes de tudo de falar em família.

A educação parental, à imagem da educação para a saúde surge como estratégia de intervenção junto das famílias, ao nível da intervenção na parentalidade, que deve ter como meta a promoção da autonomia das famílias e dos seus membros, sendo o seu grande objetivo a capacitação dos pais (SIMÕES, 2013, p.30).

As tarefas de parentalidade, segundo Simões (2013) estão ligados diretamente com o nível de promoção da saúde e o bem estar.



Para além destas funções, os pais devem também desempenhar papéis diversos entre eles, como sejam o de parceiros de interação, instrutores diretos e na preparação e disponibilização de oportunidades de estímulo e aprendizagem. Torna-se, pois fácil perceber que a parentalidade consiste não só numa tarefa, mas também numa relação que se estabelece, se desenvolve e transforma consoante o desenvolvimento dos seus membros. É desta interação que se recebem os contributos indispensáveis ao desenvolvimento e autonomia, que podem ser ou não promotores de saúde. Para que a parentalidade seja exercida de forma plena é, como nos diz Sampaio (2011), fundamental que as comunidades se preocupem com a parentalidade e forneçam aos casais condições mínimas para exercê-la. (SIMÕES, 2013, p.27).

Simões (2013, p.31) diz que, para se puder assegurar resultados efetivos e duradouros quanto ao processo das intervenções,

Deve ser uma intervenção próxima, continuada e articulada com a rede de recursos existentes na comunidade, denominando-se esta de intervenção comunitária, sendo uma intervenção integrada, onde o trabalho social realizado com as populações tem por objetivo a resolução de problemas e a promoção das potencialidades de uma comunidade através de uma ação concertada entre vários agentes e a própria comunidade local.

Nesse contexto podemos observar a importância da atuação da comunidade, da família e as unidades de saúde, bem como a equipe de saúde inserida no processo de promoção da saúde visando as políticas de saúde voltada para família importante na redução de riscos.

As políticas públicas de atendimento familiar na atualidade estão direcionadas prioritariamente para a promoção de saúde e geração de rendas das famílias em situação de pobreza. Cabe destacar dos Programas Federais ESF (Estratégia de Saúde da Família) e PAIF (Programa de Atenção Integral à Família) que fazem parte da política nacional e servem de exemplo de trabalho multiprofissional com famílias.

O atendimento acontece na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou nas residências. Em cada UBS as ações são desenvolvidas por uma Equipe multiprofissional que é composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. “Os Agentes Comunitários de Saúde fazem um trabalho muito importante de ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês, realizando mapeamento a cada área e cadastrando as famílias. Além disso, é papel dos agentes seguirem os

programas, estimular a comunidade para praticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida” (YUNES, MENDES, ALBURQUERQUE, 2005).

Cabe aqui fazer uma distinção entre as ações de educação familiar e as propostas de educação de famílias como exposto anteriormente, se faz presente de modo informal no cotidiano das relações socioculturais destes grupos, da influência da media. Já a proposta de Educação Parental é uma ação programada que apresenta como especificidade motivação familiar e o exercício da parental idade responsável.

Como nos refere Tavares et al. (2007) apud Simões (2013, p.23-24),

Aproximadamente até ao século XVIII a infância não era considerada uma fase com características próprias e as crianças são vistas como adultos em miniatura. John Locke, filósofo inglês, no final do século XVII defende que a criança nasce como uma “tábua rasa”, sobre a qual o meio externo “regista” tudo o que a criança vivencia. Avançando para o século XIX, Charles Darwin, através da perspectiva evolucionista debruça-se sobre o estudo da infância, passando a atribuir-se a esta etapa do desenvolvimento humano um significado cada vez mais importante. Sabe-se hoje queo contributo da infância no ciclo do desenvolvimento do individuo é fundamental pois as aquisições que são feitas são, por assim dizer, o alicerce quer ao nível físico como também ao nível cognitivo e social.

A criança assume um novo papel na família e na sociedade, refletindo as responsabilidades sociais relativamente a esta fase da infância, nomeadamente com aparecimento de jardins-de-infância e instituições de acolhimento na infância. (SIMÕES, 2013).

#### **5. 4 Doenças na Infância**

“A importância dada à redução da mortalidade na infância pela comunidade internacional pode ser confirmada por sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (UNITED NATIONS, 2000)”.

Os pré-escolares constituem uma parcela da população biologicamente vulnerável à aquisição de doenças, devido, sobretudo, a imaturidade do sistema imune e ao rápido crescimento. ‘Estima-se que 55,3% das crianças no Brasilapresentam infecção por enteroparasitas. A enteroparasitosenã só pela morbidade, mas também pela associação frequente com diarreia crônica e desnutrição, fatores que põem ocasionar déficit físico e cognitivo, e até mesmo óbito [...]’ (BARÇANTE, 2008 apud PEDRAZA, QUEIROZ, SALES, p.507).

“Nos países em desenvolvimento, a maioria dos casos de diarreia aguda e das mortes causadas por diarreia ocorre em crianças menores de cinco anos” (NEST, GOLDBAUM, 2007 *apud* PEDRAZA, QUEIROZ, SALES, p.507).

Com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em Novembro de 1986, ficou definido **promoção da saúde** como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p.1).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de ação visa desenvolver ação comunitária especificamente na área de educação parental para ajudar aos pais das crianças menores de cinco da comunidade ao empoderamento para garantir os cuidados fundamentais às crianças e assim evitar doenças infecciosas.

Os fatores que identificamos como nós críticos e que são parte do problema são:

- Baixo nível de conhecimento dos pais das crianças menores de cinco anos no manejo e prevenção das doenças.
- Presença de baixo nível socioeconômico e cultural da população;
- Equipe com falta de capacitação de seus profissionais para fornecer orientações adequadas;
- Dificuldade de entendimento das orientações medica por parte dos pais das crianças menores de cinco anos sobre o manejo e os cuidados.

Nos Quadros 9, 10, 11 e 12 encontram-se apresentados para cada nó crítico as respectivas operações, resultados e produtos esperados bem como os responsáveis e recursos necessários

**Quadro 9:** Operação sobre o “nó-crítico” 1 relacionado ao Baixo nível de conhecimento dos pais das crianças menores de cinco anos em o manejo e prevenção das doenças infecciosas.

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo nível de conhecimento dos pais das crianças menores de cinco anos em o manejo e prevenção das doenças infecciosas.
<b>Operações</b>	Promover diálogo e interação entre os pais das crianças menores de cinco anos

<b>Resultados esperados</b>	<p>Sensibilização dos pais em quanto à importância do conhecimento do manejo e cuidados das crianças para evitar doenças.</p> <p>Promoção da troca de experiências entre os pais das crianças e equipe de saúde para modificar a situação existente.</p>
<b>Produtos</b>	Pais capacitados para se conseguir o melhoramento dos cuidados as crianças e assim evitar doenças.
<b>Recursos Necessários</b>	<p>Estrutural: Estrutura física da ESF São Jose, sede da associação de moradores, espaços públicos das comunidades, aparato audiovisual.</p> <p>Cognitivo: Capacitação contínua da equipe de saúde e aos pais das crianças</p> <p>Financeiro: Utilização de panfletos, cartazes e banners; divulgação nas emissoras locais de rádio.</p> <p>Político: Envolvimento dos gestores municipais e redes sociais e a Creche de nossa área de abrangência.</p>
<b>Responsável</b>	Medico e Equipe de saúde
<b>Prazo</b>	Através do diálogo e interação com a Equipe de Saúde e em atividades de educação para a saúde com temas específicos para garantir maior conhecimento no manejo da prevenção das doenças infecciosas.
<b>Avaliação</b>	Equipe de Saúde da Família.

**Quadro 10** - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado à Presença de baixo nível socioeconômico e cultural da População, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

<b>Nó crítico 2</b>	Presença de baixo nível socioeconômico e cultural dos pais das crianças da comunidade.
---------------------	--

<b>Operação</b>	Elevar nível de informação dos pais das crianças menores de cinco anos sobre os cuidados e o manejo com as crianças.
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar o conhecimento de pessoas da área sobre os cuidados com as críticas.
<b>Produtos esperados</b>	Capacitação dos pais das crianças menores de cinco anos da nossa área da abrangência.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Pacientes ou cuidadores/ Medico e enfermeira.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Estrutura física da ESF São Jose, sede da associação de moradores, espaços públicos da comunidade, aparato audiovisual</p> <p>Cognitivo: capacitação contínua da Equipe de Saúde e os pais das crianças menores de cinco anos.</p> <p>Financeiro: utilização de panfletos, cartazes e banners; divulgação nas emissoras locais de rádio.</p> <p>Político: envolvimento dos gestores municipais e a Creche na nossa área de abrangência.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Financeiro: aquisição e confecção de panfletos, cartazes e banners; divulgação nas emissoras locais de rádio.</p> <p>Político: mobilização redes sociais e envolvimento dos gestores municipais.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Ator que controla: medico</p> <p>Motivação: Favorável</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Através da montagem dos grupos do projeto conhece sua doença e seu tratamento poderá captar os pacientes, cuidadores e maior número de pessoas da população, para a participação neste outro tipo de encontro, com maior liberdade para que expressem suas ideias, incertezas e dúvidas.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de saúde.
<b>Prazo</b>	Reuniões mensais com espaço aberto por demanda espontânea e motivação por convite pelo agente comunitário de saúde - ACS, totalizando 6 reuniões/6 meses.
<b>Avaliação</b>	Medico e enfermeira.

**Quadro 11**– Operações sobre o “nó crítico3” relacionado à Equipe com falta de capacitação de seus profissionais para fornecer orientações adequadas aos pais das crianças menores de cinco anos para melhorar os cuidados e evitar doenças infecciosas.

<b>Nó crítico 3</b>	Equipe com falta de capacitação de seus profissionais para fornecer orientações adequadas.
<b>Operação</b>	Preparar a equipe para tomada de decisões e brinda gê de informações. Promover maior qualidade no atendimento e orientação adequada aos pais das crianças menores de cinco anos
<b>Resultados esperados</b>	Equipe de Saúde mais preparados para tomada de decisões e promover parentalidade responsável.
<b>Produtos esperados</b>	Profissionais mais preparados no tema para tomada de decisões e brinda sê de informações sobre os cuidados e manejo as crianças para evitar doenças infecciosas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de saúde / Medico e enfermeira.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Estrutura física da ESF São Jose, sede da associação de moradores, espaços públicos da comunidade, aparato audiovisual  Cognitivo: capacitação contínua da Equipe de Saúde.  Financeiro: utilização de panfletos, cartazes e banners e vídeos conferenciam  Político: envolvimento da equipe de saúde e dos gestores municipais
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: aquisição e confecção de panfletos, cartazes e banners e vídeos conferencias.  Político: preparação da equipe de saúde e envolvimento dos gestores municipais.
<b>Responsáveis:</b>	Medico e Equipe de saúde tudo
<b>Prazo</b>	Reuniões semanais com a totalidade da equipe totalizando 4 reuniões /4meses
<b>Avaliação</b>	Medico e enfermeira

**Quadro 12**– Operações sobre o “nó crítico” 4, relacionado a Dificuldade de entendimento das orientações medica por parte dos pais das crianças menores de cinco anos sobre o manejo e os cuidados.

<b>Nó crítico 4</b>	Dificuldade de entendimento das orientações medica por parte dos pais das crianças sobre os cuidados com os mesmos.
<b>Operação</b>	Maior entendimento das orientações por parte dos pais das crianças
<b>Resultados esperados</b>	Lograr maior entendimento das orientações medica por parte dos pais das crianças Elevar o nível de conhecimento da população sobre o a importância de lograr parentalidade responsável
<b>Produtos esperados</b>	Lograr pais e cuidadores das crianças mais capacitados no manejo e prevenção de doenças infecciosas.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de Saúde, / Medica e enfermeira.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Estrutura física da ESF São Jose, sede da associação de moradores, espaços públicos da comunidade, aparato audiovisual.  Cognitivo: capacitação contínua da Equipe de Saúde.  Financeiro: utilização de panfletos, cartazes e banners e vídeos conferenciam.  Político: envolvimento da equipe de saúde e dos gestores municipais
<b>Recursos críticos</b>	Financeiro: aquisição e confecção de panfletos, cartazes e banners e vídeos conferencias.  Político: preparação da equipe de saúde e envolvimento dos gestores municipais.
<b>Responsáveis:</b>	Medico e Equipe de saúde tudo
<b>Prazo</b>	Diariamente consultas e visitas domiciliares
<b>Avaliação</b>	Equipe de Saúde da Família



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao finalizarmos o presente estudo, contamos ter conseguido atingir o objetivo que delineamos quando o iniciamos que era apresentar um Plano de Intervenção em cuidados parentais para melhoria de condições de saúde em menores de cinco anos na área de abrangência da uma unidade de saúde da família no Município de Penedo.

Este Plano de Intervenção nasceu como forma de responder a uma necessidade em saúde que foi identificada na comunidade onde ficamos trabalhando após a realização do diagnóstico de saúde tendo sido identificado uma elevada incidência de doenças infecciosas propiciada para prestação de cuidados deficitários às crianças do grupo etário dos menores de 5 anos de idade, ora por omissão ora por incapacidade por parte dos pais / responsáveis legais, constituindo este um problema de saúde.

Após terminar as atividades de educação para a saúde em cuidados parental e no manejo das doenças infecciosas na infância esperamos que os pais destas crianças ganhem o empoderamento desses conceitos e desta jeito se possa diminuir as doenças infecciosas nesta etapa e reverter este problema de saúde nesta comunidade.

## REFERENCIAS

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Perfil Epidemiológico**, Penedo, AL, 2013. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>>. Acesso em: 01 de out. 2015.

BRASIL, Ministério de Saúde. **Programa Estratégia da Saúde da Família**. 2002. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/\(dob\)index.php](http://dtr2004.saude.gov.br/(dob)index.php)>. Acesso em janeiro 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Série B. Textos Básicos de Saúde Cadernos de Atenção Básica, 2009, n. 24. Brasília – DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção no contexto escolar. Informe técnico. **Rev Saúde Pública** 2002;36(2):533-5. Brasília. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11775.pdf>>. Acesso em 12 Set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. **Datasus, 2014**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfAL.def>>. Acesso em: 28 de out. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. **Datasus, 2015**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfAL.def>>. Acesso em: 10 de out. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria MS no 2.914/2011**: procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, 2011. Disponível em World Wide Web: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de SANTOS, M. A. dos *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 3. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2012, 123p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>> Data do acesso: 23 de julho de 2015.

CARTA DE OTTAWA – **I Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde nos Países Industrializados**. 17-21 de Novembro de 1986, Ottawa, Canadá. Disponível em:<[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)>. Acesso em: 20 Nov. 2015.

FRANÇA, E., et. al., Mudança no Perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: Porque avaliar lista de classificação das causas perinatais. **Rev Bras Saude Mater Infant** 2010. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/xviii/anais/files/785.pdf> >. Acesso em 23 Fev. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo: 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em outubro 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. IBGE cidades 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em outubro 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo: 2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em outubro 2015.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. de, Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19, n.1, p.203-211, jan-fev 2011 [Artigo de Revisão]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_27](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_27)>. Acesso em: 15 Fev. 2016.

PEDRAZA, D. F.; QUEIROZ, D. de; SALES, M. C., **Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches**. (artigo). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00511.pdf>>. Acesso em: 21 Fev. 2016.

SIMÕES, A. M., **Projeto de Intervenção em Saúde Comunitária “Bem Nascer, Melhor Crescer”**. [mestrado]. Instituto Politécnico em BEJA. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/nascer.pdf>>. Acesso em: 10 Set. 2015.

YUNES, M.A.M; MENDES, N.F.; ALBURQUERQUE, B. M., Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 14(Esp.), p. 24-31, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a02v14nspe.pdf>>. Acesso em: 20/02/2016

## ANEXOS

### Anexo I

#### Consentimento Informado

Dar-se-á início à implementação de um plano de intervenção em saúde comunitária, mais concretamente ao nível da educação parental, na UBS São José, com a colaboração da direção da Creche da nossa localidade.

Convidamo-lo assim participar, declarando que:

- Foi informado acerca dos objetivos do plano e formadores participantes;
- Compreendeu que tem o direito de colocar qualquer questão agora e no decurso do plano educativo,
- Compreendeu que é livre de desistir a qualquer momento;
- Foi informado acerca da total liberdade para recusar ou aceitar a participação neste estudo de forma livre e esclarecida.

Para os devidos efeitos declaro consentir a minha participação.

Nome da mãe / pai / representante legal: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Plano de Intervenção em Saúde

## Anexo II

Sessão	Tema	Data	Hora	Formador
1	Apresentação			
2	Conceito de família. Planejamento familiar.. Adaptação à parentalidade.			
3	Cuidados ao RN			
4	Cuidados e segurança das crianças 0-2anos			
5	Cuidados e segurança das crianças 2-5anos.			
6	Considerações sobre doenças infecciosas na pele.			
7	Doenças diarreicas agudas e parasitismo. Como prevenir			
8	Infeções respiratórias agudas. Como evitar complicações.			
9	Doenças por carências alimentares, sua repercussão.			

## Anexo III. Encosta

- 1- Você sabe que significa planejamento familiar  
 Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Não sei \_\_\_\_
- 2- Você sabe o que é paternidade responsável  
 Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sei Não \_\_\_\_
- 3- Tive seu filho ou filha alienamento materno exclusivo  
 ----- não tive \_\_\_\_ antes do 4 meses \_\_\_\_ antes dos 6 meses.
- 4- Levou a seu filho ou filha a consulta do menino sadio antes do ano  
 \_\_\_\_ nunca \_\_\_\_ 1V \_\_\_\_ 3vezes \_\_\_\_ 5vezes \_\_\_\_ mais
- 5- Brinda agua a seu filho ou filha tratada  
 Si \_\_\_\_ Não \_\_\_\_
- 6- Consideira brinda todos os alimentos necessários para garantir uma vida  
 saudável a seu filho ou filha.  
 \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ sei Não.
- 7- Cumprem em sua casa as normas higiênicas necessárias para evitar doenças  
 infecciosas.  
 \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Não sempre \_\_\_\_ Não sei.
- 8- Coando seu filho ou filha fica doente você leva a ele à creche ou escola.  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ ÀsVezes.
- 9- Coando seu filho adocece por diarreia ou catarro leva ao medico  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ ÀsVezes.
- 10- Tem Em sua casa termômetro, soro oral e alguns remédios pros primeiros  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- 11- Você automedica a sua criança  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ As Vezes,
- 12- Você conhece sobre as complicações do catarro e as diarreias.  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- 13- Coando seu filho apresenta alguma lesão na pele usa pomadas sem  
 prescrição medica.  
 \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ As Vezes.
- 14- Sua criança escova os dentes  
 \_\_\_\_ 1vez \_\_\_\_ 2 Vezes \_\_\_\_ 3 Vezes \_\_\_\_ 4 Vezes.

