

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

LAYSE DA SILVA ESTEVAM

**DIARREIA AGUDA: UM OLHAR PARA A PREVENÇÃO E
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ESCOLARES DA COMUNIDADE
CANAFISTULA DO MUNICÍPIO DE GIRAU DE PONCIANO –
ALAGOAS.**

**MACEIÓ – ALAGOAS
2016**

LAYSE DA SILVA ESTEVAM

**DIARREIA AGUDA: UM OLHAR PARA A PREVENÇÃO E
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ESCOLARES DA COMUNIDADE
CANAFISTULA DO MUNICÍPIO DE GIRAU DE PONCIANO –
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^a. Polyana Oliveira Lima

MACEIÓ – ALAGOAS

2016

LAYSE DA SILVA ESTEVAM

**DIARREIA AGUDA: UM OLHAR PARA A PREVENÇÃO E
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ESCOLARES DA COMUNIDADE
CANAFISTULA DO MUNICÍPIO DE GIRAU DE PONCIANO –
ALAGOAS.**

Banca examinadora

Orientadora: Prof^a Polyana Oliveira Lima - UFMG

Examinadora: Prof^a Juliana Enders Lisbôa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de abril de 2016

RESUMO

Com o realização do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi possível observar uma deficiência na promoção e prevenção da saúde nas escolas do município de Girau do Ponciano. Acarretando o elevado e frequente adoecimento dos escolares com a doença diarreica aguda. A doença diarreica aguda é um problema de saúde pública que afeta consideravelmente grande proporção da população infantil, esta doença pode levar a patologias responsáveis pelo desequilíbrio das condições de saúde, afetando o crescimento e desenvolvimento das crianças. Sendo assim, é imprescindível estimular a redução de tal patologia através da promoção da saúde e prevenção de doenças, aumentando o autocuidado dos escolares. Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de encorajar o desenvolvimento de um novo olhar de prevenção e educação para a saúde em diarreia aguda e seus fatores causais. Tendo como objetivo a elaboração de um plano de intervenção, a fim de desenvolver a promoção da saúde atividades permanentes e prevenção da diarreia aguda utilizando o princípio de Educação Permanente em Saúde. A abordagem metodológica adotada favoreceu o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Um plano de intervenção foi construído para trabalhar para ações voltadas para a importância da higiene das mãos e limpeza / cuidado com alimentos e água consumida, a importância da eliminação de resíduos adequada e para aumentar a consciência sobre como prevenir a proliferação de vetores transmissores de doenças. Incentivou-se o estudo de um novo olhar para a educação em saúde escolar e prevenção da diarreia aguda.

PALAVRAS-CHAVE: Diarreia Aguda. Prevenção. Promoção da saúde. Criança.

ABSTRACT

With the completion of the Basic Care Professional Enhancement Program (PROVAB) observed a deficiency in health promotion and prevention in local schools Girau do Ponciano. Leading, high and frequent illnesses of children with acute diarrheal disease. Acute diarrheal disease is a public health problem that affects considerably large proportion of the child population, this disease can lead to pathologies responsible for the imbalance of health conditions, affecting the growth and development of children. Therefore, it is essential to encourage the reduction of such diseases through health promotion and disease prevention, increasing self-care of the school. This study is justified by the need to encourage the development of a new perspective of prevention and health education in acute diarrhea and its causal factors. This study aimed to draw up an action plan in order to develop health promotion permanent activities and prevention of acute diarrhea using the principle of continuing healthcare education. The methodological approach adopted favored method of Situational Strategic Planning (PES). An intervention plan was built to work for actions focused on the importance of hand hygiene and cleaning / care with food and water consumed, the importance of eliminating adequate waste and to raise awareness about how to prevent the proliferation of disease-transmitting vectors . It was intended to encourage the study of a new look at education in school health and prevention of acute diarrhea.

KEYWORDS: Acute Diarrhea. Prevention. Health Promotion. Child.

SUMARIO

| | |
|-------------------------------------------------------|----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 6 |
| Identificação do Município..... | 6 |
| Histórico de criação do município..... | 6 |
| Descrição do município | 7 |
| Aspectos geográficos..... | 7 |
| Aspectos socioeconômicos..... | 7 |
| Aspectos demográficos | 8 |
| Sistema local de saúde | 8 |
| Conselho municipal de saúde | 8 |
| Cobertura de saúde..... | 9 |
| Referência e contra referência | 9 |
| Unidade Básica De Saúde Canafístula do Cipriano | 9 |
| Recursos materiais | 10 |
| Abordagem do problema..... | 10 |
| Seleção dos “Nós-crítico” | 10 |
| 3 JUSTIFICATIVA | 12 |
| 4 OBJETIVOS | 14 |
| Objetivo Geral: | 14 |
| Objetivos Específicos:..... | 14 |
| 5 METODOLOGIA..... | 15 |
| 6 REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 7 PLANO OPERATIVO | 21 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 25 |
| REFERENCIAS..... | 26 |

1 INTRODUÇÃO

Identificação do Município

O município Girau do Ponciano localiza-se na região agreste e central do estado de Alagoas, distando 159 km da capital do estado, Maceió. Faz divisa ao norte com o município de Jaramataia, ao sul com os municípios de Traipu e Campo Grande, ao leste com o município de Lagoa da Canoa, ao oeste com o município de Traipu, ao nordeste com o município de Craíbas e ao sudeste com o município de Feira Grande. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE do ano de 2010 a população média é de 36.600 habitantes. Possui cerca de 8.875 domicílios e 1.506 famílias cadastradas no SUS.

Histórico de criação do município

Segundo dados oficiais do Governo do Estado de Alagoas, os primeiros habitantes do local foram dois homens e uma mulher. Ali implantaram uma propriedade e dedicaram-se a lavoura. Pouco tempo depois, a mulher transferiu-se para Jequiá da Praia e um dos homens fixou-se em Tapagem de Traipú. O terceiro, de nome Ponciano, permaneceu no local. Exímio caçador construiu um girau que era utilizado para a caça abundante que existia na região. Decorridos alguns anos, nova propriedade foi implantada próximo à de Ponciano. Era de dona Cidade Rodrigues e seus filhos Manoel e Antônio. Eles trouxeram muito movimento ao local e em 1930 construíram a primeira capela. Em 1976 foi remodelada. A chegada de novos proprietários e a fertilidade das terras contribuíram sobremaneira para o progresso rápido de Belo Horizonte, denominação primitiva da localidade. Por volta de 1912, sua toponímia foi mudada para vila Ponciano e já apresentava todo o aspecto de uma próspera comunidade. A luta pela emancipação teve como principais baluartes Filadelfo Firmino de Oliveira, Amaro José Bezerra, Julio Bispo dos Santos, Pedro Lima de Oliveira, Manoel João Neto, Luiz de Albuquerque Lima, Luiz Bispo dos Santos e Manoel Firmino de Oliveira. Traipú, a quem pertencia o povoado, não via com bons olhos a autonomia de sua vila Ponciano, pois tanto política como financeiramente a comunidade lhe trazia bons rendimentos. Mas o bom senso prevaleceu e a vila foi elevada à categoria de município autônomo, com o nome de Girau do Ponciano, através da Lei nº 2.101, de 15 de julho de 1958, ocorrendo sua instalação oficial a 1º de janeiro de 1959, com território desmembrado de Traipú.

Descrição do município

Aspectos geográficos

Coord. Geográficas:

Latitude(S): 09° 53' 03", Longitude: 36° 49' 44".

Clima: Tropical chuvoso com verão seco e estação chuvosa no outono/inverno, com temperatura máxima de 38° e mínima de 21°.

Altitude: 244.

Área total do município: 503,56 km²

Concentração habitacional: 72,73 hab/km²

Número aproximado de domicílios e famílias: O município possui cerca de 8.875 domicílios e famílias.

Aspectos socioeconômicos

O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,536, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,264), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Longevidade (com crescimento de 0,118), seguida por Educação e por Renda. Entre 2000 e 2010 o IDHM passou de 0,335 em 2000 para 0,536 em 2010 - uma taxa de crescimento de 60,00%.

O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 30,23% entre 2000 e 2010. Entre 1991 e 2000 o IDHM passou de 0,241 em 1991 para 0,335 em 2000 - uma taxa de crescimento de 39,00%. Entre 1991 e 2000 o hiato foi reduzido em 12,38% e em 1991 e 2010 reduzido em 38,87%. Entre 1991 e 2010 Girau do Ponciano teve um incremento no seu IDHM de 122,41% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (70,54%). A taxa de urbanização nas últimas duas décadas cresceu 4,06%, apresentando atualmente uma taxa de 30,87% do total em 2010.

A renda per capita média de Girau do Ponciano cresceu 78,84% nas últimas duas décadas, passando de R\$99,28 em 1991 para R\$110,69 em 2000 e R\$177,55 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 11,49% no primeiro período e

60,40% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 57,56% em 1991 para 56,65% em 2000 e para 39,22% em 2010.

A porcentagem da população em domicílios com acesso à água encanada e tratada é de 50,24% no ano de 2010. O recolhimento de esgoto por rede pública no município de Girau do Ponciano é de 0,1%. As principais atividades econômicas do município são: produção agrícola e pecuária.

Aspectos demográficos

A população de Girau do Ponciano teve uma taxa média de crescimento anual de 1,89%; densidade demográfica de 72,73 hab/km²; Índice de Desenvolvimento da Educação Básica taxa de escolarização, onde 23,69% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 11,69% o ensino médio; a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 39,22%; o índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil, no que diz respeito às séries iniciais do ensino fundamental para o conjunto do País, observa-se uma melhoria no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), cuja nota média passou de 4,2, em 2007, para 4,6, em 2009; 33.064 habitantes são usuários da assistência à saúde no SUS.

Quadro 1. Aspectos demográfico

| Nºde indivíduos | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-39 | 40-49 | 50-59 | >60 | Total |
|-----------------|-----|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|
| Homens | 325 | 1.385 | 1.961 | 2.213 | 2.041 | 5.593 | 1.819 | 1.265 | 1.563 | 18.165 |
| Mulheres | 306 | 1.299 | 1.986 | 2.172 | 1.985 | 5.797 | 1.885 | 1.387 | 1.618 | 18.435 |
| Total | 631 | 2.684 | 3.947 | 4.385 | 4.026 | 11.390 | 3.704 | 2.652 | 3.181 | 36.600 |

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Sistema local de saúde

Conselho municipal de saúde

O Conselho Municipal da Saúde é composto por seis conselheiros vinculados ao Governo, seis conselheiros trabalhadores da saúde e doze conselheiros usuários do serviço de saúde. Uma vez por mês o CMS se reúne para discussão de temas, como prestação de conta, apresentação de novos projetos. Para obter aceitação de

alguma proposta deve existir um número determinado de pessoas participantes na reunião.

Cobertura de saúde

O município tem cobertura de 74% da estratégia de saúde da família, distribuídos em 13 equipes, sendo 6 com saúde bucal e 7 sem saúde bucal, porém, contendo apenas 2 consultórios montados para atendimento, havendo revezamento no horário de atendimento. O município dispõe de duas equipes de NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família) e não possui CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), sendo necessário encaminhar os pacientes que precisam desse atendimento para outros municípios.

Referência e contra referência

Possui referência para psiquiatria e ginecologia, quando precisa referenciar para alguma outra especialidade que não tem no município, encaminha para cidades vizinhas como Arapiraca e Maceió, contudo muitas vezes o paciente não retorna com encaminhamento da contra referência ou com relatório médico, relatório da equipe multiprofissional ou resumo de alta, respectivamente nos casos de atendimento ambulatorial especializado como atendimentos ginecológicos, oncológicos e internação hospitalar geral, Unidades hospitalares de emergências e urgências. As Redes de Média Complexidade são dadas através do Hospital José Enoque de Barros, o Programa Melhor em Casa, Serviço de Atenção Móvel às Urgências (SAMU) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Unidade Básica De Saúde Canafístula do Cipriano

A Unidade Básica de Saúde localiza-se no povoado Canafístula do Cipriano, na zona rural do município de Girau de Ponciano. Apresenta acesso por estrada de barro, tendo tempo de viagem do centro da cidade para a UBS aproximadamente 30 minutos.

A Unidade funciona de segunda a sexta no horário das 08 às 17h, realizando atendimento programado e à demanda espontânea.

Quadro 2. Recursos Humanos da Unidade Básica de Saúde da Canafístula do Cipriano, município de Girau do Ponciano

| Profissão | Número de profissionais | Carga horaria | Vínculo |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------|
| Enfermeiro | 2 | 40 horas | Efetivos |
| Medico | 2 | 40 horas | Mais Médicos |
| Tecnico de enfermagem | 4 | 40 horas | Efetivo |
| Agente Comunitario de Saúde | 15 | 40 horas | Efetivo |
| Cirurgião-dentista | 1 | 40 horas | CLT |
| Auxiliar de Saúde Bucal | 1 | 40 horas | Efetivo |
| Recepcionista e Auxiliar do arquivo | 1 | 40 horas | CLT |
| Bolsistas | 2 | 36 horas | Provabiano |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Girau do Ponciano, 2014.

Recursos materiais

A Unidade Básica de Saúde comporta duas equipes de ESF. Funciona em uma casa adaptada para o funcionamento do serviço de saúde. Sua estrutura é composta duas salas de espera, um arquivo e pré-consulta que funcionam no mesmo espaço, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina, um consultório odontológico, dois consultórios médicos, banheiros, copa, sala de reunião, sala de nebulização, curativo e administração de medicamentos, e uma farmácia.

Abordagem do problema

Seleção dos “Nós-críticos”

Após Diagnóstico situacional da comunidade e de sua área de abrangência foi possível identificar os seguintes problemas: acolhimento deficiente ao paciente, ausência de atividades educativas em saúde, elevado número de verminoses e parasitoses entre escolares, elevado números de crianças com diarreia aguda atendidas na Unidade, infraestrutura inadequada, escassez de transporte para a locomoção dos profissionais para comunidade e dentro da comunidade, carência de medicamentos, elevado número de desmame precoce, baixa adesão medicamentosa e/ou ausência de mudanças de hábitos de vida entre pacientes hipertensos e diabéticos.

Tendo em vista que para a elaboração de um plano de intervenção faz-se necessária à colaboração multidisciplinar dos profissionais de saúde, foi solicitada uma reunião com toda equipe de saúde para discussão dos principais problemas na comunidade. Na reunião cada profissional contribuiu com suas observações dos problemas e necessidades da comunidade. Diante dos problemas, o que mais preocupa a equipe é o elevado número de crianças em idade escolar que dão entrada na Unidade com diagnóstico de diarreia aguda.

Diante do problema principal identificado foram discutidos os nós críticos, entre eles: população sem abastecimento de água tratada e encanada, ausência de saneamento básico, recolhimento de esgoto inexistente (0,1%), ausência de recolhimento de lixo, descarte de lixo inadequado, precários hábitos de higiene corporal da população, falta de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos, precárias condições de higiene domiciliar, elevado número de vetores (baratas, moscas e formigas) e ausência de atividades educativas nas escolas. Dentre os nós críticos que se tem governabilidade de intervenção, destacam-se: precários hábitos de higiene corporal da população, falta de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos, precárias condições de higiene domiciliar, elevado número de vetores (baratas, moscas e formigas) e ausência de atividades educativas nas escolas.

3 JUSTIFICATIVA

Observou-se na comunidade Canafístula do Cipriano, em atividades educativas de saúde desenvolvidas nas escolas municipais desta comunidade, pelos profissionais Provabianos, o número sempre elevado de alunos faltosos que devido à problemas de saúde não puderam estar presentes participando das atividades programadas, muitos ausentando-se de 3 a 4 dias das atividades escolares; Diante disso tal informação chamou a atenção sobre o motivo da tal afastamento, quando parte sendo causada pelo diagnóstico de diarreia aguda.

Diante de tais informações buscou-se identificar quais os fatores determinantes e condicionante de tal acontecimento, sendo identificado diversos riscos no ambiente escolar, ambiente domiciliar e a estrutura ambiental da comunidade, entre eles destacando-se: comunidade sem abastecimento de água tratada e encanada, ausência de saneamento básico, recolhimento de esgoto inexistente (0,1%), ausência de recolhimento de lixo, descarte de lixo inadequado, precários hábitos de higiene corporal da população, falta de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos, precárias condições de higiene domiciliar, elevado número de vetores (baratas, moscas e formigas) e ausência de atividades educativas nas escolas.

A partir de análise dos marcadores na Unidade de Saúde da comunidade foi possível identificar que dos 13 casos em média de diarreias aguda registradas na ficha de Monitorização de Doenças Diarreicas Aguda – MDDA, 9 são acometidos em escolares matriculados nas escolas da comunidade.

Em conversa com ESF foi possível identificar a fragilidade nas ações de prevenção sobre este tema, não sendo realizada a mais de um ano atividade de prevenção focada nessa temática na comunidade ou no ambiente escolar, sendo também a ausência de educações em saúde pelos profissionais um dos fatores causadores e desencadeadores deste número elevado de diarreia aguda.

A partir dessa realidade e entendendo que a doença diarreica afeta consideravelmente grande parcela da população infantil, tal doença pode acarretar patologias responsáveis pelo desequilíbrio das condições de saúde, afetando o crescimento e desenvolvimento das crianças, além de atrapalhar o desenvolvimento cognitivo e aprendizado escolar devido as faltas escolares.

Reduzir tal acometimento é de primordial importância, pois ao realizar o projeto de intervenção será possível aumentar o conhecimento dos escolares e pais, evitando e controlando os fatores de risco, evitando ou reduzindo com isso os desequilíbrios orgânicos, que por sua vez promoverá um melhor crescimento e desenvolvimento dos escolares, promovendo com isso saúde e bem-estar dos estudantes, familiares e da comunidade.

A governabilidade do projeto de intervenção é da equipe do Provac, sendo encabeçado, idealizado e executado pela presente autora, enfermeira, tendo como apoiadores a ESF Canafístula VII (enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), coordenadores e professores das escolas da comunidade Canafístula do Cipriano, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Promoção a Saúde e Secretaria de Educação do município.

4 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Reduzir índice de diarreia aguda entre escolares da comunidade Canafístula no Município Girau do Ponciano.

Objetivos Específicos:

- Aumentar o nível de conhecimento dos escolares sobre prevenção da Diarreia Aguda;
- Orientar sobre a importância dos hábitos da higienização das mãos e sobre a procedência dos alimentos e água consumidos;
- Realizar promoção em saúde nas escolas sobre a importância do descarte adequado de lixo;
- Conscientizar a população sobre como evitar a proliferação de vetores transmissores de doenças.

5 METODOLOGIA

O referido plano foi norteado através de um diagnóstico situacional da área de abrangência através da utilização do Planejamento Estratégico Situacional – PES e uma revisão de literatura do tema em questão com busca nos descritores como: Diarreia infantil, Água contaminada, Alimentos contaminados, Prevenção, Educação em Saúde, Saúde na escola.

A Revisão Bibliográfica do tipo exploratório, sendo desenvolvida tendo referência o período de 1997 a 2013. O tema Diarreia Aguda e Saúde na Escola foram levantados em bases de dados e bibliotecas virtuais da área da saúde: Bireme (Biblioteca Virtual de Saúde), LILACS (Literatura Latino- Americana e Caribe e Ciências da Saúde) e SCIELO. O material selecionado para se realizar o estudo foi organizado de modo a identificar as categorias de atuação a fim de se criar um Plano de Intervenção nas Escolas Municipais da comunidade e ESF Canafístula do Cipriano. Os descritores do projeto são: Diarreia Aguda. Prevenção. Promoção da saúde. Criança.

O trabalho se dará através ações de educação em saúde realizadas em três escolas Escolas Municipais de Educação Básica cadastradas no Programa Saúde na Escola (PSE), entre elas: Padre Afrânio Pinheiro Bezerra, Governador Geraldo Bulhões e Deputado Antônio Holanda, cadastradas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Canafístula VII, situada no município de Girau do Ponciano, estado de Alagoas. O público alvo serão 185 crianças com idade de 4 aos 8 anos, matriculadas nas respectivas escolas.

Os atores envolvidos serão a equipe multiprofissional da ESF, equipe do PSE (2 profissionais - enfermeiros) e equipe Provac enfermagem.

Nas escolas serão realizadas palestras e dinâmicas, através de educação em saúde com as crianças com a idade supracitada, matriculadas e que frequentem regularmente as escolas, onde será abordada a importância de higienização das mãos, dos alimentos e higienização domiciliar, a necessidade de tratar a água consumida e do descarte adequado de lixo para evitar o surgimento da Doença Diarreica Aguda (DDA).

Este projeto de intervenção seguirá os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/1996, do Ministério da Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

6 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Pereira e Cabral (2008, p.225) “a doença diarreica aguda (DDA) é uma das doenças mais comuns entre as crianças de todo o mundo, sendo caracterizada pelo seu aparecimento abrupto”.

Para o Manual de Monitorização da Doença Diarreica Aguda (2008, p.11)

A diarreia aguda é uma síndrome clínica de diversas etiologias que se caracteriza por alterações do volume, consistência e frequência das fezes, mais frequentemente associada com a liquidez das fezes e o aumento no número de evacuações. Com grande frequência costuma ser acompanhada de vômitos, febre, cólicas e dor abdominal. Algumas vezes pode apresentar muco e sangue (disenteria). Em geral é autolimitada, isto é, tende à cura espontaneamente, com duração entre 2 a 14 dias, e sua gravidade depende da presença e intensidade da desidratação ou do tipo de toxina produzida pelo patógeno que provocar outras síndromes.

As doenças diarreicas ainda permanecem como uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade entre pré-escolares e escolares nos países em desenvolvimento (CLAESON & MERSON, 1990).

É uma doença que atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta afecção causa maior mortalidade. Ela configura – se 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. (CABRAL, 2008)

[...]Dados coletados em 276 levantamentos conduzidos em 60 países em desenvolvimento expuseram que uma criança sofre em média 3,3 episódios de diarreia anualmente e que mais de um terço de todos os óbitos de crianças menores de cinco anos estão associadas com esta doença. Com isso podemos concluir que, anualmente, ocorrem aproximadamente 1,5 bilhão de episódios de diarreia e 4 milhões de óbitos em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento (CLAESON & MERSON, 1990 apud BRANDÃO et al., 2005, p.1)

Na realidade, a mortalidade infantil sempre esteve associada à frequência das enfermidades diarreicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1964) sendo a principal causa de morte em crianças abaixo dos cinco anos de idade na maioria dos países subdesenvolvidos das Américas, Ásia e África, e se encontram entre as

primeiras cinco causas de morte nos outros países subdesenvolvidos destas regiões (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990 apud ANDRADE; OLIVEIRA; FAGUNDES NETO, 1999, p.1).

No Brasil, segundo Pereira e Cabral (2008, p.226),

“A Doença Diarreia Aguda (DDA) é caracterizada como um problema de saúde pública sendo apontada como umas das principais patologias responsáveis pelo desequilíbrio das condições de saúde que caracteriza a população infantil brasileira”.

“Bactérias, protozoários e vírus são reconhecidos como agentes etiológicos de diarreia aguda. Entre estes, destacam-se rotavírus, adenovírus, norovírus e astrovírus (ARANDA-MICHEL, GIANELLA 1999; DELLERT & COHEN 1994; WILHELMI, ROMAN, SÁNCHEZ-FAUQUIER, 2003 apud DUARTE,2012, p.2). Contudo outros fatores se fazem necessário para o aparecimento de tal acometimento como ausência de saneamento básico, ausência de higienização de água e alimentos e sistemas de saúde mal estruturados. ‘Entretanto, graças às melhorias nas condições de saneamento, de higienização de alimentos e sistemas de saúde em melhor estruturados algumas regiões do Brasil observaram-se drásticas reduções nas taxas de incidência e mortalidade por diarreia aguda nos países desenvolvidos, sendo que as taxas de mortalidade intra-hospitalar foram reduzidas a níveis inferiores a 2%’ (GLASS et al, 1991 apud ANDRADE; OLIVEIRA; FAGUNDES NETO, 1999, p.1).

“[...]O impacto dessa síndrome na morbidade é tanto maior quanto menor a idade das crianças acometidas, seja no número de episódios por criança por ano, seja nas taxas de hospitalização [...]” (HO et al., 1988 apud OLIVA et. al., 1997, p.1).

Conforme Manual de Monitorização da Doença Diarreica Aguda (2008, p.07)

é fato que com a introdução de medidas de saneamento básico, obteve-se em todo o mundo, incluindo-se os países em desenvolvimento, um declínio importante das taxas de mortalidade e de morbidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, que eram transmitidas principalmente pela água contaminada e devido à ausência de esgotos. Contudo, antigas doenças caracterizadas como doenças da pobreza e decorrentes da ausência de saneamento básico podem ser ainda encontradas em regiões rurais e na periferia urbana, onde as condições de vida são bastante precárias, ao lado daquelas que têm como principal fonte de veiculação os alimentos.

Desse modo, a atenção básica conjuntamente com os programas de promoção à saúde podem de forma mais ampla construir um enfrentamento dos diversos problemas de saúde que afetam a população relacionados aos determinantes sociais de saúde. (BUSS, 2000).

Como um componente chave, assim é reconhecida a Atenção Primária em Saúde (APS). Tal reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: desencadeando melhores indicadores de saúde, maior eficácia no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das injustiças sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002)

Sendo assim, a OMS (Organização Mundial de Saúde), no documento “**Promoción de la Salud mediante las Escuelas**” (ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE, 2007, p.35) reconhece a relação que existe entre educação e saúde; a partir disto, julga que se pode empregar este conhecimento para ajudar a estabelecer escolas que melhorem a educação e aumentem o potencial de aprendizagem ao mesmo tempo que melhoram a saúde, pois a boa saúde apóia um aprendizado proveitoso e vice-versa.

Para Nadanovsky (2000) *apud* Aquilante *et al* (2003, p. 40) a escola tem grande influência sobre a saúde dos jovens. Daí o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras da Saúde, ou Escolas Saudáveis, que têm como meta genérica atingir estilos de vida saudáveis para a população total da escola por meio do desenvolvimento de ambientes que apoiem e conduzam à promoção da saúde.

Segundo Gomes (2012, p. 14) O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 pelo Ministérios da Saúde em parceria com o da Educação, foi um verdadeiro avanço que possuía como alvo principal aumentar o acesso dos escolares aos serviços de saúde e desse modo, contribuir para o desenvolvimento integral dos estudantes, através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Tal programa vem confirmar a importância da articulação da saúde, educação e, também da sociedade, contribuindo com isso para melhorar as condições de vida da comunidade escolar, fortalecendo com isso o acesso aos serviços de saúde de atenção básica.

Diante disso, é possível vermos diversas iniciativas da saúde como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), com seus diversos projetos de intervenção de seus participantes-bolsistas que buscam promover iniciativas e experiências de saúde na escola desenvolvendo com isso melhorias e maior atenção aos escolares das regiões do Brasil com maiores vulnerabilidades. Todos com o objetivo de contribuir para a melhoria do entendimento da saúde no âmbito escolar. Desse modo, contribuindo para o fortalecimento da atenção básica, colaborando com o estímulo a execução das práticas das atividades dentro da escola, no campo da promoção da saúde, com a finalidade de articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ensino/educação.

7 PLANO OPERATIVO

Desenho das operações para os “nós-críticos destrinchado no problema principal no “elevado número de casos de diarreia aguda em crianças com idade escolar”. Este plano apresenta uma ação educacional nas escolas situadas na área de abrangência para ajudar os pais/ responsáveis e professores nos cuidados fundamentais às crianças menores de cinco anos com intuito de garantir melhores condições de saúde.

Os fatores identificados como nós críticos e que fazem parte do problema principal são:

- Falta de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos.
- Precárias condições de higiene domiciliar e descarte de lixo residencial deficiente;
- Número elevado de vetores na Comunidade Canafistula;

Nos Quadros 3, 4 e 5 formam descritos para cada nó crítico as respectivas operações, resultados e produtos esperados bem como os responsáveis e recursos necessários

Quadro 3: Operações sobre o nó crítico 1 sobre a falta de conhecimento dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos para a prevenção de doenças diarreicas aguda, na Escola Municipal de Educação Básica Geraldo Bulhões, no município de Girau do Ponciano, Alagoas.

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nó crítico 1 | - Falta de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos. |
| Operações | <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o nível de informação e orientação dos escolares sobre a importância da higienização das mãos. - Aumentar o nível de informação dos escolares sobre a importância da higienização dos alimentos e água consumidos. |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resultados esperados | - Escolares mais informados sobre a importância da higienização dos alimentos e das mãos para a prevenção das infecções intestinais, diminuindo conseqüentemente o número de casos de crianças com diarreia aguda. |
| Produtos | - Avaliação do nível de informação e conhecimento dos escolares e sobre a higienização dos alimentos e higienização das mãos. - Confecção, pelos alunos, de cartaz informativo para prevenção de casos de diarreia nas escolas. - Capacitação dos alunos para que se tornem agentes multiplicadores de conhecimento na família, escola, comunidade. |
| Recursos Necessários | - Cognitivo: aumentar o nível de informação sobre o tema na escola de forma dinâmica e lúdica. - Político: Articulação intersetorial entre educação e saúde. |
| Responsável | - Executora e idealizadora: Enfermeira – Provabiana. - Apoiadores do projeto: Equipe ESF (enfermeiros PSF, Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de enfermagem), professores, coordenação escolar e alunos, equipe do Programa Saúde na Escola. |
| Prazo | - Quatro meses. |
| Avaliação | - Redução dos números de crianças/escolares diagnosticadas com diarreia aguda pelos profissionais da Atenção Básica; - Redução do absenteísmo escolar devido à diarreia aguda. |

Quadro 4: Operações sobre nó crítico 2, sobre as precárias condições de higiene domiciliar e descarte de lixo residencial deficiente dos alunos da Escola Municipal de Educação Básica Geraldo Bulhões, Girau do Ponciano, Alagoas.

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nó crítico 2 | - Precárias condições de higiene domiciliar e descarte de lixo residencial deficiente. |
| Operações | - Avaliar o cuidado que as famílias têm com a higiene domiciliar e o descarte correto de lixo. - Realizar visitas domiciliares avaliando o risco domiciliar para o acúmulo de lixo e descarte inadequado. |

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Resultados esperados | <ul style="list-style-type: none"> - Descarte adequado de lixo pela população e escolares. - Diminuição de fontes de proliferação de microrganismos patológicos (bactérias, vírus, protozoários e parasitas) e redução de vetores transmissores de doenças. |
| Produtos | <ul style="list-style-type: none"> - Confecção, pelos alunos, de cartaz informativo sobre o descarte correto de lixo e sobre segregação do lixo domiciliar para prevenção de casos de diarreia nas escolas. - Capacitação dos alunos para que se tornem agentes multiplicadores de conhecimento na família, escola, comunidade. - Avaliação do nível de cuidados de higiene domiciliar e descarte de lixo na comunidade. |
| Recursos Necessários | <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: aumentar o nível de informação sobre o tema na escola de forma dinâmica e lúdica. - Político: Articulação intersetorial entre educação e saúde. |
| Responsável | <ul style="list-style-type: none"> - Executora e idealizadora: Enfermeira - Provabiana. - Apoiadores do projeto: Equipe ESF (enfermeiros PSF, Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de enfermagem), professores, coordenação escolar e alunos, equipe do Programa Saúde na Escola. |
| Prazo | - Quatro meses. |
| Avaliação | - Melhoria das condições de higiene domiciliar e descarte de lixo residencial adequado. |

Quadro 5: Operações do nó crítico 3 sobre o número elevado de vetores transmissores de diarreia aguda na Comunidade Canafístula do município Girau do Ponciano, Alagoas.

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------|
| Nó crítico 3 | - Número elevado de vetores na Comunidade Canafístula. |
|---------------------|--------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Operações | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o cuidado que as famílias têm com a higiene domiciliar e o descarte correto de lixo. - Realizar visitas domiciliares avaliando o risco domiciliar para o acúmulo de lixo e descarte inadequado. |
| Resultados esperados | <ul style="list-style-type: none"> - Descarte adequado de lixo pela população e escolares. - Redução de vetores transmissores da diarreia aguda. |
| Produtos | <ul style="list-style-type: none"> - Confecção, pelos alunos, de cartaz informativo para exposição na comunidade sobre o descarte correto de lixo e prevenção a proliferação de vetores. - Formação de alunos multiplicadores de conhecimento na comunidade sobre o correto descarte de lixo e prevenção da proliferação de vetores. |
| Recursos Necessários | <ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: aumentar o nível de informação dos alunos e pais sobre como controlar a proliferação de vetores na comunidade. - Organizacional: Criação de grupos de pais na escola para discussão sobre a importância de prevenir de vetores. - Político: Articulação intersetorial entre educação e saúde. |
| Responsável | <ul style="list-style-type: none"> - Executora e idealizadora: Enfermeira - Provabiana. - Apoiadores do projeto: Equipe ESF (enfermeiros PSF, Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de enfermagem), professores, coordenação escolar e alunos, equipe do Programa Saúde na Escola. |
| Prazo | <ul style="list-style-type: none"> - Quatro meses. |
| Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição do número de vetores na comunidade. |

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este plano de intervenção pretendeu-se reduzir os índices de diarreia aguda em escolares inseridos na ESF Canafístula VII, na comunidade Canafístula, do Cipriano no município de Girau do Ponciano-AL incentivando com isso o aumento do nível de conhecimento dos escolares e responsáveis, orientando sobre a importância da higienização das mãos e cuidado com os alimentos e água consumidos, realizando promoção em saúde nas escolas sobre a importância do descarte adequado de lixo e conscientizando a população sobre como evitar a proliferação de vetores transmissores de doenças, através do envolvimento dos diversos sujeitos, como profissionais que atuam na unidade básica de saúde - Canafístula, juntamente com os professores e direção da escola, foi possível reduzir o número de adoecimento devido à diarreia aguda, reduzindo o índice de faltas dos escolares na escola e melhorando a qualidade de vida dos escolares.

O projeto desenvolvido através dos problemas identificados no Plano de intervenção envolveu vários profissionais de saúde, que, em conjunto com a escola, tornaram-se agentes multiplicadores de informação na comunidade tendo como papel incentivar e estimular mudanças sociais e de saúde, melhorando com isso o estilo de vida da população e fortalecendo o vínculo entre a comunidade-atenção básica.

REFERENCIAS

AQUILANTE, A.G. *et al.* Importância da Educação em Saúde Bucal para Pré-Escolares. **Rev. Odontol. UNESP**, São Carlos, v. 32, n.1, p. 39-45, Jan/Jun 2003. Disponível em: <<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v32n1/v32n1a06.pdf>> Acesso: 27 Fev. 2016.

BRANDÃO, M. B. *et al.*, O óbito em crianças com diarreia aguda e choque em UTI. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP), **Rev Assoc Med Bras** 2005; 51(4): 237-40. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n4/a22v51n4.pdf>. Acesso em: 28 Nov.2015.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciencia e Saúde Coletiva**. v5(1) : p. 163 – 177, 2000.

ANDRADE, J.A.B. DE; OLIVEIRA, J.O.T. DE; FAGUNDES NETO, U., Letalidade em crianças hospitalizadas com diarreia aguda – fatores de risco associados ao óbito. **Rev Ass Med Brasil**, 1999; 45(2): 121-7. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n2/1676.pdf>>. Acesso em 10 Set.2015.

DUARTE, R. J. *et al.*, Prevalência baixa de adenovírus em crianças com diarreia em Belo Horizonte-MG, **J Bras Patol Med Lab**, v. 48, n. 4, p. 259-263, agosto 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v48n4/v48n4a05.pdf>> . Acesso em: 10 Ago.2015.

OLIVA, C.A.G. *et al.*, Diarreia aguda grave associada à *Escherichia coli* enteropatogênica clássica (EPEC): características clínicas e perdas fecais em lactentes hospitalizados. **Rev Ass Med Brasil** 1997; 43(4): 283-9. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n4/2016.pdf>>. Acesso em:10 Ago. 2015.

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/2778.pdf>>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE. **Promoção da Saúde**. Brasília, v.1, n.1, p.26-27, ago./out. 1999.152p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso: 26 Fev. 2016.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade:** a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. / Lívia Cardoso Gomes. -- 2012. ix, 173 f. : il. : tab. ; mapas. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2907> Acesso: 27 Fev. 2016.

MOREIRA, R.C.V., **Atividade física no SUS:** Construindo uma diretriz como possibilidade de orientação e organização do processo de trabalho nos programas da rede. (Artigo) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4177.pdf>>. Acesso em: 29 Fev. 2016.

BRASIL. **Manual de Monitorização da Doença Diarréica Aguda-** MDDA Normas e Instruções, ed.2,[online]. São Paulo, 2008. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/hidrica/doc/mdda08_manual.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2016.

PEREIRA, I. V.; CABRAL, I. E. Diarréia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. Esc Anna Nery **Rev Enferm** 2008 jun; 12 (2): 224 - 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a04.pdf>. Acesso: 29 Fev. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf Acesso em: 20 Fev. 2016.