



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JUREMA CELIANE SOUSA LIMA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: Conhecimento dos profissionais que atuam
na Unidade Básica de Saúde do Piracaná acerca da prevenção da
diarréia aguda em crianças de 2 a 12 anos**

Itaituba – PA

2019

JUREMA CELIANE SOUSA LIMA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: Conhecimento dos profissionais que atuam
na Unidade Básica de Saúde do Piracaná acerca da prevenção da
diarréia aguda em crianças de 2 a 12 anos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.
Orientador: Prof.Msc. Marcio Silva da Conceição

Itaituba - PA

2019

Lima, Jurema CelianeSousa

Educação em saúde bucal: prevenção da diarreia aguda em crianças de 2 a 12 anos na unidade básica de saúde piracanã

61fls.

Orientador: Marcio Silva da Conceição

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2018.

1. Educação e saúde – 2. Controle Biológico, CONCEIÇÃO, Márcio Silva. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2018.

JUREMA CELIANE SOUSA LIMA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: Conhecimento dos profissionais que atuam
na Unidade Básica de Saúde do Piracaná acerca da prevenção da
diarréia aguda em crianças de 2 a 12 anos**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel no Curso de Enfermagem.
Orientadora: Enf.^a Msc Marcio Silva da Conceição.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Márcio Silva da Conceição, Msc.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: _____ de março 2019.

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus por
ter me concedido esta oportunidade de estudo
e a toda a minha família em especial aos meus
pais.*

AGRADECIMENTOS

Agradecimento, primeiramente, a Deus, que me deu a vida e por ter me proporcionado a oportunidade para lutar a cada dia.

Quero agradecer de maneira especial ao meu pai e a minha mãe por terem acreditado que eu chegaria ao final, mesmo diante de alguns contratempos no decorrer do curso, muito obrigado.

Em especial agradeço a professora e orientador, por todo seu compromisso, dedicação e conhecimentos transmitidos, que foram de fundamental importância na minha formação e na elaboração desse trabalho.

Agradeço todos os professores do curso da faculdade, que sempre repassaram muitos conhecimentos importantes contribuindo para o meu processo de formação profissional.

Agradecimentos aos meus colegas de classe, que fizeram parte dessa trajetória, dividindo momentos de descontração, estudos, experiências e conquista.

Enfim, agradeço todas as pessoas que contribuíram de forma direta e indiretamente para a minha formação.

*“Aqueles que semeiam com lágrimas,
com cantos de alegrias colherão”.*

(Salmos: 126. 5)

RESUMO

A diarreia aguda é uma das principais causas de morbidade infantil nos países em desenvolvimento, representando grave problema de saúde pública. Levando em consideração que os fatores determinantes das diarreias agudas vão além do biológico e estão relacionados às condições ambientais (saneamento básico, moradia), nutricionais (padrão alimentar da família) sociais (idade dos pais, grau de instrução), econômicas (renda familiar) e acesso aos serviços de saúde, este trabalho entrevistou na comunidade correspondente a UBS unidade básica do Piracaná na cidade de Itaituba-PA, analisar o conhecimento dos profissionais de saúde da unidade básica de saúde do Piracaná, acerca da diarreia em crianças de 02 a 12 anos de idade. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, com método descritivo, no qual o trabalho desenvolvido teve como amostra 16 profissionais que trabalham na unidade. A presente pesquisa teve como resultados a prevalência de diarreia entre as crianças que viviam em domicílios de construção precária, com piso em cimento, paredes em taipa, sem rede de esgoto e em uso de água não potável. O fato do responsável/familiar saber prevenir a diarreia se mostrou um importante fator de proteção da criança em relação à sua ocorrência. Propõem-se, mudança de hábitos de vida da população alvo, mostrando aos responsáveis a importância da prevenção na redução dessa patologia. Deve-se também aumentar a prestação de serviços de saúde a essa população, a promoção a saúde para que haja uma modificação positiva do quadro demonstrado. Estima-se que a mortalidade a ela atribuída atinja a 1,5 milhão de crianças menores de cinco anos, por ano, no mundo, sendo considerada uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Desta forma, pretende-se realizar atividades educacionais para contribuir na prevenção das ocorrências de diarreia em crianças menores de dois a doze anos.

Palavras-chave: Doença Diarréica; Crianças; Prevenção.

ABSTRACT

Acute diarrhea is a major cause of child morbidity in developing countries, representing a serious public health problem. Considering that the determinants of (sanitation, housing), nutrition (food family default), social (parental age, education), economic (family income) and Access to health services, this Project intervened in the corresponding community the UBS basic unif of cheers in the city of ITAITUBA - PA, aimed at reducing the incidence and prevalence of acute ITAITUBA-PA, aimed at reducing the incidence and prevalence of acute children under two years, assisted in the Health Family Program in ITAITUBA-PA, the Settlement Foreign Ministry. The prevalence of diarrhea was 46%, with the highest occurrence of diarrhea among children living in poor households construction, with cement floors, walls in clay, no sewage system and use of nonpotable water. The fact that the charge / family know how to prevent diarrhea has been an important child protection factor regarding their occurrence. It is proposed, therefore, life-changing habits of the target population, showing those responsible the importance of prevention in reducing this disease. One should also increase the provision of health services to the population, aiming to promote health so that there is a positive change in the established framework which is and to help reduce child mortality with child prevention. It is estimated that the mortality attributed to it reaches 1.5 million children under the age of five per year in the world and is considered a major cause of child morbidity and mortality in developing countries. 1 In Brazil, infectious and parasitic diseases in 2009 were the 4th cause of death and the second of hospitalizations in the age group 0 to 4 years. Of this group of diseases, diarrheas are responsible for 1258 deaths with which we must be careful with this disease the acute diarrhea to have more prevention and guidance with parents and responsible about diarrhea. However, it continues to be a serious public health problem, affecting as one of the main causes of child mortality that has caused many deaths of children.

Keywords: diarrhea; children; Prevention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Qual sua área de atuação na unidade de saúde Piracaná?.....	30
Quadro 2 –Qual seu tempo de atuação na unidade de saúde?.....	31
Quadro 3 –O que você entende por diarreia aguda?.....	32
Quadro 4 –Quais os sintomas da diarreia?.....	33
Quadro 5 –Qual plano de hidratação é mais utilizado na unidade de saúde para o paciente com diarreia?.....	34
Quadro 6 –Ao identificar sinais ou situações de riscos em casos de diarreia o qual sua orientação?.....	35
Quadro 7 –Ao identificar os casos de doenças diarreicas agudas em visita domiciliar, qual sua atitude?.....	36
Quadro 8 –Em suas ações educativas junto à comunidade.....	37
Quadro 9 –Quais suas ações educativas junto à comunidade.....	38
Quadro 10 –Qual orientação de prevenção das doenças diarreicas agudas?.	39

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI – Doenças Prevalentes na Infância

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

DDA – DOENÇA DIARREICA AGUDA

FAI – FACULDADE DE ITAITUBA

MDDA – MONITORIZAÇÃO DAS DOENCAS DIARREICAS AGUDAS

MS – MINISTERIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

TRO – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO

TRP – TERAPIA DE REIDRATAÇÃO PARENTERAL

UBS – UNIDADE DE SAUDE PIRACANA

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS DIARREIAS AGUDAS (DDA).....	13
2.2	DESCRIÇÃO DA DOENÇA.....	14
2.2.1	Diarreia aguda de etiologia viral	15
2.2.2	Diarreia aguda de etiologia bacteriana.....	15
2.2.3	Diarreia aguda de etiologia parasitaria	16
2.3	DA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E COMPLICAÇÃO DA DDA.....	16
2.4	FATORES DE RISCO	17
2.5	ABORDAGEM DIAGNÓSTICA	17
2.5.1	Abordagem terapêutica	18
2.5.2	Plano A, Plano B, Plano C	18
2.6	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO).....	20
2.7	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO PARENTERAL (TRP).....	20
2.8	CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO NA DOENÇA DIARREICA.....	21
2.9	MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	21
2.9.1	Educação e Saúde	22
2.9.2	O papel da vigilância.....	24
3	METODOLOGIA	27
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2	CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	27
3.3	LOCAL DE ESTUDO.....	27
3.4	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.5	TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
3.6	ASPECTOS ETICOS	28
3.7	ANALISE DOS RISCOS.....	28
3.8	INCLUSÃO E EXCLUSÃO	29
4	RESULTADO E DISCUSSÃO	30
5	CONCLUSÃO	41
	REFERENCIAS	42
	APÊNDICE A	46

1 INTRODUÇÃO

A diarreia infantil é um importante problema de saúde em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, devido, entre outros fatores, a inexistência ou precariedade dos serviços de saneamento (LIMA, 2004).

Diarreia aguda é definida como a evacuação de três ou mais fezes moles ou líquidas por dia, ou mais frequente do que é normal para o indivíduo. Geralmente são auto limitadas, com duração de 2 a 14 dias. Podendo ser provocada por múltiplos agentes etiológicos, como bactéria, vírus e protozoários (ARMANDO, 2002).

Muitos estudos apontam o rotavírus como agente etiológico preponderante nos países desenvolvidos, enquanto as bactérias são mais importantes nas crianças de países em desenvolvimento(FREITAS, 2012).

Esses dados, contudo, não são consensuais um estudo multicêntrico, em países em desenvolvimentos, promovido pela organização mundial da saúde (OMS) demonstrou-se uma maior prevalência do rotavírus em crianças menores que 12 meses de idade e uma maior prevalência bacteriana no segundo e terceiro anos de vida (FREITAS, 2012).

Estudos apontam a realização deatividades educacionais para contribuir na prevenção das ocorrências de diarreia em crianças menores de dois anos na UBS do Piracaná de Itaituba, priorizando seus familiares, cuidadores ou responsáveis para que adotem hábitos de higiene e comportamentos saudáveis, minimizando os indicadores de morbidade e mortalidade infantil (MARQUE, 2014).

Afalta de saneamento é um dos problemas que temos que enfrentar diariamente, ainda mais nas áreas irregulares espalhadas por todo país. Um dos principais problemas que a ausência desses serviços acarreta são as doenças causadas pela falta de tratamento de água e esgoto a céu aberto. Tendo alguns questionários apresentados: Quais são as principais causas da diarreia aguda no município de Itaituba? Portanto quais os riscos que afeta a população no município de Itaituba em relação a diarreia aguda em criança? Qual a importância do serviço de água tratada para as pessoas no município de Itaituba?

Devido ao alto índice de óbito de crianças em decorrência da diarreia aguda no Brasil. Reduzir tal acometimento é de primordial importância, pois ao realizar o projeto de pesquisa será possível aumentar o conhecimento dos pais/ responsáveis, evitando e controlando os fatores de riscos, evitando ou reduzindo com isso os

desequilíbrios orgânicos, que por sua vez promoverá um melhor crescimento e desenvolvimento da criança, podendo assim estimular praticas de cuidados alternativos que respeitas as diferenças e tenha resultados positivos (FREITAS; BRITO, 2008).

Porém estabelecendo as hipóteses que são várias os fatores que levam as crianças adquirirem uma DDA, dentre eles, destacando- se os riscos no ambiente escolar, ambiente domiciliar e a estrutura ambiental da comunidade, como: abastecimento de agua tratada e encanação; ausência de saneamento básico; recolhimento de esgoto; higiene corporal da população insatisfatória; 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, formigas); e ausência de atividades educativas nas escolas e na UBS com o profissional da saúde.

Deste modo objetivou-se analisar o conhecimento dos profissionais de saúde da unidade básica de saúde do Piracaná, acerca da diarreia em crianças de 02 a 12 anos de idade. E identificar os principais fatores associados ao elevado número de casos de diarreia em crianças de dois a doze anos residentes na comunidade, orientando assim os agentes comunitários de saúde para tratar o tema com a comunidade.

2FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS DIARREIAS AGUDAS (DDA)

Para Silva (2004) diarreia aguda é uma doença em que a sua mortalidade é causada principalmente pela desidratação, ou seja, se logo no início da diarreia a criança receber líquidos pela veia (hidratação venosa) ou pela boca (hidratação oral), os líquidos perdidos pelas fezes (água e sal), serão então repostos, impedindo que ela venha a piorar ou morrer por causa da desidratação causada pela diarreia.

A desidratação causada pela diarreia matava 5 milhões de crianças por ano até 1980, porque esses pacientes não tinham acesso aos hospitais para fazer a hidratação venosa. No início de 1960 descobriu-se a composição dos SRO (Sais de Reidratação Oral), uma substância capaz de hidratar o paciente por via oral sem necessidade de hidratação venosa (ANDRADE, 1998).

Essa descoberta foi considerada pela revista Lancet como "potencialmente um dos maiores avanços médicos do século XX". Para o seu preparo usa-se uma colher de plástico, criada em 1975 pelo DrHendrata, na Indonésia, que é constituída de um cabo com duas colheres de tamanhos diferentes, uma em cada extremidade. Uma das medidas (a menor) serve para medir o sal e a maior para medir o açúcar. Essas duas substâncias são diluídas em aproximadamente 200 ml de água e o paciente deverá tomar a solução aos poucos após cada evacuação diarreica (ANDRADE, 1998).

Segundo Taylon e Pinheiro (2004),apesar da diminuição de sua participação como causa de mortalidade entre as doenças infecciosas e parasitárias, em todos o mundo, a diarreia aguda permanece como uma importante causa de morbidade e um problema de saúde pública, tanto em países em desenvolvimentos como desenvolvidos.

Lopes e Vieira (2017) afirmam quea diarreia é a segunda causa de morte entre crianças com menos de 5 anos em todo o mundo. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), apenas 39% das crianças com o problema nos países em desenvolvimento recebem tratamento adequado. No Brasil, 80% doscasos são provocados por água contaminada. Só este ano, o país já registrou 1,6 milhão de ocorrências. Além da diarreia, a água imprópria pode causar doenças como hepatite A, febre tifoide, rotavírus, cólera e leptospirose.

Segundo Barbosa e Castro (2010), no Brasil, as gastroenterites acometem principalmente as crianças menores de 5 anos de idade e são consideradas um importante problema de saúde pública. O declínio da morbimortalidade por enteroinfecções resulta na queda da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infecciosas nos países em desenvolvimento.

Foi observado um aumento no número de casos de diarreia notificados no Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas durante este período, sendo as maiores frequências encontradas na faixa etária de 1 a 4 anos de idade (média de 48.887 casos), seguido de 33.151 casos em menores de 2 ano de idade. A taxa de internação por diarreia em menores de 2 ano de idade foi de 35 por mil nascidos vivos em (BRASIL, 2004).

No período estudado, o coeficiente de mortalidade diminuiu, atingindo em 2004 o valor de 2,91 para cada 100 mil habitantes, seguindo a tendência de diminuição das taxas de mortalidade por diarreia no Brasil. Mesmo com este declínio, a diarreia ainda se apresenta como uma das principais causas de morbimortalidade no Estado do Pará, acometendo especialmente crianças menores de 2 ano de idade com tudo isso devemos ter sempre um cuidado com as crianças (BRASIL, 2004).

Para Thielman (2005) trata-se de uma síndrome causada por diversas etiologias, como vírus, bactérias, parasitas agentes químicos, fungos os induzida por antibióticos, que apresenta a intensidade da desidratação e do tipo de toxina produzida pelo patógeno que pode provocar essas infecções.

2.2 DESCRIÇÃO DA DOENÇA

Pereira (2002) relata que o aumento do número de evacuações, com fezes aquosa ou de pouca consistência. Em alguns casos há presença de muco ou sangue. Pode ser acompanhada de náusea, febre e dor abdominal.

Segundo Pereira e Cabral (2008) a Diarreia Aguda (DDA) é caracterizado como um problema de saúde pública sendo apontada como umas das principais patologias responsável pelo desequilíbrio das condições de saúde que caracteriza a população infantil brasileira.

Para Medeiro (2008) a diarreia vem crescendo muito no Brasil com isso a mortalidade desnutrição infecção na população infantil no Brasil.

De acordo com Vieira (2007) a diarreia é uma doença muito comum. Em todo o mundo existe mais de um bilhão de pessoas que sofre de um ou mais episódio por anos de diarreia aguda.

2.2.1Diarreia aguda de etiologia viral

Segundo Moraes (2014) a gastroenterite viral é muito frequente, com distribuição mundial. Estudos epidemiológicos mostram que é a segunda doença mais frequente entre as famílias norte-americanas, afetando diversas faixas etárias em todos os períodos do ano, embora eventualmente apresente picos sazonais.

Para Oliva, Moraes e Fagundes (1997) a diarreia aguda e associada com EPEC a diferentes tipos de dieta utilizadas que e lactentes de baixa condições com tudo isso eles falam que bem que ter o leite materno até o seu 6 meses a crianças.

A diarreia secretorio passiva há invasão da mucosa com proliferação bacteriana como destruição e eventualmente a invasão da corrente sanguínea com bacteremia, como é caso de *Shigella* *Salmonella* (KONA, 2004).

E. coli enteroinvasora que vem com o aparecimento de febre, fezes disenteria com presença de leucócitos e sangue nas fezes por essas vezes tem que ter esse cuidado quando a pessoa está doente com diarreia por vários dias tem ir ao médicos. Já que, a diarreia significa mudanças no habito intestinal do indivíduo, que implica em aumento do peso das fezes, da quantidades da parte liquido e da frequência de evacuações com isso tem várias forma diarreia osmótica, secretória, diarreia exsudativa, diarreia motora (ALVES, 2002).

Para Fernandes (2003), o mecanismo por alteração da absorção do íon envolvido, havendo simultaneamente a não absorção de água, sendo o exame deste mecanismo a diarreia e profusa com elevadas concentrações de cloro nas fezes, sendo um quadro grave devido as condições que podem surgir como alcalose e hipocloremia.

2.2.2Diarreia aguda de etiologia bacteriana

Para Bezerra (2011) disenteria é uma infecção do intestino grosso que causa diarreia severa com muco e sangue, juntamente com cólicas e dores abdominais. Normalmente é provocada por água ou alimentos contaminados, que pode ser bacteriana, sendo as bactérias do gêneros *Shigella*, *Campylobacter* e *Salmonella* as mais comuns.

Existe também a amebiana, causada pela ameba *Entamoebahistolytica*. Alguns medicamentos esteroides também podem provocar disenteria. A disenteria amebiana é muito comum em países em desenvolvimento por conta das condições sanitárias desses países, mas pode ocorrer também em países desenvolvidos (BRASIL, 2013).

Sousa (2010) explica que o diagnóstico de constipação intestinal é mais difícil do que o de diarreia e um sintoma relativamente frequente, muitas vezes consequente a alterações funcionais, que derivam de padrões de comportamento e variável o que cada paciente denomina constipação.

2.2.3 Diarreia aguda de etiologia parasitária

Segundo Oliva (2009) parasitoses intestinais ou enteroparasitoses decorrem da presença de helmintos macroparasita e ou protozoários microparasitas no trato digestivo, comprometem cerca de 25% da população mundial mais de dois milhões de pessoas e se distribuem de acordo com a comunidades ocorrem em países desenvolvidos, mas são mais frequentes nos em desenvolvimentos

Pereira (2002) explica que o aumento do número de evacuações, com fezes aquosa ou de pouca consistência. Em alguns casos há presença de muco ou sangue. Pode ser acompanhada de náusea, febre e dor abdominal.

Os parasitoses podem ser adquiridos de duas formas por meio da contaminação oral a parte da digestão de ovos cistos do parasita e a outra e através da penetração da pele de larvas quando entremos em contato no solo (MENDONÇA, 2010).

2.3 DA MANIFESTAÇÃO CLÍNICA E COMPLICAÇÃO DA DDA

Para Fagundes (1998) a maior complicação dos quadros de Diarreia é a desidratação, por esta razão, o objetivo do tratamento da criança com Diarreia é a prevenção da desidratação.

Segundo Costa (1999) as complicações da diarreia de repetição, desnutrição crônica, retardo do desenvolvimento do peso e estatura; retardo do desenvolvimento intelectual; morte.

Silva (2012) diz que algumas publicações permitem pontuar a evolução do tratamento da diarreia aguda ao longo da última década. Em 1989 a OMS publicou um manual prático para o tratamento da diarreia aguda, contemplando o

diagnóstica da desidratação e seus tratamentos, além dos princípios para a alimentação do paciente pediátrico com diarreia aguda e persistentes.

2.4 FATORES DE RISCO

Para Kaferstein (1997) entretanto, as doenças transmitidas por alimentos e um dos males que apresenta-se dispersas por todo mundo.

Segundo Marque (2009) a doença Diarreica Aguda (DDA) é reconhecida como importante causa de morbimortalidade no Brasil, mantendo relação direta com as precárias condições de vida, saúde dos indivíduos, falta de saneamento básico, desnutrição crônica entre outros fatores.

Os cuidados devem ser focalizados na criança como um todo e não simplesmente nas patologias individuais ou nas afecções isoladas que afetam as crianças; da mesma forma, os fatores que afetam a qualidade oferecida às crianças tais como disponibilidade de medicamentos, organização do sistema sanitário, vias e serviços de derivação, e comportamentos da comunidade requerem uma estratégia integrada (VALENTE, 1998).

Marcondes (2002) afirma que os fatores determinantes da DDA vão além do biológico e estão relacionadas às condições ambientais: saneamento básico, moradia, nutricionais, padrão alimentar da família, sociais, idade dos pais, renda familiar e acesso ao serviço de saúde entre outras.

Segundo Campos (2005) ainda que em algumas regiões existam problemas decorrentes da ausência de saneamento básico ou de sua precariedade, a diarreia nos dias atuais tem sido considerada como principal fonte de veiculação dos alimentos.

2.5 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Segundo Medeiros (2008) ao exame físico é importante avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de beber e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica.

De acordo com Brito (2007) a anamnese da criança com doença diarreica deve contemplar os seguintes dados: duração da diarreia, número diário de

evacuações, presença de sangue nas fezes, número de episódios de vômitos, presença de febre ou outra manifestação clínica, práticas alimentares prévias e vigentes, outros casos de diarreia em casa ou na escola. Deve ser avaliado, também, a oferta e o consumo de líquidos, além do uso de medicamentos e o histórico de imunizações. É importante, também, obter informação sobre a diurese e peso recente, se conhecido.

Segundo Moraes (2013) vale destacar que, de acordo com a OMS, cerca de um terço das crianças com diarreia aguda, nos países em desenvolvimento, infelizmente continuam sendo mantidas em jejum ou com uma quantidade muito reduzida de alimentos durante a diarreia.

O manejo integrado da doença infantil (MIEI) nos países em desenvolvimento, grande parte da morbidade e mortalidade infantil é provocada por cinco afecções: infecções respiratórias agudas, diarreia, sarampo, malária e desnutrição. A estratégia MIEI foi desenvolvida para abordar a saúde geral das crianças apresentando síndromes e sintomas de mais de uma afecção. Nesses casos, é possível precisar mais de um diagnóstico e talvez haja que combinar tratamentos para as diferentes patologias (FLORES, 1991).

2.5.1 Abordagem terapêutica

Para Castro (2014) na abordagem terapêutica, a terapia de reidratação, independentemente de sua etiologia e forma de apresentação clínica, as medidas de suporte são fundamentais para o manejo adequado da doença. Suporte são fundamentais para o manejo adequado da doença. De acordo com orientação da OMS, a terapia de reidratação deve ser por via oral, sempre que possível.

Segundo Moraes (2014) a imensa maioria dos pacientes responde à terapia de reposição hidroeletrólítica adequada em três a sete dias, com melhora evidente nas primeiras 48 horas. Com isso, os antibióticos devem ser indicados pacientes que cursem com: seis a 10 evacuações diárias; diarreia com sangue, muco ou pus.

2.5.2 Plano A, Plano B, Plano C

Gomes (1992) se o paciente está com diarreia e está hidratado deverá ser tratado com o Plano A. Se está com diarreia e tem algum grau de desidratação ser tratado com o Plano B. Se tem diarreia e está com desidratação grave, deve ser

tratado com o , deve Plano C. É fundamental para o tratamento adequado a reavaliação pediátrica contínua.

Para Lopes (2013) o paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica, continuar o aleitamento materno, manter a alimentação habitual para as crianças e os adultos plano A.

Para Dive (2007) falar que toda criança com o quadro de diarreia não apresentam desidratação, para prevenir a desidratação não é preciso adoção de esquema terapêutico rígido, basta que os cuidadores sejam orientados quanto ao progresso natural da patologia, os sinais de alerta que devem ser e o procedimentos a ser realizado em casa.

Limeira (2000) administrar o soro de reidratação oral sob supervisão médica (reparação das perdas vinculadas à desidratação). Manter o aleitamento materno e suspender os outros alimentos (jejum apenas durante o período da terapia de reparação por via oral), plano B.

Brasil (2012) caso o paciente já existe qualquer sinal de desidratação, porém sem gravidade, deve-se realizar a desidratação oral na unidade de saúde. É necessário que a criança seja pesada sem roupa para o controle do ganho de peso.

Pode-se controlar também a diurese, fazendo uso de saco coletor para crianças sem controle vesical. Enquanto o paciente estiver desidratado, deve-se interromper a alimentação, com exceção das crianças amamentadas com leite materno, que podem continuar fazendo recebendo este alimento á livre demanda (BRASIL, 2012).

Segundo Cabral (2008) corrigir a desidratação grave com terapia de reidratação por via parenteral (reparação ou expansão). Em geral, o paciente deve ser mantido no serviço de saúde, em hidratação parenteral de manutenção, até que tenha condições de se alimentar e receber líquidos por via oral na quantidade adequada.

As indicações para reidratação venosa são, desidratação grave, contraindicação de hidratação oral (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões), choque hipovolêmico plano c (CABRAL, 2008). O Plano C deve ser iniciado a partir do momento que a criança exibir dificuldade para ingerir líquidos, seja devido o vômitos excessivo, quadro de desidratação grave ou choque (BRASIL, 2012).

2.6 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)

Para Brasil (1993) a Terapia de Reidratação oral (TRO) com uma solução de sais necessários á manutenção do equilíbrio orgânicos, enquanto a doença segue o seu curso natural. Cerca de 95% das crianças que se desidratam poderão ser desidratadas por via oral, e deste modo, a hidratação venosa deverá ser restrita às crianças com desidratação grave.

Dias (2013) a Terapia de reidratação oral (TRO) é considerada uma das modalidades terapêuticas que mais salvou vidas a partir do século XX. O princípio fisiológico da eficácia vincula-se ao fato de que a via de transporte ativo, acoplada de sódio-glicose-água pelo enterócito, está preservada na diarreia aguda, independentemente da etiologia.

Segundo Oliveira (2009) a utilização dos soros de reidratação oral pode ser feita com dois objetivos: a) Reposição de perdas para prevenir a desidratação no paciente com diarreia de perdas para prevenir a desidratação no paciente com diarreia (Plano A e b) Reversão da desidratação, ou fase de reparação, para o paciente com desidratação por diarreia (Plano B).

Para Flores (2011) Caso não seja obtida melhora clínica no paciente desidratado com a TRO, ou nos caso graves de desidratação, deve ser iniciada a terapia de reidratação parenteral.

2.7 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO PARENTERAL (TRP)

De acordo com Feitosa (2005) após a correção da desidratação pela via parenteral, os pacientes devem ser realimentados esta fase, em geral, são mantidos com terapia de reidratação de manutenção por via parenteral a Terapia de Reidratação Parenteral (TRP).

Para Araújo (2001) é indicada para pacientes com desidratação grave ou que não apresentam reversão da desidratação após 2 horas de TRO da solução de reposição para a via parenteral.

Juarez (2012) explica que nos casos de desidratação grave e os que não responderam a TRO, quando não for possível o início imediato de terapia de hidratação parenteral, devem ser administrados soro de reidratação oral por sonda nasogástrica (20 mL/kg/hora por 4 a 6 horas). Se o abdome ficar distendido, deve ser reduzida a velocidade de administração do soro de reidratação através da sonda nasogástrica.

2.8 CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO NA DOENÇA DIARREICA

Segundo Silva (2001) a alimentação tem que consumir bastantes frutas, se hidrata não comer comida com óleo ter esses cuidados, observar se o poço da sua casa é adequado, com uma boa probabilidade de água subterrânea limpa, porque geralmente a água pode tá contaminado e passar para os alimentos que consumimos.

Condições nutricionais ideais são atingidas quando se consome uma quantidade de nutrientes suficiente para sustentar as necessidades corporais cotidianas, além de substituição do consumo de refrigerantes pelo de sucos, e o de salgadinhos industrializados por frutas, considerar-se moderno quem os utiliza, promovem o consumo desses alimentos (VALE, 2006).

Para Alves (2002) não há qualquer restrição alimentar à gordura que óleo vegetal, manteiga, não devendo ser retirada da dieta, devido ao seu alto teor calórico e porque não piora a evolução da diarreia, também é importante lembrar que os líquidos de hidratação oral, inclusive a SRO, não substituem a alimentação da criança, para ter uma vida saudável sem nenhuma doença.

A manutenção da alimentação com oferta energética apropriada é um dos pilares mais importantes no tratamento da diarreia aguda vem mostrando que é essencial tal fazendo o tratamento certo para ficar saudável (BRASIL, 2002).

De acordo com Brasil (1994) para as crianças com dietas em concentração inadequadas, fazer as correções necessárias. Ressalta-se a importância do aumento de 1 ou + refeições ao dia, usando-se os alimentos habituais, para compensar as perdas causadas pela diarreia e evitar comprometimento do estado nutricional. Esta suplementação alimentar deverá ser mantida até a recuperação da nutrição das crianças.

2.9 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Para Sá (2012) a prevalência de diarreia foi de 46%, onde a maior ocorrência da diarreia entre as crianças que viviam em domicílios de construção precária, com piso em cimento, paredes em taipa, sem rede de esgoto e em uso de água não potável. O fato do responsável/familiar saber prevenir a diarreia se mostrou um importante fator de proteção da criança em relação à sua ocorrência.

Propõem-se, portanto, mudanças de hábitos de vida da população alvo, mostrando aos responsáveis a importância da prevenção na redução dessa

patologia. Deve-se também aumentar a prestação de serviços de saúde a essa população, objetivando a promoção a saúde para que haja uma modificação positiva em relação a saúde das crianças (SÁ, 2012).

Para Dive (2007), como forma de prevenção, é importante seguir o esquema básico de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde, visto que as doenças infecciosas enfraquecem o organismo, reduzindo a imunidade da criança, fazendo com que ela se torne susceptível á diarreia infecciosa. A vacinação contra o sarampo diminui consideravelmente a mortalidade por diarreia e devendo ser feito a partir de 1 ano de idade.

Conforme Mota (2009),diante do controle espera-se que o presente estudo contribua para que o profissional de saúde e pesquisadores possam refletir a respeito da prevalência da notificação das crianças de dois anos que muito importante SIVIP e do registro correto nos prontuáriosdos paciente nas UBS.

Costa (2011) aborda que as medidas de controle consistem em: melhoria da qualidade da água, destino adequado de lixo e dejetos, controle de vetores, higiene pessoal e alimentar.

2.9.1 Educação e Saúde

Segundo Bittaet *al.*(2009) o ministério da saúde propõe que os profissionais de saúde utilizem o meio escolar para realizar educação em saúde para reduzir o numero de casos de diarreia orientar o que tem que comer e também passar para os profissionais da escolas, ensina todos eles a lavagem frequentes e correto das mãos, promoção do aleitamento materno associado a pratica adequada preparar e armazenamento, adequado dos alimentos ter sempre palestras em relação da doença diarreia que se não for cuidados vem a matar muitas crianças.

Para Brasil (2008) a difusão de conceitos sobre a saúde, deverão ser utilizados, todos os recursos disponíveis como: mensagens educativas, cartazes, palestras e os meios de comunicação de massa disponíveis da comunidade.

Meneghim (2007) explica como as ações de saúde vem mostrando que devemos sim andar juntos educação e saúde para preparar os grupos escolares para ter consciência que a diarreia vem matando as crianças pelo fato de não ter um orientação para ser prevenir contra essas doenças diarreicas para isso os profissionais vem aplicando o cuidado com os alimentos que vai consumir que e

muito importante saber, portanto os pais e alunos tem que ter consciência do cuidado.

Cabral (2006) em relação à escolaridade, a maior ocorrência de diarreia se deu nas famílias cujas mães tinham baixo nível de escolaridade, e pertinente salientar que a escolaridade materna apresenta uma relação direta com a qualidade dos cuidados oferecidos aos filhos, especificamente acerca dos cuidados maternos na prevenção das gastroenterites.

Segundo Rodrigues (1998), o profissional de saúde deve necessariamente envolver a comunidade não apenas como alvo de informações, mas repartindo com ela a responsabilidade de buscar alternativas para um eficaz trabalho preventivo, conhecer as práticas da população, valorizar as práticas adequadas e modificar as práticas inapropriadas.

Moreira (2005) para a difusão de conceitos sobre a saúde, deverão ser utilizados, todos os recursos disponíveis como: mensagens educativas, cartazes, palestras e os meios de comunicação de massa disponíveis da comunidade, o mais importante, porém, é a comunicação direta – pessoa a pessoa – se possível, com demonstrações práticas, envolvendo diretamente as mães, individualmente, a educação em saúde deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde.

Para Sá (2012) a prevalência de diarreia foi de 46%, onde a maior ocorrência da diarreia entre as crianças que viviam em domicílios de construção precária, com piso em cimento, paredes em taipa, sem rede de esgoto e em uso de água não potável.

O fato do responsável/familiar saber prevenir a diarreia se mostrou um importante fator de proteção da criança em relação à sua ocorrência. Propõem-se, portanto, mudança de hábitos de vida da população alvo, mostrando aos responsáveis a importância da prevenção na redução dessa patologia. Deve-se também aumentar a prestação de serviços de saúde a essa população, objetivando a promoção a saúde para que haja uma modificação positiva em relação a saúde das crianças (Sá, 2012).

Segundo Vasconcelos (2008) para redução dos problemas de saúde da criança e índices de mortalidade é primordial a conscientização da tríade criança, família e escola quanto à relevância da alimentação saudável, bem como o desenvolvimento de estratégias educativas em enfermagem em parceria com os

professores, com o propósito de abordar temas como higiene corporal e bucal, doenças (gripe, diarreia), relacionamento e violência familiar, dentre outros.

Para Martins (2003) as atividades educativas tinham finalidades definidas, tais como: promover dinâmicas entre as crianças, estimulando o processo interativo, e incentivar o conhecimento sobre alimentação adequada como fator de prevenção da desnutrição e da obesidade e sobre as doenças decorrentes dessas condições. É válido ressaltar que nesses momentos a interação entre a pesquisadora e as crianças foi significativa, proporcionando a participação dos envolvidos no processo da pesquisa.

Freitas (2002) priorizou-se o processo de conscientização, no qual práticas educativas foram a base para a discussão em grupos, despertando as possíveis soluções para prevenir a desnutrição infantil, atendendo às condições socioeconômicas e culturais de cada família.

Segundo Campos *et al.* (2012) o mais importante, porém, é a comunicação direta pessoa a pessoa se possível, com demonstrações práticas, envolvendo diretamente as mães. Individualmente, a educação em saúde deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde.

2.9.20 papel da vigilância

Considerando que magnitude das diarreias agudas no Brasil, desde 1994 foi instituída a monitorização das doenças diarreicas agudas – MDDA sistema de vigilância sentinela, ágil e de avaliação contínua, configurando um importante instrumento para acompanhamento destes agravos nas esfera municipal, fortalecendo a capacidade resolutiva do nível primário de saúde, subsidiando o planejamento e avaliação das ações de prevenção (BRASIL, 2010).

Os principais objetivos da MDDA são conhecer a magnitude das diarreias agudas, subsidiar análise dos indicadores de morbidade e mortalidade por estes agravos; identificar os agentes etiológicos envolvidos: detectar os surtos de forma precoce (RODRIGUES *et al.*, 2014).

O trabalho de controle e registro das informações caracteriza-se por ser uma prática obrigatória e inerente ao sistema de serviços em saúde de todos os níveis hierárquicos, sendo composto por três etapas: a coleta dos dados, a análise das informações e a passagem das informações analisadas (BRASIL, 2010).

Com isso a monitorização das diarreias deve ser compreendida como uma metodologia de produção e observações no meio ambiente ou na saúde do paciente, que se destacam por alterações na predisposição à diarreia. É importante que se tenham coletados os dados como: faixa etária, procedência, início dos sintomas e atendimento, e qual plano foi utilizado no tratamento, buscando a correta orientação a respeito das medidas preventivas, controle e posterior avaliação das ações realizadas (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde tem como diretrizes a prevenção e controle de dados e agravos à saúde através do monitoramento dos fatores de risco, a consolidação e avaliação de dados e a disseminação da informação. Sendo que a vigilância em saúde ambiental é estruturada através de um conjunto de ações que objetivam conhecer e detectar mudanças nos fatores ambientais que possam interferir na saúde humana. Como também através de sua atuação na geração de fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiente (RODRIGUES *et al.*, 2014).

As diarreicas agudas ainda exercem papel importante entre as enfermidades que preocupam a saúde pública no mundo, no país e nos municípios. Sendo uma doença que se estabelece devido a variados fatores, monitorá-la é uma maneira de traçar estratégias para a otimização do uso dos recursos disponíveis no seu combate (BRASIL, 2010).

Para o autor é notório a necessidade de priorização da qualidade e veracidade das informações a fim de garantir a notificações regular das doenças diarreicas e do zelo com estes registros na unidade de saúde, realizando um bom fluxo destas informações para que sejam repassadas aos níveis municipais, estaduais e federal, evitando a perda dessas informações, aumentando a qualidade e fidedignidade das mesmas (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Os critérios de exclusão foram os artigos que durante a leitura não tratar da vigilância sanitária referente a alimentos e das doenças transmissíveis por alimentos. Os conteúdos encontrados foram analisados de acordo com a relevância do tema proposta na pesquisa, e depois organizados e citados (BRASIL, 2010).

Para Brasil (2010), a principal característica da vigilância em saúde é a indispensabilidade do trabalho associado à vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, assistência em saúde, defesa e inspeção

agropecuária, laboratório e outras áreas e instituições que em parceria podem controlar prevenir os casos e surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA)

A principal atribuição da vigilância sanitária no âmbito dos alimentos é a fiscalização dos locais que produzem, transportem e comercializam alimentos com o objetivo de promover a boa pratica na produção e manipulação de alimentos para que assim possa minimizar ou eliminar os potenciais riscos que a produção ou a manipulação inadequada desses produtos e serviços podem causar ao consumidor (BRASIL, 2010).

Entretanto, a vigilância sanitária para saúde tem um papel fundamental para a qualidade de vida da população. Sua função é a da saúde preventiva e o bem estar da comunidade como um todo, aumentando a qualidade de vida da população. A pratica promove a orientação e a fiscalização de estabelecimentos que comercializam ou fabricam: medicamentos, produtos de higiene pessoal, limpeza e desinsetização. Essas ações objetivam disponibilizar os produtos e serviços para os cidadãos com qualidade compatível aos requisitos de um sistema público de saúde comprometido com a sociedade (RODRIGUES *et al.*, 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica seguido de uma pesquisa de campo, com abordagem quanti e qualitativa, descritiva. Segundo Almeida (2008), um estudo é considerado quando o objetivo é proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito, permitindo assim ao investigador aprimorar suas ideias de forma que auxilie na descoberta de elementos e resultados desejados.

As abordagens qualitativas de pesquisa têm sempre sua formação nas ciências sociais e humanas e sua atual aplicação em diversas áreas do conhecimento constantemente marcada, de um lado, por questionamentos, críticas e adversidades paradigmáticas e, de outro, por ganhar legitimidade e força advindas daqueles que fazem bom uso dos seus métodos e técnicas (MATOS, 2012).

A pesquisa quantitativa apresenta resultados que podem ser quantificados, o que seria relevante para pesquisas onde a amostragem tem um número elevado. Já a pesquisa qualitativa salienta, sobretudo os aspectos dinâmicos e subjetivos da pesquisa (MARTINS, 2012).

O estudo descritivo visa observar, registrar, analisar e os fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Esta pesquisa vai abordar os métodos descritivos, qualitativo, e quantitativo, uma vez que, a quantidade e a qualidade dos dados à disposição proporcionam que todos esses métodos sejam satisfatoriamente utilizados culminando assim em um resultado mais vasto para compreender todas as situações que ocorrer nas abordagens (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O local da pesquisa foi à unidade básica de saúde Piracanã no município de Itaituba-Pará. Os procedimentos metodológicos serão realizados com questionários semiestruturados, apresentados por perguntas subjetivas e objetivas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada na unidade básica de saúde do Piracanã, com os funcionários compostos de 16 pessoas da UBS do Piracanã a qual responderam ao questionário, dentre eles enfermeiro, técnico de enfermagem, vigia, agente comunitário de saúde e auxiliar administrativo. Dos 16 funcionários, apenas 14

funcionários desses responderam o questionário solicitado. O trabalho foi realizado no período de 10 a 20 novembro de 2018.

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da pesquisa foi elaborado um questionário semiestruturado, com 10 questões objetivas e subjetivas. O questionário teve sua aplicabilidade indicada exclusivamente para os funcionários da unidade básica de saúde do Piracaná. Esse tipo de questionário foi feito para gerar os dados necessários para levantar dados suficientes para atingir os objetivos do trabalho.

3.5 ANÁLISE DE RISCOS

Visto que a epidemia de diarreia é frequente no meio social é uma modalidade para se analisar com especialista na área trazendo soluções para a melhoria dessa doença para que não se venha óbito porém é uma doença que traz problemas tanto nos meios positivos quanto nos meios negativos pois é necessário que se tenha uma análise adequada para facilitar na modalidade em geral.

3.6 INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão na pesquisa em questão: com todos os funcionários, aqueles que estiveram presentes no momento da coleta dos dados, aqueles que desejaram participar da pesquisa de forma voluntária, os funcionários, e como critério de exclusão, os funcionários que não compareceram por estarem realizando outras funções, e aqueles que não puderam ir por motivo de tempo.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos o presente estudo por ser de revisão não será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa de acordo Com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, porém todos, Os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados no que se refere à zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações

Quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos. Garantindo que os direitos do participante foram respeitados. Conterá todas as informações sobre a participação na pesquisa e foi escrito em uma linguagem clara

e compreensível, além da aplicabilidade do Termo de Consentimento Livre E Esclarecido- TCLE. (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar os principais fatores associados ao elevado número de casos de diarreia em crianças de dois a doze anos residentes na comunidade, onde contou-se com a participação de 14 pessoas da UBS do Piracaná do Município de Itaituba-PA.

Visto que para os profissionais de UBS esse acréscimo de casos de diarreia aguda nessa população é particularmente indagadora. A primeira pergunta (quadro 1) investiga a concepção dos funcionários, onde foram incluídas as opiniões que se consideram necessária para melhor rendimento em um ambiente de saúde.

Quadro 01- Tempo de atuação na unidade de saúde Piracaná? Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	A partir de 4 anos
F2	De 2 anos a 3 anos
F3	A partir de 2 meses
F4	A partir de 4 anos
F5	A partir de 4 anos
F6	A partir de 4 anos
F7	A partir de 4 anos
F8	A partir de 4 anos
F9	A partir de 4 anos
F10	A partir de 4 anos
F11	A partir de 4 anos
F12	De 2 anos e 2 meses
F13	A partir de 4 anos
F14	A partir de 4 anos

De acordo com Brasil (2009), o departamento de atenção básica é composta por equipe multiprofissional; cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4 mil pessoas de determinada área que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.

Segundo Enfermagem (2012) as condições de trabalho foram muito enfocada pelos trabalhadores entrevistados, visto que todos salientaram a realização de um

trabalho de pior qualidade devido a falta de condições adequadas para o trabalho, a convivência com matérias sucateadas, falta de medicamentos e equipamentos foram fatores apontados como determinantes na qualidade de vida, pelo prejuízo que isso traria à assistência prestada e a a auto percepção do próprio labor ou seja de um trabalho mais sofrido.

Visto que para Mendes (1999), a questão da saúde tem sido tratado de diferentes modos no decorrer do tempo, o conceito de saúde vem se modificando em um processo que passa por uma maior vinculação com as doenças e a morte, revelando uma percepção mais negativa, até um entendimento mais vinculado a qualidade de vida, ou seja, voltando mais para a possibilidade.

Pergunta 2: O que você entende por diarreia aguda?

Quadro 02- O entendimento por diarreia aguda? Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS (A)	RESPOSTA
F1	Aumento súbito do número de evacuação de evacuação, com duração de 14 dias, normalmente sendo senado entre três a cinco dias.
F2	O aumento de número de evacuação, com fezes aquosas, pode durar até 14 dias, isso faz com que a pessoa com diarreia tenha perda de fluidos e pode causar desidratação.
F3	E uma doença característica pelo aumento de quantidade e frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue, disenteria.
F4	Aumento súbito do número de evacuação de evacuação, com duração de 14 dias, normalmente sendo senado entre três a cinco dias.
F5	Aumento súbito do número de evacuação de evacuação, com duração de 14 dias, normalmente sendo senado entre três a cinco dias.
F6	E o aumento da evacuação com várias dias essa fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue.
F7	A diarreia aguda e uma doença que se caracteriza pelo aumento da quantidade e frequência das evacuação e diminuição da consistência das fezes, apresentada alguma vezes muco e sangue.
F8	Aumento súbito do número de evacuação de evacuação, com duração de 14 dias, normalmente sendo senado entre três a cinco dias.
F9	Ocorre o aumento de número de fezes aquosa, pode até 14 dias, com isso a pessoa fica desidratação.
F10	Ocorrência do aumento do número de evacuação com as fezes e que se da a hidratação.
F11	A diarreia aguda e uma doença que se caracteriza pelo

	aumento da quantidade e frequência das evacuação e diminuição da consistência e que eleva a pessoa a se desidratar.
F12	Ocorrência de aumento do número de evacuação com fezes aquosas que ocorrem logo após as infecções.
F13	E uma doença em que a sua mortalidade é causada principalmente pela desidratação.
F14	Aumento súbito do número de evacuação de evacuação, com duração de 14 dias, normalmente sendo senado entre três a cinco dias.

De acordo Murilo e Rangel (2014)diarreia aguda é definido como a evacuação de três ou mais fezes moles ou líquidas por dia, ou mais frequente do que é normal para o indivíduo. Geralmente são auto limitadas, com duração de 2 a 14 dias.

Visto que para Brasil (2014) e UNICEF (2009) a diarreia aguda pode ser caracterizada pelo o aumento do número de evacuações para um determinado indivíduo, com fezes aquosas ou de consistência diminuída, e pela presença de pelo menos três destes episódios, diários, com a possibilidade da presença de muco e/ou sangue. Náuseas, vômitos, febre ou dor abdominal eventualmente são sintomas associados. Possui duração entre 2 a 14 dias, geralmente de caráter autolimitado.

Pergunta 3: Quais os sintomas da diarreia?

Quadro 03-Sintomas da diarreia. Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F2	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F3	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F4	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F5	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F6	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F7	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F8	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F9	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F10	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência

F11	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
12	Aumento do numero de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência
F13	Frequência é acompanhada de vômitos, febre e dor abdominal.
F14	Aumento do número de evacuação, com fezes aquosas, ou de pouca consistência

Segundo Varella (2011) as principais características da diarreia são o aumento do número de evacuações e a perda de consistência da fezes, que se tornam aguadas, uma das piores complicações da diarreia é a desidratação.

Para Ferreira (1942) a diarreia aguda são de natureza infecciosa ou toxica, mas, também podem residir em um distúrbio agudo da função digestiva que pode ter, como ponto de partida a boca (no caso de comer, rapidamente mastigando mal) ou estomago (no caso de ingerir alimentos de difícil digestão ou irritantes pela sua baixa temperatura).

Pergunta 4: Qual plano de hidratação é mais utilizado na unidade de saúde para o paciente com diarreia?

Quadro 04- Plano de hidratação mais utilizado na unidade de saúde para o paciente com diarreia.
Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Plano A
F2	Plano A
F3	Plano A
F4	Plano A
F5	Plano A
F6	Plano A
F7	Plano A
F8	Plano A
F9	Plano A
F10	Plano A
F11	Plano A
F12	Plano A
F13	Plano A
F14	Plano A

De acordo com Brasil (2006) o plano A é mais adequado para a criança que está com diarreia aguda ajudam a criança a recuperar mais rápido que o uso de líquidos e soro para não se desidratar.

Segundo a SBP (2017) departamento de científico de gastroenterologia o plano B é o mais adequado porem devem administrar o soro de reidratação oral sob supervisão médica (reparação das perdas vinculadas a desidratação). Manter o aleitamento materno e suspender os outros alimentos (jejum apenas durante o período da terapia de reparação por via oral).

Pergunta 5: Ao identificar sinais ou situações de riscos em casos de diarreia o qual sua orientação?

Quadro 05- Orientações acerca das situações de riscos em casos de diarreia o qual sua orientação.
Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F2	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F3	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F4	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F5	A perfurar poço artesiano, pois este não tem impureza na agua e não necessita de tratamento.
F6	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F7	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F8	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F9	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F10	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F11	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F12	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F13	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.
F14	Sobre o tratamento da agua para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial.

De acordo Brasil (2010) a orientação tem que ter saneamento básico, agua tratada para o consumo das pessoas e também ter o destino dos lixos residencial para evita as bactérias e vírus.

Segundo a SBP(2017) departamento de científico de gastroenterologia, a alimentação deve ser reiniciada de acordo com o esquema habitual do paciente, sendo uma oportunidade para a correção de erros alimentares. Formula infantil ou preparação láctea oferecidas para crianças não devem ser diluídas. Deve-se cuidar para que as necessidades energéticas sejam plenamente atendidas.

Deste modo Sousa (2016) apresenta atendendo a que a prevalência das doenças diarreicas está intimamente ligada as condições de vida das populações, sendo tanto mais elevada quanto precária forem essas mesmas condições, poder-se á concluir que a melhoria dos índices sanitários das regiões geográficas ou dos países, se ira refletir num menor número de casos de doença e de mortalidade associada a diarreia na população.

Pergunta 6: Ao identificar os casos de doenças diarreicas aguda em visita domiciliar, qual sua atitude?

Quadro 06- Identificação dos casos de doenças diarreicas aguda em visita domiciliar, qual sua atitude. Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F2	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F3	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F4	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F5	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F6	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F7	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F8	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F9	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F10	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F11	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F12	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
F13	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.

F14	Encaminha-la á unidade de saúde para o diagnósticos e tratamento.
------------	---

Para atingir o objetivo proposto, optou-se pela realização de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, definida por Minayo (2004) como aquele que se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitude que, por sua vez, correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

De acordo com Brasil (2007), estão incluídas as atividades de ACS a integração da equipe de saúde com a população, o trabalho com descrição das famílias em território definido, o desenvolvimento de ações educativas junto com as famílias, realização e atualização dos cadastros, orientação das famílias quanto á utilização dos serviços de saúde, desenvolvimento de atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos e vigilâncias á saúde.

Pergunta 7: Em suas ações educativas juntos á comunidade, você, o que tem feito?

Quadro 07- Ações educativas juntos á comunidade, você, o que tem feito. Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F2	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F3	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F4	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F5	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F6	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F7	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F8	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F9	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F10	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F11	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F12	Leva informações e orientações as famílias, para que

	possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F13	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas
F14	Leva informações e orientações as famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas

Segundo Sousa (2014) deve-se buscar e somar conhecimentos para a comunidade científica e principalmente aos profissionais de saúde que lidam com este problema no cotidiano. As informações trazidas poderão subsidiar o planejamento e as ações preventiva para a equipe de saúde, com destaque para os agentes comunitários de saúde (ACS), mediadores da equipe de saúde e comunidade, como também aos enfermeiros enquanto parte fundamental do planejamento e organização da unidade de saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 pelo ministério da saúde em parceria com o da educação, Brasil (2012) 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 á saúde, para contribuir com isso para melhorar as condições de vida da comunidade escolar, com isso fortalecendo o acesso aos serviços de saúde de atenção básica.

Pergunta 8: Ao acompanhar os pacientes com doenças diarreicas agudas qual sua orientação?

Quadro 08- Pacientes com doenças diarreicas agudas qual sua orientação. Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F2	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F3	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F4	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F5	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F6	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F7	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F8	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F9	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F10	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F11	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F12	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F13	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.
F14	Orienta quanto á necessidade na continuidade do tratamento.

Para Brasil (2007) deve ser orientado para não deixar de fazer o tratamento que são substituição de líquidos para evitar desidratação, a administração de zinco, que reduz a gravidade e a duração dos episódios, pois é essencial para o paciente ficar bom dessa doença. Entretanto segundo a SBP (2017) departamento de científico de gastroenterologia após estabelecer o diagnóstico, conforme as definições apresentadas acima, e realizado exame físico completo com definição do estado de hidratação, deve ser seguido o esquema clássico de tratamento, distribuídos em três categorias segundo a presença ou não de desidratação.

Pergunta 9: Qual sua orientação de prevenção das doenças diarreicas aguda?

Quadro 09- Orientação de prevenção das doenças diarreicas aguda? Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão.
F2	Sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão.
F3	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F4	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F5	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F6	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F7	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F8	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F9	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F10	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F11	Sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão.
F12	Sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão.

F13	Que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creches, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.
F14	Beber a água do poço sem ferver, clorar ou filtrar, pode desencadear a diarreia aguda.

Segundo Brasil (2009) deve se prevenir lavar as mãos, higienizar os alimentos, ferver água ou usar clorar se não tiver água tratada com isso o controle das diarreias.

Para Silva (2011), deve-se seguir algumas instruções como, lava as mão com frequência, usa álcool em gel, bebe somente água mineral, evita vegetais não cozidos e frutas com casca e frutos do mar, consumo de laticínios também evitar.

Pergunta 10: Quanto a notificação dos casos de diarreia qual sua conduta?

Quadro 10- Notificação dos casos de diarreia qual sua conduta? Fonte: Funcionários da UBS do Piracaná.

FUNCIONARIOS(A)	RESPOSTA
F1	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F2	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F3	Certificar a presença dos sinais e sintomas, e orientá-lo iniciar a reidratação oral.
F4	Certificar a presença dos sinais e sintomas, e orientá-lo iniciar a reidratação oral.
F5	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F6	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F7	Certificar a presença dos sinais e sintomas, e orientá-lo iniciar a reidratação oral.
F8	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F9	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F10	Encaminhá-lo á unidade de saúde para que possa ser diagnosticada a doença.
F11	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.

F12	Notificar á unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de diarreicas agudas.
F13	Encaminhá-lo á unidade de saúde para que possa ser diagnosticada a doença.
F14	Encaminhá-lo á unidade de saúde para que possa ser diagnosticada a doença.

Segundo Schechter e Marangoni (1994) os cuidados de enfermagem na diarreia infantil vão além das barreias físicas da unidade básica de saúde, onde é indicada a terapia de reidratação oral que pode ser posta em pratica independente da idade da criança e ser orientados quanto os hábitos de higiene, alimentação entre varias forma de se prevenir.

Para Brasil (2008) ocorre por um período menor que 15 dias, se se estende por mais tempo será considerada crônica e já não demanda notificação pela MDDA, a conduta que tem que orientada cada paciente que estiver doente.

5CONCLUSÃO

A diarreia aguda ainda é uma realidade muito presente durante a infância, por estar relacionada a diversas variáveis que se constituem em fatores de risco. Deste modo apesar do número de internações estarem diminuindo, é necessária uma ação de promoção de saúde focada nesse público fornecendo informações quanto ao reconhecimento da sintomatologia da diarreia.

Entretanto é neste contexto que foi encontrado que as habilidades maternas são primordiais para a garantia do bem estar das crianças sendo importante que sejam instruídas e encorajadas a realizarem os cuidados necessários na prevenção e tratamento da diarreia, dessa forma um papel fundamental do enfermeiro e de toda a sua equipe deve ser desempenhada para um educador da saúde, a contribuir com ações que busquem atingir à atenção integral a saúde da criança.

A pesquisa realizada na base de dados do ministério da saúde foi de grande relevância elucidativa em relação aos objetivos e proposta para o estudo. Sabe-se que no município de Itaituba (PA), constatou-se a incidência de DDA que ocorre em maior quantidade, equivalente a uma faixa etária de 10 anos ou mais.

Verificou-se de modo geral que, que o plano mais utilizado são o plano A, porem ao isolar os casos, a conduta se tratar de utilizar o plano C. com base nestes objetivos, a enfermagem tem de suma importância realizar uma avaliação clínicacrítica, ou seja, buscando diagnostico para ser pautadas no reconhecimento dos sinais e sintomas para que o a conduta utilizada seja adequada ao grau de enfermidade e surta respostas positivas em menor tempo. Além disso, fazer as notificações dos casos configurou-se como extremamente importante para o planejamento de ações preventivas.

Assim pôde revisar que a literatura agregou valor especial ao estudo para aprofundar referente ao tema, a principal abordagem de diarreia aguda e suas limitações, sendo que intervenções de enfermagem é o tratamento essencial em cada caso, de acordo com os sintomas apresentado e referidos pelos pacientes.

A relevância deste trabalho esteve associada a uma qualidade cada vez mais humanizada, de forma positivamente universal, trazendo integração com equidade. Porém é necessário para futuras pesquisas, um planejamento de ações preventivas para doença de diarreicas agudas.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches universitárias relativos às infecções respiratórias agudas na infância. **Rev. EscEnferm.**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 78-85, 2006.

ALVES, L. D. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2002.

ANDRADE, E. A. A; SIMÃO, T. M. J; FONSECA, M. C; ANDRADE, R. G; FERREIRA, M. S. G. SILVA, A. F; SOUZA, I. P. R; FERNANDES, B. S. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.23 n1, p.74-82, 1998.

ARMANDO, L. B. S; CARVALHO, L. O. T. Avaliação do estado Nutricional na cidade de Registro/SP, **Rev. Nutrição Brasil**. v.12, n.3, p.147-152, 2002.

BEZERRA, Ivan; FOOT, Newton. Sinal vermelho para o desrespeito – conversando sobre trânsito. São Paulo: Escala Educacional, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNAN - **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em 29 mai 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

CABRAL, L. D. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2006.

CAMPOS, S.A.P. Aleitamento Materno Exclusivo: Motivações maternas para o desmame precoce. Brasília-DF: 2007. Monografia (Enfermagem) - CENTRO Universitário De Brasília, Faculdade De Ciências Da Saúde – Facs. 2012.

CASTRO; M. R.; LOUZADA, M. L. Avaliação nutricional da criança. In: VITOLO, M. R.(Org.). **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2015. Cap,20, p. 135-169. 2014.

COSTA. Minuto Animado Educação no Trânsito. 1999. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=MTZqgpogYDY>.

DIVE, C. B.; GOMES, G. C.; SOUSA, L. D. Prevenção de Acidentes em uma Instituição de Educação Infantil: o conhecimento das cuidadoras. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 1-6, abr. /jun. 2007.

FERNANDES, F. R. F. et al. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 41-47, 2003.

FREITAS, Mariana de Senzi. **Consumo alimentar de alunos nas escolas de ensino fundamental em Ribeirão Preto**. 2004. 85f. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2008.

HIELMAN I, M.H.A. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 61-70, jan./feb. 2005.

KONA, A. G.; VIEIRA, L. J. E.S. Acidentes em crianças no contexto escolar – uma visão do educador. **RECCS**, Fortaleza, v. 14, p. 15-20, 2004.

LIMA,V.S;SOARES,M.C.F. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. **NutrireRevSocBrasAliment Nutr**. 2004.

LOPES; VIEIRA, T. F. D.; ZAMBON, M. P. Razoes do abandono do tratamento de obesidade por crianças e adolescentes. **Rev. paul. pediatria**.Sao Paulo, v. 31,n. 3, p. 338-343, Set. 2013.

MARCONDES, L. D. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliografia, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 6.ed.São Paulo: Atlas, 2006.

MARQUE, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Brás. Saúde Mater.Infant.**, Recife, v.4, n.1, 2004.

MEDEIRO, V. R. S. Alimentação na infância: carências e excessos. **Pedr. mod.**, Sao Paulo, v. 50, n. 6, p. 243-253, jun. 2014.

MEDEIROS, U. Apostila de Metodologia de Pesquisa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Universidade Aberta do SUS – UnASUS. Rio de Janeiro: 2011.

MENDONÇA, E. L.; ÁVILA, E. P. Escola Segura – Prevenção de acidentes e primeiros socorros. Porto Alegre: Age, p. 11-14, 2006.

OLIVEIRA, R. A. Comportamentos de risco para acidentes em playgrounds: Identificação e opiniões de profissionais da educação infantil. 2008, 167f. Tese (Doutorado em educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista. Marília, 2008.

MORAES, S.R. et al. Estratégias educativas para a prevenção de acidentes infantis para o Ensino Fundamental. In: JORNADA PEDAGÓGICA, 6, 2006, Marília. Resumo. Marília: UNESP, 2014.

MORAIS, M.R. Consumo precoce de alimentos não recomendados por lactentes do sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 25-28, jan./abr., 2014.

MOTA J. J. F.; PAIXÃO, A. C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. *Revista de Pediatria*. Fortaleza, v.8, n. 2, p.66-72, jul./dez. 2009.

OLIVA, E. A. A; SIMÃO, T. M. J; FONSECA, M. C; ANDRADE, R. G; FERREIRA, M. S. G. SILVA, A. F; SOUZA, I. P. R; FERNANDES, B. S. Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.23 n1, p.74-82, 2009.

PEREIRA; C,P.F; Santos, S.A.L; Reis, C.B.A. Educação alimentar e nutricional: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(11):2147-2161, Nov. 2002.

SILVA, R. J. A. Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos. São Paulo: EDUSP, 1988. SENA, S. P.; RICAS, J.; VIANA, M. R. A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental, Belo Horizonte: Revista Med. Minas Gerais, v.18, n. 4 (supl.), p. 47-54, 2012.

TAYLOR, F.F; PINHEIRO, A. M; REA, M. F.; VIANNA, R. P. T.; PANIGASSI,G. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.20, n.1, fev. 2004.

VIEIRA, Mariana de Senzi. **Consumo alimentar de alunos nas escolas de ensino fundamental em Ribeirão Preto**. 2004. 85f. Dissertação (Mestrado) – Universidade São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007.

BEAGLEHOLE, R.; Bonita, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. São Paulo (SP): Santos, 1996. p.176.

BENGUIGUI, Y. **Ações de saúde materno-infantil à nível local: segundo as metas das cúpulas mundial em favor da infância**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BITTA, T. O.; MIALNE, F. L.; PEREIRA, A. C.; VIERIA, D. H. Atenção básica como Ferramenta da gestão em saúde, **Rev. Enferm.**, São Paulo, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência e controle das doenças diarreicas.** Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1993, 44p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Assistência e Controle das Doenças Diarreicas.** 2ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2006, 4 ed. Brasileira, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Monitorização da Doença Diarreia Aguda.** Normas e instrumentos, ed. 2, Brasília: Ministério da saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas,** MDDA: Manual do monitor. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica - 7ª edição - Doença Diarreica Aguda - Manual de Doenças Transmitidas por Alimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmitidas Manual de Normas e Procedimentos para vacinação** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSTAMANTE, S. **Cuidando da saúde de crianças pequena no controle da familiar,** São Paulo: Monole, 2014. 35-145p.

CAMPOS, F.C.; FARIAS, H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em Saúde.** 3ª ed., Belo Horizonte: UFMG, 2012.

DIAS, L.O **desenvolvimento do processo de educação para o controle da diarreia aguda.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

DIVE, T. Diretoria de Vigilância Epidemiológico. **Manual de diagnostico e tratamento de doenças Diarreicas agudas.** Florianópolis: Secretaria de Estado de Saúde, 2007.

FAGUNDES, **Gastrenterologia pediátrica,** 2ª ed., Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FERREIRA, H. S. **Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção.** Maceió: EDUFAL, 2000.

FREITAS, C.M.; PORTO, M. F. **Saúde, ambiente e desenvolvimento no Brasil.** In: **Saúde, ambiente e sustentabilidade.** 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

GOMEZ, L. **Diarreia aguda e a relação com a lactose,** YendisPorto Alegre, v. 74, p 99-111, 1992.

KODAY, L. **Doença gastrenterologias em pediatria.** São Paulo: Atheneu, 2002.

LIMA, S. Passos da alimentação saudável, para a crianças brasileiras menores de dois anos. **Yendis**, São Catariana, v. 1 p. 72-116, 2004.

LIMA, P. C. **Treinamento e capacitações sistemáticas dos profissionais**. Porto Alegre: Guanabara, 2010.

Manual de Monitorização da Doença Diarréica Aguda. São Paulo: Guanabara, 2002.

MARCONDES, **Pediatria básica**. 9ª ed., São Paulo: Savier, 2002.

MEDEIROS, F. P. **Educação infantil: fundamentos e métodos**, São Paulo: Cortez; 2002.

MEDEIRO, C. V. **A mortalidade vem crescendo no brasil diarreia aguda infantil**, São Paulo: Medsi, 2008.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec., 1999.

MENEGHIM, L. **Uma boa estratégia com o profissional quando de saúde e educação de forma integral**, São Paulo: Artmed, 2007.

MINAYO, M. C. S. O. **Desafios do Conhecimento Pesquisa Qualitativo em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, A. M. **Desnutrição infantil: ação Criança**. São Paulo: Artmed, 2005.
OLIVA, C.; MORAES, P.; FAGUNDES, T. **Diarreia aguda sua classificação**. Rio de Janeiro: Ed Atheneu, 1997.

OLIVEIRA, Z. R. **Educação infantil: fundamentos e métodos**. São Paulo: Cortez; 2002.

OLIVEIRA, S. **Pediatria diarreia na infância**, v. 1 São Paulo: Ed. Manole, 2011.

RODRIGUES, J. R. P.; STRINTA, L.; SILVESTRE, G. S. B.; JUNIOR, J. C. O.; BARROS, L. C. Diarreia em crianças menores de cinco anos em uma unidade de saúde da família. **Ver Enfer.: UFSM**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 594- 601, 2014.

SIVA, R. C. A. **Qualidade da água: manancial subterrâneo em áreas urbanas de Feira de Santana**. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, 2003.

SILVA, F. **A evolução do tratamento da diarreia aguda**, Belo Horizonte: Ed Guanabara, 2011.

SILVEIRA, G. Vicente Fernando. **Controle da qualidade das águas**. In: **Saneamento, saúde e ambiente**. 1ª ed. Barueri: Manole, 2005.

SOARES, D. **Assistência do controle da doença de diarreia**, DF: Monale, 2012, 44-69p.

SOUSA, E. Qualidade de água manancial subterrâneo em áreas urbanas de feira de Santana Bahia: Rev.ed.: saúde Pública, 2010.

VIEIRA, V. M. Fatores de diarreia aguda na população na atenção básica. Rev. Ed.: saúde Pública, Rio de Janeiro, 2016.

APÊNDICE A- Questionário para os profissionais da unidade de saúde do Piracaná:

I Qual sua área de atuação na unidade de saúde Piracaná:

- a) ☐ médico; e) ☐ técnico de enfermagem
b) ☐ enfermeiro;
c) ☐ agente comunitário de saúde;
d) ☐ outro: _____

1 Qual seu tempo de atuação na unidade de saúde Piracaná:

- a) ☐ de 6 meses a 1 ano;
b) ☐ de 1 ano a 2 anos;
c) ☐ de 2 anos a 3 anos;
d) ☐ a partir de 4 anos.

2 O que você entende por diarreia aguda?

3 Quais os sintomas da diarreia?

- a) ☐ aumento do número de evacuações, com fezes aquosas, ou de pouca consistência;
b) ☐ com frequência é acompanhada de vômitos, febre e dor abdominal;
c) ☐ em alguns casos há presença de sangue;
d) ☐ pode ser causada por toxinas naturais, produtos químicos e estar associada a outras doenças não de origem alimentar.

4 Qual plano de hidratação é mais utilizado na unidade de saúde para o paciente com diarreia?

- a) ☐ Plano A;
b) ☐ Plano B;

c () Plano C;

d () Associação de mais de um plano: _____

5 Ao identificar sinais ou situações de riscos em casos de diarreia o qual sua orientação?

a) () sobre o tratamento da água para consumo humano, o destino dos dejetos e o lixo residencial;

b) () a chamar o responsável pela coleta de lixo urbano;

c) () reclamar com os responsáveis pela distribuição da rede pública de água;

d) () a perfurar poço artesiano, pois este não tem impurezas na água e não necessita de tratamento.

6 Ao identificar os casos de doenças diarreicas agudas em visita domiciliar, qual sua atitude:

a) () encaminhá-lo à unidade de saúde para o diagnóstico e tratamento;

b) () encaminhá-lo ao Pronto Socorro do Hospital Municipal de Itaituba;

c) () orienta a procurar a unidade de saúde em caso de piora do quadro;

d) () orienta a fazer chás caseiros com ervas de seus conhecimentos;

7 Em suas ações educativas junto à comunidade você:

a) () leva informações e orientações às famílias, para que possam identificar e prevenir as doenças diarreicas;

b) () traz reclamações dos atendimentos para que possam ser melhorados;

c) () leva remédio ou ervas para que a pessoa possa iniciar o tratamento;

d) () leva o paciente até o Hospital Regional.

8 Em suas ações educativas junto à comunidade você:

a) () orienta quanto à necessidade na continuidade do tratamento;

b) () que não deve beber muito líquido para não vomitar;

c) () que deve ingerir muito chá caseiro, mesmo que estiver vomitando;

d) () que só retorne no posto de saúde se a diarreia piorar.

9 Qual orientação de prevenção das doenças diarreicas agudas?

a) () sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão;

b () que a diarreia pode ser adquirida na escola, na creche, e em casa, por falta de higiene principalmente das mãos e alimentos ao serem consumidos.

c () que manter lixo destampado e alimentos mal cozidos, contribuem para casos de diarreias agudas.

d () beber a água do poço sem ferver, clorar ou filtrar, pode desencadear a diarreia aguda.

10 Quanto a notificação dos casos de diarreia qual sua conduta?

a () certificar a presença dos sinais e sintomas, e orientá-lo iniciar a reidratação oral;

b () encaminhá-lo à unidade de saúde para que possa ser diagnosticado a doença;

c () notificar à unidade de saúde no mesmo dia em que houve o caso de diarreia para ser registrado na ficha de notificação e monitoramento dos casos de doenças diarreicas agudas;

d () acompanhar e monitorar a recuperação do paciente após a notificação.