



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

SANDRO KORAP DA SILVA MUNDURUKU

**FATORES DE RISCO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ETNIA MUNDURUKU POLO BASE
ITAITUBA**

Itaituba-PA

2017

SANDRO KORAP DA SILVA MUNDURUKU

**FATORES DE RISCO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ETNIA MUNDURUKU POLO BASE
ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Itaituba-PA
2017

MUNDURUKU, Sandro Korap da Silva

Principais fatores de doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos da etnia Munduruku polo base Itaituba.

66 f.: il.

Orientadora: Rosangela de Aguiar Rodrigues

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Doenças diarreicas agudas. 2. Família. I Rodrigues, Rosangela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR-PA, 2017.

SANDRO KORAP DA SILVA MUNDURUKU

**FATORES DE RISCO DE DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS EM
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA ETNIA MUNDURUKU POLO BASE
ITAITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Enfermagem.

Orientadora: Enf.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.^a Me.

Orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Esp. Rosangela de Aguiar Rodrigues

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof.

Itaituba, PA: 08 de agosto de 2017.

*Agradeço a Deus por tudo que tens
feito por mim, ao minha mãe Marileide
korap por ter me ajudado a conquistar
esse grande sonho. Dedico – lhes essa
conquista como gratidão.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dá forças para superar as dificuldades e manter firme durante todos esses anos.

A toda minha família, em especial a minha mãe Marileide Korap Munduruku que me ajudou durante esses anos a realizar este sonho.

A minha mulher Luciene Karu Munduruku que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos me ajudando.

A todos os meus amigos que estiveram ao meu lado.

A minha Orientadora Rosangela de Aguiar Rodrigues, pelo incentivo, apoio e instrução nesta etapa tão importante da minha vida.

“Enfermagem é a arte de cuidar incondicionalmente, é cuidar de alguém que você nunca viu na vida, mas mesmo assim, ajudar e fazer o melhor por ela. Não se pode fazer isso apenas por dinheiro... Isso se faz por e com amor!”

(Angélica Tavares)

RESUMO

As Doenças diarreicas agudas ocorrem em qualquer idade no ser humano, sendo que acometem principalmente crianças com faixa etária de 5 anos. O presente estudo teve como base as pesquisas bibliográficas com revisão literária de artigos científicos e de pesquisa de campo de forma quantitativa. O Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI), ligado ao ministério da saúde vem monitorando os casos de DDAs nas aldeias de sua abrangência. Apesar das DDAs serem preponderantes no perfil de mortalidade da população mundial e das minorias étnicas (NHLBI Working Group, 1995) observou-se que pouco ou nada se investigou sobre estas patologias nos grupos indígenas brasileiros. O interesse em relação ao tema se deu por conta do fato de que nos dias atuais o enfermeiro vem cada vez mais sendo inserido dentro das comunidades indígenas do povo Munduruku, com o papel muito importante na identificação e monitoramento das crianças doentes e em risco de complicações, na ampliação das campanhas de divulgação das ações de saúde, no incentivo ao aleitamento materno exclusivo e outras medidas reconhecidas de valor na redução da morbimortalidade infantil, como a terapia de reidratação oral, na imunização e tratamento imediato da diarreia aguda por rotavírus, no acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento das crianças, no tratamento das intercorrências e vigilância do estado nutricional, na busca ativa das crianças com imunização atrasada e na realização de visitas domiciliares. Por outro lado, as comunidades indígenas vêm sofrendo bastante interferência no seu modo de viver. Vários alimentos já estão sendo oferecidos e consumidos nas aldeias. Muitos desses produtos são de origem industrial como: enlatados, biscoitos e salgados, refrigerantes e bombons que influenciam diretamente na alimentação das crianças causando doenças diarreicas e gastroenterites também.

Palavras-chave: Morbi-mortalidade, Diarreia, Munduruku.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas.....	15
Quadro 2 - Condutas para uma avaliação do grau de desidratação do paciente.....	16
Quadro 3 - Principais sinais para avaliação do grau de desidratação.. ..	17
Quadro 4 - Planos de tratamento para desidratação.....	18
Quadro 5 - Fase Rápida de Expansão.	19
Quadro 6 - Classificação da Diarreia.....	22
Quadro 7 - Veículo X Agente Etiológico da Diarreia.....	27
Quadro 8 - Medidas de Prevenção no Combate a Diarreia.	29
Quadro 9 - Causas de diarreia aguda.	33
Quadro 10 - Nº Absoluto de Crianças Pesquisadas por Aldeia no Polo Base Itaituba.	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Principais sinais e sintomas de surtos de doença transmitida por alimentos.....	25
Gráfico 2 - Distribuição de Casos de diarreia aguda nas crianças estudadas e crianças que apresentaram diarreia aguda, por aldeia. Ano: 2016..	40
Gráfico 3 - Distribuição dos casos de diarreia aguda por aldeia, segundo o plano de Tratamento.	45
Gráfico 4 - Procedência da utilização da água das aldeias pesquisadas segundo a procedência da Água.	48
Gráfico 5 -Destino dos dejetos gerados pelos moradores das aldeias pesquisadas	49
Gráfico 6 - Destino do lixo gerado nas aldeias estudadas	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relato dos responsáveis sobre a alimentação até o 6º mês de vida.	42
Tabela 2 - Relato dos responsáveis das crianças relacionada à duração dos sintomas da DDAs.....	43
Tabela 3 - Conduta dos responsáveis das crianças frente ao episódio das DDAs. .	43
Tabela 4 - Informação dos responsáveis das crianças sobre o tipo de DDAs.	44
Tabela 5 - Atitude dos responsáveis das crianças frente ao plano de tratamento traçado pelo enfermeiro.	44
Tabela 6 - Orientações dos enfermeiros para os responsáveis das crianças acerca da prevenção das DDAs.....	46

LISTA DE SIGLAS

AIS- Agente Indígena de Saúde

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

DVE- Divisão de Vigilância Epidemiológica

DDAs- Doenças Diarreicas Agudas

OMS- Organização Mundial de Saúde

MDDA- Monitoração das Doenças Diarreicas Agudas

SIVEP- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica

Sinan- Sistema de informação de agravos e notificação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	14
2.1 CONCEITOS DE DIARREIA AGUDA	14
2.1.2 Fisiopatologia da Diarreia.....	14
2.2 CLASSIFICAÇÃO.....	15
2.3 CONDUTAS TERAPEUTICA	17
2.3.1 Soro de Reidratação Oral	17
2.3.2 Planos de Tratamento para Reidratação Oral.....	18
2.3.3 Medicamentos que são contra indicados na Diarreia Aguda.....	20
2.3.4 Probioticos.....	21
2.4 ETIOLOGIA DA DIARREIA	21
2.5 CLASSES PRINCIPAIS DA DIARREIA.....	22
2. 6 FATORES DE RISCO PARA A DIARREIA	23
2.6.1 Água Contaminada.....	24
2.6.2 Ausência de Rede Sanitária, a má higiene pessoal e doméstica.....	24
2.6.3 Alimentação inadequada	25
2.6.4 Crianças não Amamentadas com Leite Exclusivo	25
2.6.5 Outros Fatores para a Diarreia.....	26
2.7 MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (MDDA)	28
2.8 CUIDADOS PREVENTIVOS NO COMBATE Á DIARREIA AGUDA	29
2.9 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO COMBATE A DIARREIA AGUDA.....	32
2.10 A POPULAÇÃO INDIGENA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA.....	34
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	35
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	37
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	39
5 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

APÊNDICES 55
ANEXOS 62

1 INTRODUÇÃO

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e das frequentes evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de 2 semanas (BRASIL, 2016).

A doença diarreica representa uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade infantis. Admite-se que ocorram anualmente 1,5 bilhões de episódios agudos de diarreia no mundo, com cerca de três milhões de óbitos por ano. A depender da área geográfica considerada, as taxas de ataque variam de 2 a 12 episódios por criança por ano. As crianças de baixa idade, sobretudo aquelas que se encontram em precárias condições de vida, são as que pagam maiores tributo a esta patologia; 85% das mortes por diarreia acontecem em crianças no primeiro ano de vida. (SILVA, 2003).

Mediante essa problemática, esse estudo teve como objetivo geral Identificar os principais fatores associados às doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos, descrevendo os motivos e os fatores associados a esta patologia. Teve como objetivos específicos, identificar a aldeia que mais apresenta crianças com quadro diarreico, segundo a faixa etária, identificar os fatores de risco para a predisposição das ocorrências dos quadros diarreicos.

A relevância desse estudo fica evidente, pois importância a contribuição que o profissional enfermeiro tenha conhecimento da magnitude do perfil epidemiológico do polo base que atua, para manter de forma efetiva a promoção e proteção da saúde, visando uma qualidade de vida de toda a população indígena, prestando a elas os cuidados preventivos e terapêuticos, bem como traçar planos de tratamento adequados no intuito de redução das internações hospitalares.

Dessa maneira, essa pesquisa busca também contribuir para uma reflexão aprofundada sobre o tema, dando ênfase ao conhecimento do indígena a respeito das medidas preventivas da diarreia aguda, pois essas medidas contribuem sobre maneira para a redução na mortalidade infantil em menores de 5 anos devido a esses agravos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 CONCEITOS DE DIARREIA AGUDA

Segundo o ministério da saúde (Brasil, 2007), diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos no nosso organismo, que resulta no aumento do volume e das frequentes evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes secreções sanguinolentas e muco (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura média 2 semanas. Uma das principais ocorrências de diarreia aguda na infância e que representa um problema de saúde de grande magnitude em nosso meio, em particularmente nas crianças de baixa idade que vivem em precárias condições socioeconômicas. Nos atendimentos pediátricos, sejam elas em consultórios públicos ou particulares, a diarreia é sem dúvida, até o segundo ano de vida, a queixa mais frequente, ficando atrás apenas das infecções respiratórias.

De acordo com as explanações de Silva (2003), a doença diarreica uma das causas de morbidade e mortalidade infantis de grande preocupação. E Anualmente acredita-se que 1,5 bilhões de episódios de diarreias agudas no mundo, com quase três milhões de óbitos por ano. Considerando a área geográfica de grande extensão, os episódios variam de 2 a 12 episódios em criança por ano. Sendo que crianças no primeiro ano de vida, a taxa é de 85% dos casos de mortes por diarreia.

No entanto segundo o autor supracitado, ao longo dos anos o soro reidratação oral vem sendo utilizado na redução da mortalidade por diarreia aguda na infância, um dos problemas de saúde mais comuns nos seres humanos, na maioria das vezes as consequências são poucas, mas em circunstâncias especiais pode ser um quadro devastador, especialmente nas crianças de baixa idade e nas pessoas com o comprometimento imunológico prejudicado (SILVA, 2003).

2.1.2 Fisiopatologia da Diarreia

Segundo Wong e Walley (1999) apud Oliveira (2009), explica que a infecção do trato gastrointestinal por patógenos causa a diarreia pelo meio dos seguintes mecanismos: produção de enterotoxinas que irão estimular a secreção de água e eletrólitos; invasão direta e destruição das células epiteliais do intestino; inflamação local e invasão sistêmica pelos microrganismos.

As diarreias podem ser: secretora, osmótica ou mista. A secretora é desencadeada por produção e secreção elevadas de água e eletrólitos pela mucosa intestinal no lúmen intestinal, tendo como consequência evacuações com um volume muito grande. A diarreia osmótica ocorre quando a água é movida para a luz intestinal em decorrência da pressão osmótica das partículas não absorvidas. A presença desse material no intestino também letifica a absorção da água por sua mucosa. A diarreia mista é causada pelo aumento do peristaltismo intestinal (geralmente devido a doença intestinal inflamatória) e pela combinação de secreção aumentada ou absorção diminuída no intestino (SMELTZER; BARE, 2002) apud OLIVEIRA 2009 pág.19).

2.2 CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o ministério da saúde (Brasil, 2013) classicamente, a diarreia é dividida em aguda, prolongada e crônica. Essa classificação ajuda a direcionar a investigação diagnóstica e terapêutica.

Quadro 1 - Classificação da diarreia segundo a duração dos sintomas. Fonte: (DUNCAN, 2004).

Diarreia aguda	Duração menor que 14 dias	Aquosa: secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias. Disenteria: agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome.
Diarreia persistente	Duração maior ou igual a 14 dias	Infecção continuada de um agente, danificando as vilosidades, e/ou uma regeneração inadequada dos eritrócitos devido à desnutrição crônica. Pode apresentar-se sob a forma de diarreia aquosa ou disenteria.
Diarreia crônica	Duração maior que 30 dias	Grande variedade de causas: inflamações crônicas, alergias a medicamentos, cólon irritável, parasitoses intestinais etc.

Vale mencionar que a principal causa de diarreia aguda é a infecciosa. O do paciente irá distinguir segundo o tipo de patógeno e as condições clínicas do hospedeiro. Já na diarreia aquosa, incide secreção ativa de água e eletrólitos para a

luz intestinal, decorrendo em inúmeras evacuações diárias (BRASIL, 2013). Na abordagem em pacientes com quadro de diarreia aguda, a anamnese e o exame físico são importantes para ponderar a presença de desidratação para introduzir o método de tratamento mais adequado (BRASIL, 2013).

Zulim (2011), ainda afirma que deve considerar uma avaliação do estado de desidratação da pessoa ou criança com doença diarreica aguda, condição da pessoa, letargia, fraqueza. Sendo assim, a DVE (2007), informa que deve se fazer a reposição de líquidos perdidos, então é preciso ter uma boa classificação operacional, que deve ser baseada em sinais e sintomas que conduzem as opções de tratamento possíveis, tais como se recomenda no Quadro 2, pois após a interpretação deste, e que levara o profissional ter uma conduta terapêutica dos Planos de Tratamento.

Quadro 2 - Condutas para uma avaliação do grau de desidratação do paciente. Fonte: (DVE, 2007).

1. Observe			
Condição	Bem, alerta	Irritado, intranquilo, com sede	Comatoso, deprimido, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normal	Sedente, bebe com avidez	Bebe mal ou não é capaz de beber
2. Explore			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido e débil	Muito débil ou ausente
Enchimento capilar	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (de 3 a 8 segundos)	Muito prejudicado (mais de 8 segundos)
Fontanela	Normal	Deprimida	Muito deprimida
3. Decida			
	Não tem sinais de desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais acima tem desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelo menos um sinal tem desidratação grave
Trate			
	Use PLANO A	Use PLANO B	Use PLANO C

Conforme o quadro apresentado anteriormente, BRASIL (2012), afirma ainda que o exame físico é imprescindível para a avaliação da presença de desidratação, e qual o grau se encontra para o correto plano de tratamento a ser indicado.

Quadro 3 - Principais sinais para avaliação do grau de desidratação. Fonte: (BRASIL, 2012).

Hidratado		Desidratado	Desidratação grave
Aspecto	Alerta	Irritado, com sede	Deprimido, comatoso
Olhos	Brilhantes com lágrima	Encovados	Muito encovados, sem lágrima
Mucosas	Úmidas	Secas	Muito secas
Bregma	Normotensa	Deprimida	Muito deprimida
Turgor	Normal	Pastoso	Muito pastoso
Pulso	Cheio	Palpável	Débil ou ausente
Perfusão	Normal	Normal	Alterada
Circulação (PA)	Normal	Normal	Diminuída/taquicardia
Diurese	Normal	Pouco diminuída	Oligúria/anúria
Redução de peso	0%	< 10%	> 10%

2.3 CONDUTAS TERAPEUTICA

2.3.1 Soro de Reidratação Oral

O soro caseiro é uma preparação nada mais do que de uma porção de água, açúcar e sal de cozinha, sendo recomendado para prevenção da desidratação, que geralmente é causada por vômitos e diarreias. Com o vomito ou a diarreia acontece perda de água e sais minerais pelo corpo. O soro tem por finalidade repor esses elementos perdidos. O soro caseiro é uma preparação de um copo grande de água (200 ml de água), uma medida pequena da colher-medida de sal e duas da medida maior de açúcar, agitando bem. Cada preparação de soro caseiro tem um prazo de 24 horas para ser consumido (SCHARAM, 2008). Na figura 1 é demonstrado como é feito esse preparo de Soro caseiro.

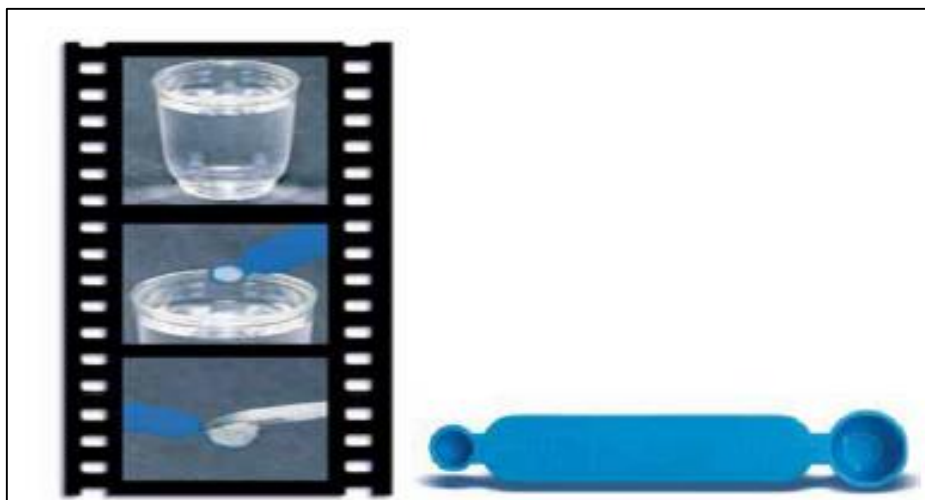


Figura 1 - Material usado na preparação do soro caseiro. Fonte: SCHARAM, 2008.

2.3.2 Planos de Tratamento para Reidratação Oral

Após uma minuciosa avaliação clínica do paciente, é estabelecido um plano de tratamento, ao qual será executado, conforme o grau de desidratação. (BRASIL, 2012). A principal medida para o tratamento é a reidratação, sendo que não dependerá de sua etiologia ou a forma de apresentação clínica, as medidas de suporte são importante para o manejo apropriado da doença. Sob as orientações da OMS, a terapia de reidratação deve ser por via oral, sempre que possível (MORAES, 2014). No quadro 4 a seguir, são apresentando os tipos de planos de tratamento para diarreia, que será indicado conforme avaliação clínica do usuário.

Quadro 4 - Planos de tratamento para desidratação. Fonte: (BRASIL, 2012).

Plano A: diarreia sem desidratação. Usuário atendido e dispensado com orientações de cuidados domiciliares levando sais de reidratação oral (SRO) para casa.
Plano B: diarreia com desidratação. O usuário fica em observação com o uso de TRO.
Plano C: diarreia com desidratação grave. Neste caso recebe hidratação via endovenosa.

2.3.2.1 Plano A – A criança com diarreia sem sinais de desidratação

Para o tratamento de usuários com diarreia sem desidratação pode ser feito na própria casa, devendo o paciente ser orientando com cuidados sobre o caráter

autolimitado da doença. Não pode suspender ou alterar a dieta de costume, no entanto, a orientação é dar ao paciente uma maior oferta líquida. No caso de existir a ocorrência de vômitos, é recomendado o fracionamento da dieta pode melhorar a aceitação. A solução de reidratação oral (SRO) é oferecida à vontade após cada evacuação, entretanto não deve ser misturada com outros líquidos como refrigerante, leite ou chá. Sendo importante lembrar que é preciso saber que SRO não substitui as refeições (BRASIL, 2012).

No quadro 5 é demonstrado a fase de manutenção de reposição em crianças.

Quadro 5 - Fase Rápida de Expansão. Fonte: (RICCETTO; ZAMBOM, 2005, adaptado).

Solução recomendada:	
Soro glicosado 5% (SG 5%)	1:1 (partes iguais)
Soro Fisiológico 0,9%	
Dose de 20 ml/kg a cada 20 minutos até reidratação completa, que se traduz por duas diurese claras. Repetir quantas vezes for necessário.	

Não podendo deixar de ressaltar que essa fase de manutenção e reposição é feita em 24 horas. E são feitos em muitos serviços de atenção básica e não precisa ter disponibilidade de concretizar esse acompanhamento, sendo indispensável à transferência desse usuário ao serviço de urgência. Entretanto o início dessa fase já pode ser feito na unidade básica (BRASIL, 2012).

2.3.2.2 Plano B – A criança com diarreia e sinais de desidratação.

Após observar que o usuário já expõe alguns sinais de desidratação, todavia sem ser muito grave, deve continuar na Unidade Básica de Saúde para alcançar a reidratação. É necessário pedir que a criança fique sem roupa para monitoração do ganho de peso. Podendo ser realizado o controle da diurese, usando saco coletor, se preciso em crianças sem controle vesical, sendo assim é preciso suspender a alimentação enquanto o paciente permanecer desidratado, com a exceção das crianças alimentadas com leite materno, que podem continuar fazendo uso deste alimento à vontade. Feito isso, deve-se iniciar a Terapia de Reidratação Oral (TRO) com SRO recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em pequenos volumes, aumentando a frequência da oferta aos poucos, em um período de quatro horas, devendo ser evitado o uso de antitérmico caso haja febre, pois esta costuma

abaixar à medida que a desidratação vai sendo reparada. O usuário deve ser avaliado constantemente, pois o Plano B termina quando desaparecem os sinais de desidratação, a partir do qual se deve adotar ou retornar ao Plano A (BRASIL, 2012).

2.3.2.3 Plano C – Criança com Diarreia e Desidratação Grave

Deve-se iniciar o Plano C quando o paciente apresentar dificuldade de ingestão de líquidos devido à hiperêmese, quadro de desidratação grave ou colapso circulatório (choque). Essa ocorrência se forma em situação crítica e o usuário poderá ser transferido o mais rapidamente possível. Os primeiros cuidados na unidade básica de saúde são importantíssimos e devem ser realizados à medida que se aguarda a chegada do Atendimento de Urgência e Emergência.

Em obediência a todos esses procedimentos Zulim (2011), reforça que após a avaliação clínica o tratamento mais indicado é a hidratação oral, através de sais de reidratação oral (SRO), que vem simplificando e contribuindo significativamente, para a diminuição da mortalidade por doenças diarreicas agudas.

Segundo Yamamoto (2004), as medidas terapêuticas consiste em tratamentos ambulatoriais dependendo do quadro da diarreia. Oferecer com mais frequência sais para reidratação oral, incentivar ao uso do aleitamento materno, maior oferta de alimentos como frutas e chás.

2.3.3 Medicamentos que são contra indicados na Diarreia Aguda

Segundo o Ministério da Saúde, os medicamentos existem alguns medicamentos que não devem ser indicados quando há indicio de diarreia aguda, tais como: Antieméticos, Metoclopramida, Clorpromazina, etc; estes podem causar manifestações extrapiramidais, depressão do sistema nervoso central e distensão abdominal. Podem também dificultar ou evitar a ingestão do soro oral. Não podem também ingerir os antiespasmódicos que são: Elixir paregórico, Atropínicos, Loperamida, Difenoxilato, etc, estes Inibem o peristaltismo intestinal, facilitando a proliferação de germes e, por conseguinte, o alongamento do quadro diarreico. Estes medicamentos podem levar à falsa impressão de melhora. Outros ainda como os Adstringentes: Caolin-pectina, Carvão ativado, etc. Têm apenas efeitos cosméticos sobre as fezes, aumentando a consistência do bolo fecal, além de expolia sódio e potássio. Os Antipiréticos como Dipirona, etc, podem produzir

sedação, prejudicando a tomada do soro oral. Quanto aos Lactobacilos, ainda não há evidência de sua eficácia, apenas onera o tratamento (BRASIL, 2007).

2.3.4 Probióticos

Os pesquisadores Moraisi; Jacob (2006), afirmam que há muito tempo, ainda no começo do século passado, sempre existiu o interesse de se aplicar os probióticos na prevenção e no tratamento da diarreia. Entretanto, dentro do contexto atual, os probióticos para esse desígnio devem ser considerados como coadjuvantes das medidas amplamente aceitas como efetivas no controle e no tratamento da diarreia e suas consequências. Sendo assim a função dos probióticos na prevenção e tratamento da diarreia pode ser analisado segundo três aspectos:

- ✓ Tratamento da diarreia aguda;
- ✓ Prevenção da diarreia;
- ✓ Prevenção da diarreia secundária ao uso de antibióticos.

Moraisi; Jacob (2006) ainda reforça que o papel dos probióticos no tratamento da diarreia aguda foi analisado em meta-análise publicada em 2001. Importante a afirmação dos mesmos no que se refere à duração da diarreia após o início da intervenção, observou-se que os pacientes tratados com probióticos apresentaram, em média, duração da diarreia 18,2 horas inferior aos controles, com exceção das crianças mais novas com infecção pelo rotavírus, esse valor foi igual a 24,8 horas, ou seja, a diarreia durou, em média, cerca de 1 dia a menos.

2.4 ETIOLOGIA DA DIARREIA

Para Vasco (2002), os agentes etiológicos bacterianas compreendem dois mecanismos: o secretório, desencadeado por enterotoxinas, e o invasivo, através da colonização e da multiplicação de bactérias nos enterócitos, induzindo lesão epitelial, e podendo evoluir com bacteremia. As principais bactérias incluem: *Escherichia coli* êntero-hemorrágica, *E. coli* êntero-agregativa, *E. coli* êntero-invasiva, *E. coli* êntero-toxigênica, *E. coli* êntero-patogênica, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridium difficile*, *Vibrio cholerae*. O autor relata os principais parasitas que são: *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia*. Vale reforçar que as diarreias agudas por vírus são as mais comuns, geralmente autolimitadas, e comprometem principalmente crianças

desmamadas e os agentes virais mais frequentes são: rotavírus, adenovírus, Norwalk, astrovírus e calicivírus.

2.5 CLASSES PRINCIPAIS DA DIARRÉIA

As causas da diarreia aguda segundo Moraes (2014) podem ser denominadas em quatro classes principais: infecciosas, bacterianas, virais, parasitárias e não comumente, conforme explica o quadro 5 a seguir:

Quadro 6 - Classificação da Diarreia. Fonte: (MORAES E CASTRO, 2014).

CLASSIFICAÇÃO	CONCEITO
Diarreias Agudas Infecciosas	Segundo da (OMS) as contaminações intestinais acompanhantes de quadros clínicos diarreicos, são a segunda causa de morte de origem infecciosa em todo o mundo. A prevalência estimada é de 3 a 5 bilhões de casos por ano. Nos países em desenvolvimento estima-se a ocorrência de quatro a 10 episódios por habitante/ano.
Diarreia aguda de etiologia viral	A Diarreia com etiologia viral é bastante frequente, com distribuição mundial, sendo epidemiologicamente a segunda doença mais frequente. Afeta as diversas faixas etárias das pessoas em qualquer período do ano, embora ocasionalmente apresente picos sazonais. Esse tipo de diarreia causa um grande número mortes. Calcula-se que o rotavírus seja responsável pela morte de aproximadamente 500 mil indivíduos/ano.
Diarreia aguda de etiologia bacteriana	Pesquisas indicam que as diarreia com etiologia bacterianas apresentam prevalência de aproximadamente 2 bilhões de casos/ano e são a segunda causa de morte em menores de cinco anos e seu quadro clínico pode cursar com diarreia sanguinolenta, acompanhada ou não com dores fortes do tipo cólica. Comumente o quadro é tem duração de três a sete dias, apesar de o agente continuar sendo suprimido por até um mês. Uma importante complicação desta infecção é o acometimento da síndrome de Guillain-Barré.

Diarreia dos Viajantes	O conceito de “diarreia dos viajantes” determina um grupo de doenças, originados da ingestão de água e alimentos contaminados por agentes infecciosos e que tem a diarreia como principal sintoma. Seu início se dá, na primeira semana de viagem. Entretanto, eles podem ocorrer em qualquer momento, e até após o retorno da viagem.
Diarreia aguda de etiologia parasitária	As diarreias do tipo parasitárias são responsáveis por muitos casos de diarreia aguda, principalmente em localidades sem saneamento básico, e diante da grande variedade epidemiológica e aos muitos e diferentes ciclos de vida dos parasitas intestinais, o principal aspecto está diante do diagnóstico.

2. 6 FATORES DE RISCO PARA A DIARREIA

Segundo Moraes (2014), apontando uma recente publicação do livro-texto Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease por o diagnóstico diferencial nos casos de diarreia aguda deve ter como enfoque cinco fatores principais: infecções, alergias alimentares, intoxicação alimentar, uso de medicações e apresentação inicial de diarreia crônica.

De acordo com Silva (2003), vários fatores estão interligados como má nutrição materna, baixo peso ao nascer, desmame precoce, exposição suscetível a múltiplas infecções, precárias condições de habitação, higiene e saneamento, distribuição da qualidade da água. Outros fatos influenciam para os elevados índices de morbidades e mortalidades tais como: baixas condições socioeconômicas, nutrição e estado imunológico desfavorável, precipitação das chuvas, o clima, a presença de animais vetores.

Wong; Walley (1999), contribuindo com o citado, informa que a diarreia pode ser infligida a uma gama de fatores e mecanismos específicos. Dentro dos fatores que predispõem uma criança a ter diarreia e suas consequências fisiológicas incluem: imunodeficiência, pouca idade; congênita ou adquirida; desnutrição; falta de água potável; as aglomerações humanas; compreensão insuficiente de higiene por parte das crianças e pais; e condições sanitárias precárias, com recursos inadequados para o preparo e a refrigeração dos alimentos.

E ainda segundo informações da Secretaria de Saúde e Defesa Civil, (2003) preconiza alguns fatores de risco para às doenças diarreicas, sendo eles relacionados aos a água insuficiente ou de má qualidade, a ausência de rede sanitária, a reparação e armazenamento inadequados dos alimentos, a má higiene pessoal e doméstica e desmame precoce.

2.6.1 Água Contaminada

Com relação à qualidade da água, Philippi Jr.; Silveira (2005) relatam baseados em variados autores, a importância da água na consolidação das civilizações, inicialmente com a preocupação de suprir as necessidades de abastecimento e irrigação se sobrepondo à preocupação com sua qualidade. Os mesmos autores ressaltam ainda que a evolução da ciência no século XIX permitiu correlacionar as determinadas doenças e seus agentes com a veiculação hídrica. Assim como os escritos Hipocráticos datados de antes de Cristo que também se referiam a essas prováveis correlações entre doenças e água.

Segundo Queiroz; Heller; Silva (2009) a quantidade e a qualidade da água são fatores importantes para o estabelecimento de benefícios à saúde relacionados à redução da incidência e prevalência de diversas doenças dentre as quais, a doença diarreica aguda.

A história epidemiológica e social, nesses casos, também ajuda na condução do diagnóstico: onde o paciente reside, condições sanitárias do local, história de viagem recente a lugares endêmicos ou não endêmicos. Além disso, é importante saber se o paciente é portador de uma doença que pode estar relacionada com o quadro ou pode interferir no manejo da diarreia (BRASIL, 2016).

As crianças de baixa idade, sobretudo aquelas que se encontram em precárias condições de vida, são as que pagam maiores tributo a esta patologia, 85% das mortes por diarreia, acontecem em crianças no 1º ano de vida. Com o advento da hidratação oral houve um decréscimo significativo da mortalidade por diarreia aguda na infância (BRASIL, 2006).

2.6.2 Ausência de Rede Sanitária, a má higiene pessoal e doméstica

Marcondes (2002) reforça a afirmativa, informando também que as doenças diarreias estão relacionadas 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, entre outros. Já o perfil cultural envolve os hábitos adquiridos pela repetição frequente de um ato, uso ou costume, valores e ideias de um dado grupo social, sendo cumulativos, pois os grupos sociais recebem os elementos culturais vindo de seus antepassados, ao mesmo tempo em que novos elementos podem ser incorporados ao seu patrimônio cultural através do contato com outros grupos.

2.6.3 Alimentação inadequada

Segundo Ferreira (2006), são vários os fatores que podem ocasionar a contaminação de uma alimentação. As condições precárias de higiene e os utensílios inadequados, a falta de equipamentos, a má higiene dos manipuladores.

De acordo com Brasil (2016), os principais sinais e sintomas de surtos de doença transmitida por alimentos, são: Diarreia, dor abdominal, vômitos, náuseas, cefaleia, febre entre outros.

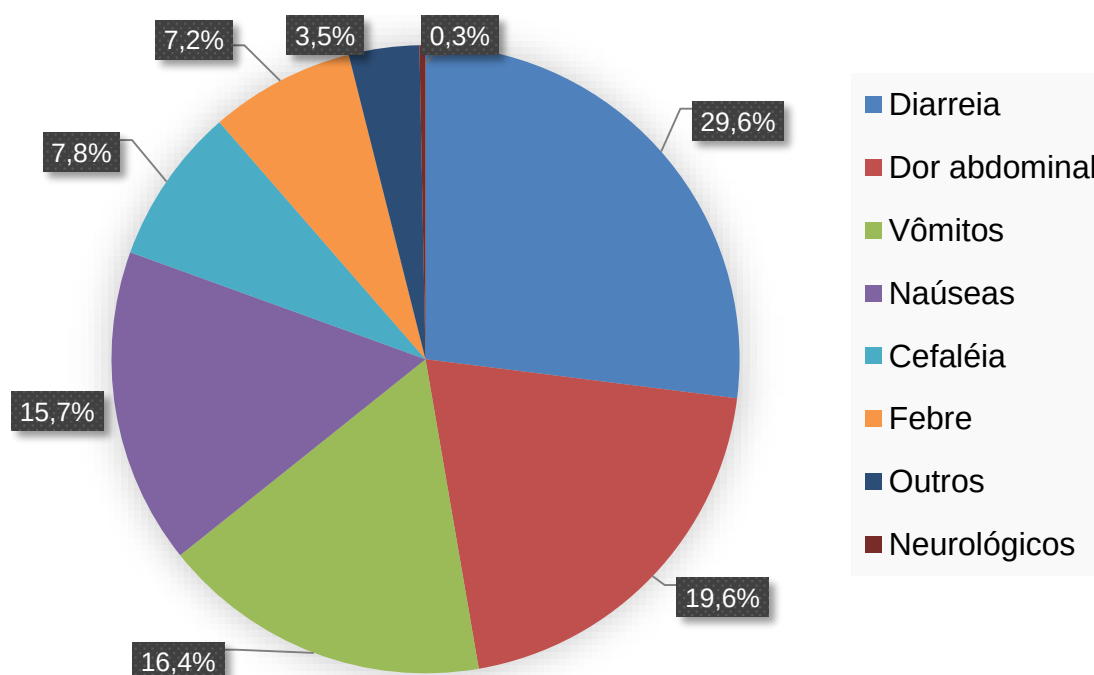


Gráfico 1 - Principais sinais e sintomas de surtos de doença transmitida por alimentos. Fonte: (BRASIL, 2016).

2.6.4 Crianças não Amamentadas com Leite Exclusivo

A alimentação exclusiva com leite materno é, reconhecidamente, a melhor forma de proteger o recém-nascido das enfermidades infecciosas, parte dessa proteção, provavelmente, se deve à influência que o leite materno tem sobre a

composição da microbiota intestinal do recém-nascido, protegendo a criança de várias infecções como a diarreia, reduzindo assim, a mortalidade infantil (NOVAK, 2001).

Vieira; Silva, Vieira (2003) numa revisão de 35 estudos publicados em 14 países, que investigaram a associação entre o tipo de alimentação infantil e morbidade por diarreia, foi relatada a proteção do aleitamento materno exclusivo na diarreia em 83% deles. As crianças não amamentadas apresentavam maior risco de diarreia do que aquelas parcialmente amamentadas, e estas parcialmente amamentadas tiveram maior risco de desenvolver diarreia do que as amamentados.

O Ministério da Saúde adverte que, considerando a importância das causas alimentares nas diarreias das crianças pequenas, é fundamental o incentivo a prorrogação do tempo de aleitamento materno, comprovadamente uma prática que confere elevada proteção a esse grupo populacional (BRASIL, 2007).

2.6.5 Outros Fatores para a Diarreia

Segundo Morães (2014), no contexto das gastroenterites infecciosas, determinados comportamentos e/ou circunstâncias às quais os pacientes se expõem, bem como algumas morbidades que apresentam, são considerados fatores de risco para a doença. São eles: viagem recente (especialmente para países em desenvolvimento — áreas tropicais); alimentos ou circunstâncias alimentares incomuns (frutos do mar, especialmente crus; refeições em restaurantes ou lanchonetes); homossexualidade, atividade sexual remunerada, uso de drogas intravenosas (pessoas em risco de infecção por HIV e de desenvolvimento de SIDA); uso recente de antibióticos.

Gastroenterite é um termo genérico para vários estados patológicos do trato gastrointestinal, cuja principal manifestação é a diarreia, podendo ou não estar associada a náuseas, vômitos e dor abdominal (LIMA, 2010). Mundialmente, a síndrome diarreica é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade na infância, havendo variação de prevalência e etiologia conforme os locais estudados (LINHARES, 2009).

Nesse sentido as gastroenterites apresentam grande gama de etiologias possíveis conforme apresenta o quadro 7 apresentando o veículo transmissor da diarreia aguda e o agente etiológico.

Quadro 7 - Veículo X Agente Etiológico da Diarreia. Fonte: (MORAES, 2014).

Veículo	Patógeno clássico
Água	<i>Vibrio cholerae</i> , agente Norwalk, <i>Giardia</i> sp. e <i>Cryptosporidium</i> sp.
Alimentos	
Aves domésticas	Salmonela, campylobacter e shigella sp
Carne bovina	E. coli enterro-hemorrágica, Taenia Saginata
Carne suína	Tênia
Frutos do mar	<i>Vibrio cholerae</i> , <i>Vibrio parahaemolyticus</i> e <i>Vibrio vulnificus</i> ; Salmonela sp.; tênia e anisakiase.
Queijo	Listeria sp.
Ovos	Salmonela sp.
Alimentos contendo maionese	Intoxicação alimentares por <i>Staphylococcus</i> e <i>Clostridium</i> ; <i>Salmonella</i>
Tortas	Salmonella, <i>Compylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> e <i>Giardia</i> sp.
Zoonoses (animais de estimação e gado)	Maioria das bactérias, vírus e parasitas entéricos.
Interpessoal (incluindo contato sexual)	
Creches	<i>Shigella</i> , <i>Compylobacter</i> , <i>Cryptosporidium</i> e <i>Giardia</i> sp.; vírus, <i>Clostridium difficile</i>
Hospital, antibióticos ou quimioterapia	<i>Clostridium difficile</i>
Piscina	<i>Giardia</i> e <i>Cryptosporidium</i> sp.
Viagem internacional	<i>E. coli</i> de vários tipos; <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Compylobacter</i> , <i>Giardia</i> e <i>Cryptosporidium</i> sp.

2.7 MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARREICAS AGUDAS (MDDA)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o monitoramento das doenças diarreicas agudas (DDAs), causadas por diversos agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos) síndromes cujas, as características principais é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Os sintomas como a presença de muco e sangue nas fezes e ocorrência de náuseas, dor abdominal, vômitos. Normalmente, os episódios duram de 2 a 14 dias e variam quanto à intensidade dos sintomas apresentados.

Com a criação da vigilância epidemiológica para a detecção de casos individuais de DDA preconizada pelo Ministério da Saúde criada em 1994, um sistema que atenda somente os casos atendidos em algumas unidades de saúde representativas para o atendimento de DDA, no município. A partir dessas unidades de saúde sentinelas são definidas as secretarias de vigilância epidemiológica municipais de saúde (BRASIL, 2016).

A Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas é realizada pela vigilância, que consiste no registro de alguns dados mínimos dos doentes (residência, idade, plano de tratamento) em unidades de saúde. A comunicação de ocorrência de casos individuais, agregados aos casos de surtos, suspeitos ou confirmados, que deve ser comunicado às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão para a notificação compulsória. Além disso, alguns eventos ambientais em caso de doença ou morte de determinados animais também se tornaram fonte de notificação obrigatória. Não é uma doença de notificação compulsória, em virtude de sua elevada frequência, porém é de suma importância sua notificação (BRASIL, 2008).

O objetivo desse sistema é monitorar a incidência das doenças diarreicas, com a finalidade de detectar precocemente surtos da doença; investigar suas causas; planejar e executar atividades contínuas de educação em saúde com o desígnio de diminuir sua incidência e letalidade. A operacionalização deste Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (Sivep-DDA) teve início em 2002, com o objetivo de dotar o nível local de instrumentos ágeis e simplificados que permitam detectar alterações no comportamento das doenças diarreicas, visando indicar medidas de prevenção e controle, avaliar o impacto das ações desenvolvidas (BRASIL, 2015).

O fluxo das informações para a MDDA deve funcionar da seguinte forma:

✓ Um responsável técnico da unidade de saúde revisa os prontuários e outros formulários de atendimento e preenche o impresso relativo à ficha de notificação de surto do Sinan; a consolidação dos dados é feita ao final de cada semana epidemiológica e, encaminhado devidamente para a vigilância epidemiológica do município, a elaboração dos gráficos é feita de acordo com análise dos dados, o qual deverá ficar exposto em local visível;

✓ A consolidação dos dados é enviada semanalmente ao município o responsável pelo preenchimento da MDDA, colocando-os no Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (Sivep-DDA). A integração efetiva da Vigilância epidemiológica com a Atenção Básica (Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde), Vigilância Ambiental, e também aos Laboratórios de Saúde Pública e Mobilização Social e Área de Educação em Saúde, Vigilância Sanitária, os resultados esperados ajuda nas ações de forma a produzir uma grande eficácia nas atividades desenvolvidas (BRASIL, 2016).

Uma intervenção imediata dos profissionais de saúde, na sua sub-notificação ajuda a minimizar os casos de DDAs na unidade de saúde, a capacitação dos ACS a identificar casos de doenças diarreicas agudas, a notificar e monitorar os casos encontrados. Com isto, terá sua parcela de contribuição para que estes dados sejam cada vez mais reais. O alto índice de casos em localidades de surtos a dificuldade em vigiar as doenças diarreicas decorre, da aceitação da população leiga fundamentalmente a obrigatoriedade da notificação de surtos e a seriedade da maioria dos técnicos de que o problema de diarreia é “normal” no Brasil (BRASIL, 2008).

2.8 CUIDADOS PREVENTIVOS NO COMBATE À DIARREIA AGUDA

É extrema relevância manter os cuidados preventivos para diminuir ou combater à doença diarreica. Algumas medidas de prevenção segundo os Schmit et al. (2000) e Brasil (2007) estão apresentadas no quadro 8.

Quadro 8 - Medidas de Prevenção no Combate a Diarreia. Fonte: Schimit et al., (2000) e BRASIL (2007).

✓ Incentivar as mães a manter o aleitamento materno, pois

aumenta a resistência das crianças contra as diarreias, evitando assim o desmame precoce;

- ✓ Administrar a vacina contra rotavírus (VORH) em crianças menores de seis meses;

- ✓ Avaliar as condições socioeconômicas e higienização das crianças;

- ✓ Colaborar em programas educativos de elementos envolvidos com assistência de saúde à comunidade;

- ✓ Orientar e supervisionar a aplicação de medidas sobre saneamento

- ✓ Básico e abastecimento de água;

- ✓ Conhecer crenças, tabus e hábitos vigentes na população na qual o enfermeiro presta assistência e orienta conforme as necessidades da população;

- ✓ Conhecer, orientar e combater as fontes de contágio e impedir a transmissão de agentes patogênicos; orientar e acompanhar a mãe nos cuidados gerais à criança;

- ✓ Participar na divulgação dos problemas causados pela diarreia e como tratá-la;

- ✓ Orientar a mãe a procurar imediatamente o serviço de saúde para tratamento da diarreia;

- ✓ Lavar sempre as mãos antes e depois de utilizar o banheiro, trocar fraldas; manipular/preparar os alimentos, amamentar, manusear materiais/objetos sujos, tocar em animais;

- ✓ Lavar e desinfetar as superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos;

- ✓ Proteger os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guarde os alimentos em recipientes fechados);

- ✓ Tratar a água para beber (por fervura ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, deixar repousar por 30 minutos antes de usar); guardar a água tratada em vasilhas limpas e de boca estreita para evitar a recontaminação;

- ✓ Não utilizar água de riachos, rios, cacimbas ou poços contaminados;
- ✓ Ensacar e manter a tampa do lixo sempre fechada; quando não houver;
- ✓ Coleta de lixo este deve ser enterrado;
- ✓ Usar sempre a privada, mas se isso não for possível, enterrar as fezes sempre longe dos cursos de água;
- ✓ Ter cuidado para não contaminar as fontes de água com fezes e lixo

De acordo com Pereira; Cabral (2008) dizem a partir que a população adquire conhecimentos suficientes para o cuidado das crianças, seja por crenças, costumes e práticas de cuidados com as crianças, principalmente com a alimentação e com a doença, não é presumível seguir uma regra universal para a assistência. Nesse caso, segundo o autor, é de extrema importância considerar que o aumento do padrão da assistência à saúde depende bastante do profissional enfermeiro atuar diretamente na sua comunidade que lhe é assistida, sendo necessário conhecer seus valores culturais, tomando ciência e abrangendo melhor o meio de vida da comunidade, para que possa desenvolver opções culturalmente aceitáveis pelas mães e/ou cuidadoras.

Vale ressaltar nas palavras de Schmitz *et al.* (2000) que o profissional enfermeiro deve agir em conjugado com uma equipe multidisciplinar no intuito de desenvolver uma série de ações visando à precaução e os cuidados inerentes ao tratamento da diarreia na comunidade. Portanto, é grande que haja necessidade de que a comunidade possa estar envolvida, não apenas como uma mira de informação, mas que estas pessoas possam ser promotoras multiplicadoras de buscar alternativas por um eficaz trabalho preventivo, através do conhecimento de seus valores culturais, em especial aqueles alistados à saúde da criança.

Ainda no contexto de contribuição para as medidas preventivas, Moraes; Jacob (2006) informa que nas últimas décadas, no Brasil e em outras regiões do mundo, vem incidindo a redução na mortalidade infantil em menores de 5 anos por diarreia infecciosa, aguda e persistente, desnutrição desidratação. E este fato é atribuído à maior distribuição de água tratada, a maior duração do aleitamento

materno, ao uso mais difundido da terapia de reidratação oral com o soro, ao melhor noção e disponibilidade de fórmulas especiais para a terapia alimentar de lactentes desnutridos com diarreia grave, dentre tantos outros fatores.

2.9 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO COMBATE A DIARREIA AGUDA

De acordo com (BRASIL, 2016), o enfermeiro tem extrema importância nas práticas de cuidados com o combate à diarreia aguda, no que cerne também ao tratamento, suas condutas são as mais variadas possíveis tais como:

- ✓ Realizar consulta de enfermagem, solicitando os exames complementares para que possa prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor às disposições legais da profissão dentro do seu município.
- ✓ O enfermeiro deve ter planejamento, gerenciamento, e saber coordenar e avaliar as ações que são desenvolvidas pelos AIS e auxiliares/técnicos de enfermagem, bem como de toda a sua equipe.
- ✓ Realizar uma assistência de enfermagem domiciliar, sempre quando for necessária.
- ✓ Orientar os técnicos de enfermagem e AIS para o acompanhamento dos episódios de pacientes que estão em tratamento.
- ✓ Acompanhar o progresso dos casos em tratamento.
- ✓ Cooperar e sempre participar das atividades de educação em saúde permanente com todos da equipe de saúde quanto à prevenção e o manejo do tratamento e ações de vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas.
- ✓ De suma importância fazer a consolidação dados dos Impressos I e II, ao final de cada semana epidemiológica, e então encaminhá-lo uma cópia ao setor de vigilância epidemiológica do município, para que se possa elaborar um gráfico que correspondente uma análise, o qual deverá ficar divulgado em local visível na unidade de saúde para que todos da equipe tenham conhecimento do perfil epidemiológico dos casos de diarreia aguda.

Nessas alternativas, vale ressaltar ainda que a atuação do enfermeiro, ao se tratar da saúde indígena, não regula esforços para promover os cuidados relacionados à temática sobre diarreia aguda juntamente a população indígena, pois enfrentam as barreiras étnicas, a linguísticas, as culturais, as geográficas e de comunicação, que muitas vezes se constituem, como desafios para fornecer os cuidados. No entanto além de todas essas dificuldades, o enfermeiro sempre tenta

estar atuante para conseguir atender as particularidades de cada indígena (MARINELI, 2012).

Quadro 9 - Causas de diarreia aguda. Fonte: (MORÃES, 2014)

Diagnostico diferencial da diarreia aguda	Infecções que causam diarreia	Medicamentos e toxinas associados a diarreia
Infecção Bactérias Parasitas Protozoários Víroses	Bactérias <i>Aeromonas</i> spp. <i>Campylobacter</i> spp. <i>Clostridium difficile</i> <i>Escherichia coli</i> (êntero-hemorrágica, enterotoxigênica, êntero-invasiva) <i>Plesiomonas</i> sp. <i>Salmonella</i> spp. <i>Shigella</i> spp.	Redutores da secreção ácida (p. ex.: antagonistas H2, IBPs).
Alergia alimentar	Virais Adenovírus Norovírus Rotavírus	Antiácido
Intoxicação alimentar	Parasitas ou protozoários Criptosporidia Cyclospora Entamoeba histolytica Giardia lamblia Microsporidia	Antibióticos
Medicamentos		Anti-inflamatório (ANEs)
Quadro inicial de diarreia crônica		Anti-hipertensivos
		Antineoplásicos
		Antirretrovirais
		Colchicina
		Metais pesados
		Análogos da prostaglandina (p. ex.; misoprostol).
		Suplementos vitamínicos e minerais.

2.10 A POPULAÇÃO INDÍGENA NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

No Brasil há pouco mais de duas centenas de etnias indígenas, que se encontram distribuídas por praticamente todos os estados do país. São povos culturalmente diferenciados em relação à sociedade nacional envolvente e também entre si, como cosmologias, línguas, formas de subsistência, organização social e sistemas políticos próprios. Em contraste com essa notável sócio diversidade, os indígenas no Brasil constituem menos de 1% do contingente populacional total do país, mas se encontram em franco crescimento demográfico na maioria dos estados (CERQUERIA; SILVA; BOPALTO 2012).

A água é um dos mais importantes veículos para a manutenção da vida provavelmente, o único recurso natural que tem a ver com todos os aspectos da civilização humana, desde o desenvolvimento agrícola e industrial aos valores culturais e religiosos arraigados na sociedade. Percebe-se que a população indígena faz uso de cursos de águas, dos rios e igarapés para higiene pessoal, lavagem de utensílios domésticos e roupas que estabelecem condições propícias à propagação de enterro parasitoses e outros patógenos. É importante que a água utilizada para o consumo humano seja de boa qualidade, livre de quaisquer agentes que possa contribuir para o surgimento ou agravamento de doenças (CERQUERIA; SILVA; BOPALTO, 2012).

As doenças diarreicas ligadas à falta de sistemas de esgotamento sanitários adequados atrelados à falta de água potável atingem principalmente as crianças resultando em altos índices de morbimortalidade. A contaminação da água, solo e alimentos pelos ovos e cistos destes parasitos tornam fácil sua disseminação e de suas patologias, haja vista, que muitas vezes a ausência de conhecimento das condições sanitárias, bem como a inexistência de uma infraestrutura de destino adequado dos dejetos e acesso à água de boa qualidade é frequente, principalmente nas aldeias indígenas que utilizam rios e igarapés para higiene pessoal e principalmente para o consumo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo quantitativa. O estudo descritivo objetiva, observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos de variáveis sem nenhum tipo de manipulação. Descreve precisamente a frequência da ocorrência do fenômeno, sua relação e ligação com outros, bem como sua natureza e característica da ocorrência podendo envolver tanto indivíduos isoladamente quanto em grupos (CERVO, BEVIAN, 1996).

Para Polit Beck Ehungler (2004), estudo quantitativo permite a coleta sistemática de informações numéricas, mediante condições controladas, analisando as informações coletadas através de estudos estatísticos. Estes afirmam que nesse estudo, o pesquisador se baseia por parâmetros mensuráveis, mostra em números as opiniões e informações referentes ao problema para serem classificadas e analisadas, buscando estabelecer a relação entre sua causa e efeito entre as variáveis.

A pesquisa descritiva segundo Gil (2002) tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de variáveis. O autor ainda ressalta que as pesquisas descritivas juntamente com as exploratórias são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Foi utilizada também a pesquisa de campo para responder os objetivos propostos e verificar o que acontece realmente na prática. De acordo com Leopardi (2002, p.130), pesquisa de campo:

“são aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real”.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Rio Tapajós, está sediado no município de Itaituba e abrange o município de Jacareacanga (ambos no Estado do Pará), onde está situada a coordenação técnica. Esta pesquisa coloca em foco a etnia Munduruku, povo de tradição

guerreira que dominavam culturalmente a região do vale do tapajós. No séc. XIX eram conhecidos como povo Mundurukânia. Esse povo indígena é pertencente à família linguística Munduruku, do tronco Tupi. Eles estão situados em regiões e territórios diferentes, no **Estado do Pará** (Sudoeste, calha e afluentes do Rio Tapajós, nos Municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga). **No Amazonas** (Leste, Rio Canumã, Município de Nova Olinda; e próximo à transamazônica, município de Borba). Mato Grosso (Norte, região do Rio dos Peixes, Município de Juara). Os primeiros contatos com os Mundurukus foram por volta do séc. XVIII, os mesmos dominavam bélica e culturalmente o vale do tapajós desde o final do séc. XVIII. Hoje lutam apenas para garantir a integridade de seu território ameaçado pelos garimpos de ouro e pedras preciosas e construção de hidrelétricas.

O DSEI Rio Tapajós foi criado em 1999, com extensão territorial de 2.506.612. Possui população de 11.351 indígenas, distribuídas em onze (11) Pólo Base, sendo que nove (09) se encontram nas extensões do município de Jacareacanga e um (01) Pólo Base em Novo Progresso, e um (01) em Itaituba, no total prestam atendimento a 06 etnias: munduruku, kayaby, apiaká, kaiapó, tembé e ava canoeiro, no total de 139 aldeias com 2.447 famílias. Existem também três Casas de Saúde do Índio, com objetivo de apoiar nos tratamentos dos pacientes. Os meios de transporte utilizados são o aéreo, o fluvial e terrestre.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foram as crianças de 0 a 5 anos de 9 aldeias pertencentes Polo Base de Itaituba, os pais e familiares que cuida diretamente as crianças.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados dessa pesquisa foram coletados através de um apêndice com 10 perguntas nos períodos de 2016 e 2017, nas aldeias: Sawre Muybu, Sawre jaybu, Sawre Apompu, Daje kapap, Watpu, Karo Muybu, Praia do Índio, Praia do Mangue e Laranjal. Para coleta de dados foram respeitados os seguintes passos: Inicialmente o projeto de pesquisa foi enviado para Secretaria de Atenção Especial da Saúde Indígena e após o conhecimento do mesmo e assinatura da carta de autorização pela Coordenação, e após a aprovação deste, foi dado início à coleta de dados. Os

sujeitos só participaram da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (TCLE).

A entrevista utilizada para coleta de dados foi orientada por um instrumento elaborado previamente pelo autor (Apêndice B). O mesmo contou com 10(Dez) questões fechadas acerca doenças diarreicas agudas em crianças menores que cinco anos de idade. Visando alcançar os objetivos propostos foram investigadas as seguintes variáveis com relação aos sujeitos das pesquisas frente aos casos de diarreia aguda.

SUJEITOS DA PESQUISA	VARIAVEIS
Caracterização	➤ Faixa etária da idade
Atitudes relacionadas	➤ Quadro patológico da diarreia ➤ Prevenção ➤ Ações educativas do enfermeiro ➤ Tratamento
Situação saneamento básico das aldeias	➤ Água utilizada ➤ Dejetos gerados ➤ Destino do lixo

Variáveis são características controladas ou manipuladas em uma pesquisa, podendo diferir em muitos aspectos, principalmente no papel que a elas é dado e na forma como podem ser medidas (HELSEL e HIRSCH, 1992 apud CHAVES 2004).

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram transferidos para uma planilha de aplicativo da Microsoft Excel, analisados mediante a estatística descritiva para posteriormente serem transformados em quadro, gráfico e tabelas, no qual foi possível analisar o resultado de frequência absoluta (números de dados) e frequência relativa (porcentagem).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e diante do exposto ficou claro o objetivo do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para a pesquisa, e as informações, não trará nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado somente com a pesquisadora. Nessa pesquisa todos os participantes leram o termo de consentimento e livre esclarecimento e assinaram levando consigo uma cópia.

Quanto à identidade das participantes, foram resguardado o anonimato das entrevistas. Seus nomes ou as informações que indiquem as suas participações não foram nem serão liberados sem permissão. Sendo garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O universo estudado nesta pesquisa foi o de todas as crianças com idade entre 0 meses a 4 anos e 11 meses e 29 dias de nascidas, sadias ou que apresentaram quadro de diarreia aguda. O estudo foi feito em 09 aldeias distribuídas por toda a área indígena do Polo Base do município de Itaituba-Pa. Num primeiro momento foi discutido segundo a variável: caracterização da criança e as sub variáveis: faixa etária da idade da criança e crianças doentes segundo a aldeia pertencente.

O quadro1, demonstra a primeira variável: caracterização da faixa etária de idade das crianças. A coleta de dados foi feita mediante 88 entrevistas domiciliares com a mãe, ou com o responsável pela criança.

Quadro 10 - Nº absoluto de crianças pesquisadas por aldeia no Polo Base Itaituba. **Fonte:** Dados do autor

ALDEIA	Criança Menores de 1 ano	Criança de 1 a 2 anos	Criança de 2 a 3 anos	Criança de 3 a 4 anos	Criança de 4 a 5 anos	TOTAL
Daje Kapap	05	03	04	00	03	15
Laranjal	03	04	05	04	03	19
Praia do Mangue	04	08	02	03	11	28
Praia do Índio	02	09	05	03	10	29
Watpu	01	01	0	02	05	09
Sawre Jaybu	01	03	03	02	06	15
Karo Muybu	01	00	02	00	00	03
Sawre Apompu	00	01	00	00	01	02
Sawre Muybu	07	05	06	05	12	35
TOTAL	24	34	27	19	51	155

O universo total das crianças estudadas são em número absoluto de 155, e estão demonstradas no quadro 1, de acordo com a faixa etária e aldeia pertencente.

São 09 aldeias pertencentes ao Polo Base de Itaituba. Observa-se que há um número maior de crianças na Aldeia Sawre Muybu com 35 crianças, e que essa aldeia tem o maior número de crianças na faixa etária de 4 a 5 anos em comparação com todas as outras. No segundo lugar da amostra com 29 crianças está a aldeia

praia do Índio, no terceiro lugar da amostra com 28 crianças encontra-se a aldeia praia do mangue.

Considerando todas as crianças estudadas (n=155), constatou-se pela análise de dados (n =64), crianças apresentaram um quadro de diarreia aguda no ano de 2016, perfazendo um total de 41% de crianças acometidas pela patologia. O gráfico 2 apresenta o comparativo da distribuição das crianças sadias e doentes por aldeias.

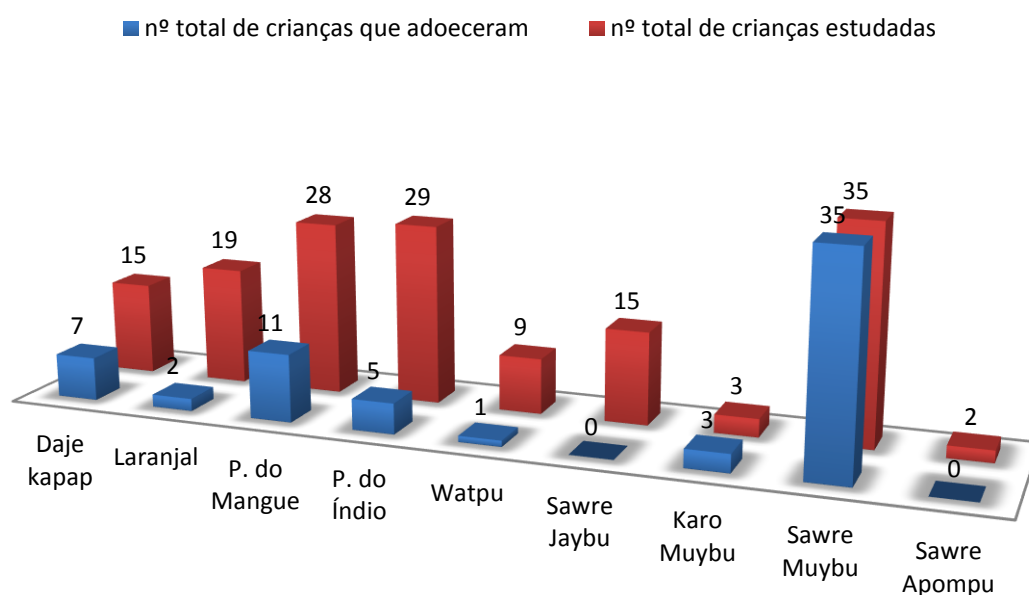


Gráfico 2 - Distribuição de Casos de diarreia aguda nas crianças estudadas e crianças que apresentaram diarreia aguda, por aldeia. Ano: 2016.. **Fonte:** Planilha de Monitoramento da DDAs da SESAI

A diarreia é responsável por altos índices de atendimento médico, absenteísmo em escolas e trabalhos, e ainda expressiva causa de morbimortalidade no mundo e no país (no mundo, mais de quatro milhões de crianças menores de cinco anos, principalmente, em países em desenvolvimento, vão a óbito devido à diarreia infantil aguda). No Brasil ocorrem mais de 600 mil internações/ano e oito mil óbitos por diarreia (BRASIL, 2008).

Nesse aspecto na concepção de Heller (1997), a doença diarreia se constitui por meio de sintoma com diversas etiologias, onde cada qual com seus respectivos fatores de risco. Segundo Teixeira (2003), essa doença atinge mais facilmente crianças com menos de 5 anos de idade, sendo a mortalidade mais comum naquelas menores de 2 anos, e, podendo gerar duas importantes complicações: a desidratação e o impacto negativo no estado nutricional da criança.

Os dados compilados na segunda variável: crianças doentes segundo a aldeia pertencente mostram um comparativo entre as crianças que não adoeceram e as que adoeceram em todas as aldeias, no entanto foram discutidos somente as três que mais registraram maiores índices.

Observando a amostra do gráfico 2, percebe-se uma concentração de DDAs maiores em três aldeias: Sawre Muybu, Praia do Índio e Praia do Mangue. Na aldeia Sawre Muybu com 35 casos de crianças saudáveis, e na mesma proporção, estas 35 crianças estiveram doentes, ou seja, 100% das crianças da aldeia Sawre Muybu adoeceram, já a aldeia praia do mangue, tem 39 crianças, destas 11 adoeceram, perfazendo 39% de crianças doentes, em terceiro lugar está a praia do índio com 29 crianças, destas 05 adoeceram, registrando um índice 17% de crianças doentes. Vale ressaltar que as Aldeias Sawre Jaybu e Sawre Apompu não registraram casos de DDAs.

De acordo com os dados da planilha do Monitoramento do Polo Base no ano de 2016, todas as crianças da Aldeia Sawre Muybu adoeceram de DDAs, por conta de um surto da contaminação da água proveniente da região garimpeira (DSEI TAPAJÓS, 2016).

A população indígena também está inserida nas políticas públicas do Sistema Único de Saúde, portanto, o município deve oferecer subsídios para o planejamento do atendimento à demanda de doenças diarreicas, seja nas unidades de saúde (material de consumo, fichas, mapas, sais hidratantes – TRO, medicamentos, RH, estabelecimento de serviço de referências, etc.), seja na CASAIS, ou seja na atenção primária e secundária, e ter como apoio a estratégia da Saúde da Família (ESF). E este deve estar integrado ao programa da Saúde da Criança (BRASIL, 2009).

Para tanto, é necessária uma organização mínima da equipe de saúde da família juntamente com todas as unidades de saúde do município para que o programa opere continuamente e permita detecção de agravos de forma oportuna e eficaz, contribuindo na prevenção de surtos e epidemias (BRASIL, 2006).

Num segundo momento foi discutido segundo a variável: Atitudes relacionadas das mães ou responsável das crianças frente as DDAs, com suas respectivas sub-variáveis: quanto ao aleitamento materno exclusivo, à duração dos

sintomas, condutas frente aos episódios, tipo de consistência das fezes, plano de tratamento e orientações recebidas do enfermeiro frente à prevenção da DDAs.

Nesse contexto, a primeira discussão gravitou em torno da variável: atitudes relacionadas das mães ou responsável quanto ao aleitamento materno. Sendo este “o alimento mais completo que existe para o bebê até o sexto mês de vida” (BRASIL, 2009). Gráfico 4.

Tabela 1 - Relato dos responsáveis sobre a alimentação até o 6º mês de vida. **Fonte:** Elaborado a partir dos dados coletados pelo pesquisador.

SUB VARIÁVEIS	Frequência	%
Só mamou leite materno	29	45%
Mamou leite materno, leite artificial, água e chás	35	55%
Não tomou leite materno	0	-
TOTAL	64	100%

Do universo de 64 crianças doentes, foi afirmado pelos participantes que: 45 % das nutrizes utilizam o aleitamento exclusivo, no entanto 55% informam que além do leite materno, acrescenta leite artificial, dá água e chá.

Pode-se afirmar com segurança que o leite materno é “o alimento mais completo que existe para o bebê até o sexto mês”. Assim, não a necessidade de complementar precocemente alimentação do bebê. O leite materno oferece proteção ao bebê da maioria das doenças, por ser prático, está sempre pronto, a qualquer hora ou lugar, imprime afeto e cuidado, fortalecendo os laços entre a mãe e o bebê (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que além do tempo de amamentar, há o contexto por outras alimentações junto ao leite materno, e este ocorre principalmente quando este se alimenta de água, chás e sucos de frutas, e a introdução de outros alimentos que substitui o leite, afeta a produção do leite, e uma vez que, quando o bebê sugar menos o seio a fabricação do leite se faz menos eficiente, pois é de conhecimento que o leite somente é produzido e excretado quando há estímulos externos, como sucção, visão, cheiro ou choro por parte da criança (BRASIL, 2011).

Reportando-nos agora à duração e frequência da diarreia aguda nas crianças estudadas, verificamos que 95% dos casos tiveram duração menor que 14 dias dos sintomas e apenas 5% dos casos tiveram duração maior ou igual há 14 dias dos sintomas, conforme apresenta os dados na tabela 2.

Tabela 2 - Relato dos responsáveis das crianças relacionada à duração dos sintomas da DDAs.
Fonte: Dados do Autor

SUB VARIÁVEIS	N	%
Duração menor que 14 dias	61	95%
Duração maior ou igual há 14 dias	03	5%
Duração de mais de 30 dias;	0	-
TOTAL	64	100%

Pela constatação da análise de dados (n =64), crianças apresentaram um quadro de diarreia aguda, porém, (n =61) 95% destes casos tiveram duração dos sintomas menor que 14 dias e (n =03) 5% dos casos com duração maior ou igual há 14 dias, segundo as narrativas dos participantes responsáveis por elas.

Nesse aspecto na percepção de Schechter e Marangoni (1998), sabe-se que crianças que residem em países em desenvolvimento têm, em média, de 50 a 60 dias de diarreia por ano. O que corresponde aproximadamente 10% desses episódios que são complicados com a presença de desidratação, decorrente das doenças diarreicas, que representa uma das mais importantes causas da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Para o Ministério da Saúde, acima de 3 evacuações diarreicas /dia pode ser considerado diarreia, que podem se estender por um período longo, em alguns casos se estendendo por mais de mês, porem deve-se levar em consideração o hábito intestinal de cada pessoa. É importante que seja avaliado a quantidade de líquidos perdidos (BRASIL, 2003).

Houve um questionamento para as mães ou responsável das crianças, qual atitude é tomada por eles, quando é identificado uma criança com sintomas de diarreia aguda, e as condutas estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 - Conduta dos responsáveis das crianças frente ao episódio das DDAs. **Fonte:** Dados do Autor

SUB VARIÁVEIS	N	%
Fiquei em casa e faço uso de chás caseiros com ervas de meu conhecimento e soro oral oferecido pelo enfermeiro da CASAI	44	69%
Levei à CASAI para diagnóstico e Tratamento ;	16	25%
Levei ao Hospital Municipal de Itaituba	04	6%
TOTAL	64	100%

Pela estatística apresentada na tabela 3, observa-se que (n =44) 69% das crianças ficaram em casa aos cuidados dos pais e responsáveis, (n =16) 25% foram levadas à casai para um melhor diagnóstico e tratamento e (n =04) 6% foram levadas ao Hospital Municipal de Itaituba para tratamento.

De acordo com Heller (1997), a doença diarreia tem sua consistência por meio de sintoma com diversas etiologias, onde cada qual com seus respectivos fatores de risco.

Tabela 4 - Informação dos responsáveis das crianças sobre o tipo de DDAs. **Fonte:** Dados do Autor

SUB VARIÁVEIS	N	%
Diarreia Liquida	64	100%
Diarreia Sanguinolenta	0	-
Diarreia Purulenta	0	-
TOTAL	64	100%

Com relação ao tipo de diarreia, todas as crianças acometidas de DDAs tiveram diarreia liquida, não sendo assinalado nenhum relato para diarreia sanguinolenta ou purulenta.

A principal medida designada para o tratamento é a reidratação, mas essa dependerá de sua etiologia ou a forma de apresentação clínica, as medidas de suporte são importante para o manejo apropriado da doença. Sob as orientações da OMS, a terapia de reidratação deve ser por via oral, sempre que possível (MORAES, 2014).

Os resultados foram estruturados nas discussões que se segue na tabela 5 e gráfico 2.

Tabela 5 - Atitude dos responsáveis das crianças frente ao plano de tratamento traçado pelo enfermeiro. **Fonte:** Dados do Autor

SUB VARIÁVEIS	N	%
Me deu soro oral e pediu para da em casa;	44	79%
Deixou eu internado na CASAI tomando soro oral	8	14%
Me encaminhou para o hospital para tomar soro na veia	04	3%
TOTAL	64	100%

De acordo com os relatos dos participantes (n =44) das crianças fizeram o tratamento por ordem do enfermeiro com soro oral em suas próprias casas, (n =08) ou seja, 14% da amostra ficaram internado na CASAI para tomar soro oral e ser monitorada pelo enfermeiro, e apenas (n =04) 3% tiveram quadro mais complicado, sendo preciso internação hospitalar.

O próximo gráfico mostra a distribuição das crianças por aldeia, e a visualização mais detalhada do tipo do plano de tratamento indicado pelo enfermeiro.

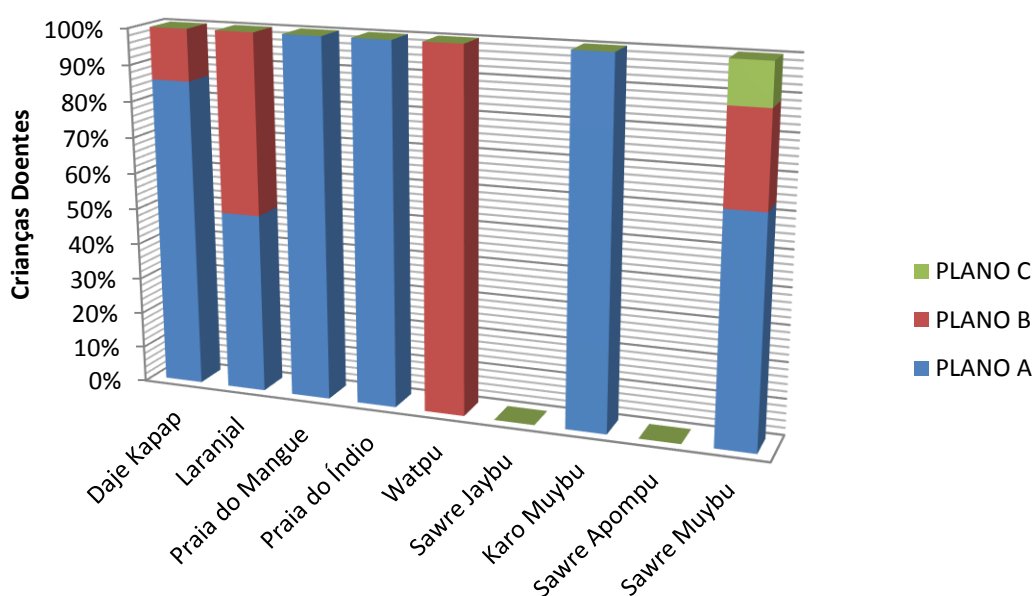


Gráfico 3 - Distribuição dos casos de diarreia aguda por aldeia, segundo o plano de Tratamento.

Fonte: Planilha de Monitoramento da DDAs da SESAI

Estatisticamente as amostras ficaram assim dispostas com relação ao tipo de tratamento indica pelo enfermeiro: aldeia Daje Kapap - Plano A 86% e Plano B 14%; aldeia Laranjal - Plano A 86% e Plano B 14%; aldeia Praia do Mangue - Plano A 100%; aldeia Praia do Índio - Plano A 100%; aldeia Watpu - Plano B 100%; aldeia Karo Muybu - Plano A 100% e aldeia Sawre Muybu - Plano A 63%, Plano B 26% e Plano C 11%. As aldeias Sawre Jaybu e Sawre Apompu não tiveram casos notificados no sistema de monitoramento da DDAs no polo base Itaituba.

Vale ressaltar que os dados estatísticos são do universo de crianças que adoeceram em cada aldeia.

O papel que o enfermeiro tem diante de plano de tratamento é de suma importância, pois este profissional precisa avaliar, e monitorar as características e o padrão da diarreia. (SMELTZER; BARE, 2002). Os manuais de Diarreia propõem o seguimento de planos (A, B e C) de atenção mediante a classificação do estado de hidratação da criança, e o enfermeiro nesse momento é fundamental para o sucesso do tratamento das crianças com diarreia aguda. Nesse ponto, a assistência do enfermeiro é de fundamental importância para o sucesso desta terapêutica, e este será de três formas: Plano A - o tratamento da criança com diarreia e sem desidratação é realizado em casa; Plano B – (TRO), na UBS, durando, em média, 4 horas e Plano C - a criança com desidratação grave deverá ser tratada em ambiente hospitalar. Deve-se iniciar reposição por via endovenosa (BRASIL, 2004).

Falar aqui das importâncias das orientações do enfermeiro para a prevenção das DDAs.

- ✓ Estimular à higiene pessoal e ambiental;
- ✓ Preparação e o consumo de alimentos adequados;
- ✓ Educação sobre prevenção à saúde da população;
- ✓ Melhorias de saneamento básico;
- ✓ Limpeza e coleta de lixo em locais adequados;
- ✓ Tratamento e qualidade da água e seus meios apropriados para consumo.

Tabela 6 - Orientações dos enfermeiros para os responsáveis das crianças acerca da prevenção das DDAs. **Fonte:** Dados do Autor.

SUB VARIÁVEIS	N	%
Recebo informações sobre a doença, seus sinais e sintomas, riscos e forma de transmissão.		
Sim	100%	-
Não	100%	-
TOTAL	88	100%
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.		
Sim	100%	-
Não	100%	-
TOTAL	88	100%

Que manter lixo destampado e alimentos mal cozidos, contribuem para casos de diarreias agudas.	88	8%
Sim	100%	-
Não	100%	-
TOTAL	88	100%
Que a diarreia pode ser causada por toxinas naturais e produtos químicos.		
Sim	47	53%
Não	41	47%
TOTAL	88	
Que beber a água do poço sem ferver, clorar ou filtrar, pode desencadear a diarreia aguda.	88	100%
Sim	100%	-
Não	100%	-
TOTAL	88	100%

Com base nos dados da tabela 05, destaca que todas as mães ou responsáveis pelas crianças receberam as orientações em destaque nas sub variáveis, dos profissionais enfermeiros acerca de condutas que cada um tem que ter, no intuito de prevenir as diarreias agudas, com exceção da sub variável que a diarreia pode ser causada por toxinas naturais, produtos químicos, onde observa-se que 47% sinalizou recebe informações.

Partindo do que foi argumentado, vale ressaltar ainda que a atuação do enfermeiro e de grande necessidade, ao se tratar da saúde indígena, não regula esforços para promover os cuidados relacionados à temática sobre diarreia aguda juntamente a população indígena, pois enfrentam as barreiras étnicas, a linguísticas, as culturais, as geográficas e de comunicação, que muitas vezes se constituem, como desafios para fornecer os cuidados (MARINELI, 2012).

O modo de transmissão pode ocorrer pela via oral ou fecal-oral, sendo específico para cada agente etiológico. Transmissão indireta– ingestão de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados (ex.: utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares); Transmissão direta– pessoa a pessoa (ex.: mãos contaminadas) e de animais para as pessoas (BRASIL, 2008).

Os manipuladores de alimentos, e vetores como as moscas, formigas e baratas, podem contaminar, principalmente, os alimentos e utensílios. Locais de uso

coletivo, tais como escolas, creches, hospitais e penitenciárias apresentam maior risco de transmissão (BRASIL, 2008).

E por fim, num terceiro momento foi discutido segundo a variável: Situação do Saneamento Básico nas Aldeias, com as sub-variáveis: procedência da água utilizada, destino dos dejetos gerados e do lixo.

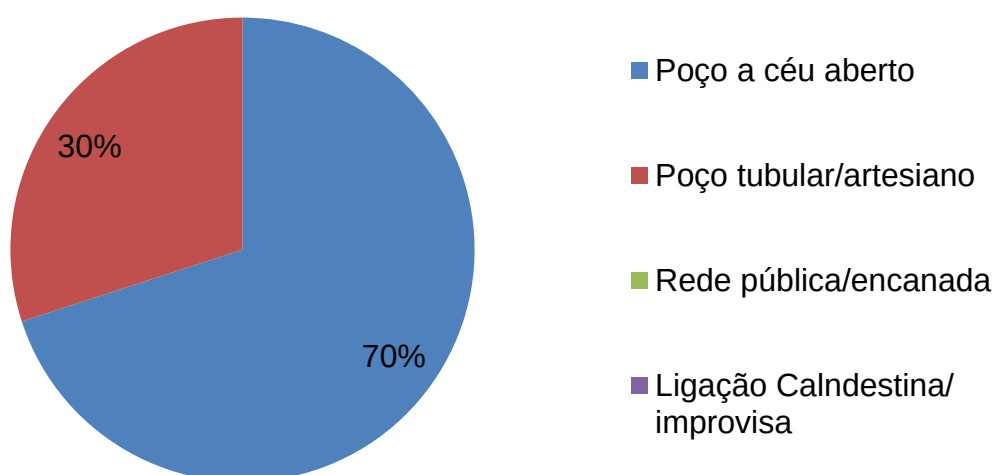


Gráfico 4 - Procedência da utilização da água das aldeias pesquisadas segundo a procedência da Água. **Fonte:** Dados do Autor

Pela análise dos 88 entrevistados, observou-se que em 06 aldeias: Sawre Muybu, Sawre Jaybu, Daje Kapap, Watpu, Karo Muybu e Sawre Apompu a água é utilizada do poço a céu aberto perfazendo 70% da amostra e 03 aldeias: Praia do Índio, Laranjal e Praia do Mangue utilizam a água do poço artesiano, lembrando que não há abastecimento de água pelo município para as aldeias.

A água é uma necessidade primordial para o ser humano, mas também pode ser veículo de dor e morte. Nas aldeias indígenas, pode-se observar que não se tem acesso a uma água de total qualidade, assim acaba não se tendo um controle para a disseminação de muitas doenças, dentre elas a diarreia, que é uma causa com grande abrangência de morbidade e mortalidade na maioria dos países que estão em desenvolvimento, é necessário que a população tenha acesso à água com qualidade e quantidade adequadas (BRASIL, 2003).

Já a análise com relação ao destino dos dejetos gerados pelos moradores das aldeias, estão assim distribuídas: 06 aldeias Sawre Muybu, Karo Muybu, Watpu, Sawre Jaybu, Sawre Apompu e Daje Kapap 70% usam fossa tipo céu aberto e 03

aldeias: Laranjal, Praia do Índio e Praia do Mangue 30% usam fossa séptica, ressaltando que não há sistema de esgoto pela rede pública.

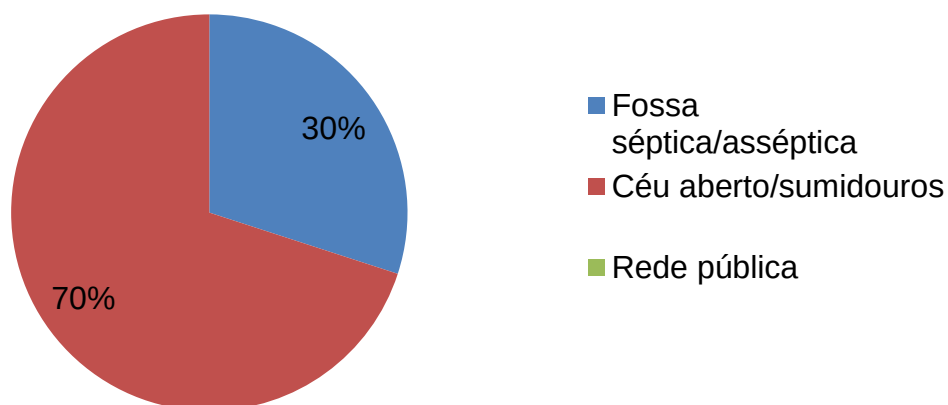


Gráfico 5 -Destino dos dejetos gerados pelos moradores das aldeias pesquisadas. **Fonte:** Dados do Autor

A relação entre condições sanitárias e ocorrência de agravos à saúde é destacada por diversos autores. Nessas aldeias, essa situação não é muito diferente. Entre esses agravos, as doenças diarreicas aparecem com destaque. Devido às condições de saneamento e a ocorrência de agravos à saúde são reconhecidas desde as mais antigas culturas (Moutinho; Carmo, 2011).

O gráfico 6, informa o destino do lixo gerados nas aldeias estudadas.

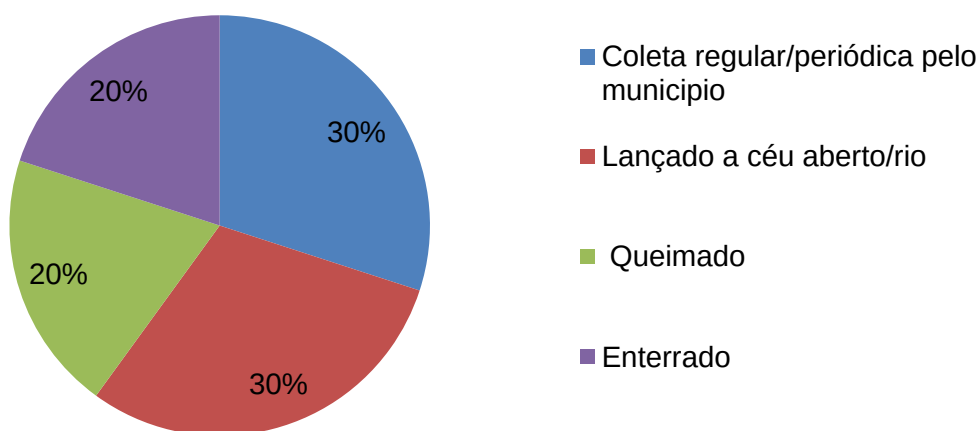


Gráfico 6 - Destino do lixo gerados nas aldeias estudadas. **Fonte:** Dados do Autor

Nota-se de acordo com a análise dos questionários com relação ao destino do lixo nas aldeias: Watpu, Sawre Muybu e Daje Kapap lançam seu lixo a céu aberto ou no rio; nas aldeias sawre apompu, Sawre Jaybu: queimam seu lixo e nas aldeias Praia do Índio, Praia do Mangue e Laranjal têm seu lixo coletado regularmente pelo município; na aldeia Karo Muybu enterra todo o lixo produzido.

De acordo com sua origem e classificação de cada cultura, o Lixo necessita ser descartado adequadamente, uma vez que é responsável por um dos mais graves problemas ambientais de nosso tempo. Mais isso nem sempre ocorre e seu volume é enorme e vem aumentando intensa e progressivamente, principalmente nos grandes centros urbanos, porém considerado como um fator que prejudica mesmo em pequenos aglomerados, como aldeias indígenas, atingindo quantidades impressionantes (MATTOS; GRANATTO, 2005, P.20).

5 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo tornou-se possível obter-se um maior conhecimento a respeito do papel da enfermagem sobre as doenças diarreicas agudas, onde foi possível focar na importância das ações do enfermeiro, assim como nos desafios que são observados ao se aplicar a prática de promoção à saúde em culturas totalmente diferentes quando se há um problema de saúde.

Apesar das medidas preventivas realizadas pela equipe de enfermagem e as melhorias sanitárias feitas nas aldeias atendidas pelo polo base Itaituba, os desafios são enormes diante desta problemática haja vista que vários fatores prejudicam diretamente as crianças, ainda estão relacionados às más condições de higiene, melhorias no saneamento básico e a contaminação das águas e seus afluentes que é primordial para a sobrevivência da vida de nossa população.

Atualmente os usuários indígenas são mais informados e conhecedores dos seus direitos o que facilita a avaliação dos serviços de saúde, entretanto, demonstram mais facilmente as suas insatisfações e lutas por medidas preventivas.

A qualidade da atenção à saúde indígena só será alcançada se estes pontos levantados forem levados em consideração, trabalhados em cima de planos de ações visando às singularidades do índio e realmente colocando-os em prática, sendo avaliados continuamente e reestruturando as ações em uma busca incessante, para que as ações de promoção da saúde superem as práticas curativas. É importante dar continuidade a esse trabalho qualitativo relacionado à atenção à saúde indígena e para isso é imprescindível avaliar essa questão a partir das perspectivas dos indígenas que são submetidos ao modelo de saúde e dos profissionais de saúde e gestores que são atores ativos dentro desse processo.

Outras recomendações na promoção da saúde são a melhoria do abastecimento de água potável para as comunidades, a inserção do saneamento básico nas aldeias, por meio das obras de melhorias sanitárias, do destino correto dos dejetos, pois, com essas melhorias acarretarão na diminuição dos casos de diarreia, desnutrição por diarreia e pneumonia concomitante a diarreia e desnutrição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Assistência e Controle de Doenças Diarreicas** – 2ª edição, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas**. Governo Federal: 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança**. Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea**. Vol. 02. 1ª edição. Brasília, 2013.

CHAVES, A. M. Condições Sanitárias na Terra Indígena Xakriabá – MG. **Associação com Indicador de Saúde por Meio de Estudo Epidemiológico Transversal**. Belo Horizonte, 2004.

CERVO, A. L.; BEVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4ª ed. São Paulo: Makron Books 1996. São Paulo. Disponível em: <tcc.bu.ufsc.br/Adm293774.PDF> Acesso em: 16 de Novembro de 2016.

DUNCAN, B.; SCHIMIDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FURASTÉ, P. A. **Normas técnicas para o trabalho científico**: explicitação das normas da ABNT. 12ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2003.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Modo de Transmissão da DDA**. Caderno cinco. SVS/MS – 2008.

HELLER, L. Pesquisa em saúde e saneamento no DESA/UFMG: base conceitual e projetos desenvolvidos. In: **SEMINÁRIO SANEAMENTO E SAÚDE NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO**, 1997, Belo Horizonte. Rio de Janeiro: CC&P, 1997 a. p. 259- 280.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 9ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 2002. 2v.
MORAES, L. R. S. **Avaliação epidemiológica relacionada aos resíduos sólidos domiciliares urbanos: um estudo de caso**. In: Anais do XIX Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental; 1997 set., 19-23; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro, ABES; 1997. p. 1643-9.

MORAES, A. C.; CASTRO, F. M. M. **Diarreia aguda**. JBM. Março/abril 2014.

MORAES, L. R. S. **Avaliação do impacto sobre a saúde das ações de saneamento ambiental em áreas pauperizadas de Salvador - Projeto AISAM**. In: Heller L, Moraes LRS, Monteiro TCN, Salles MJ, Almeida LM, Cândia J, organizadores. Saneamento e saúde em países em desenvolvimento. Rio de Janeiro: CC& P; 1997. p. 281-305.

MORAISI, Mauro Batista de; JACOB, Cristina Miuki Abe. **O papel dos probióticos e prebióticos na prática pediátrica**. **Jornal de Pediatria**. Porto alegre: nov., 2006, v. 82, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572006000700009&script=sci_arttext.pdf> Acesso em: 25 out., 2016.

NOVAK, Franz R. **Colostro humano: fonte natural de probióticos?** **Jornal de Pediatria**.. Porto Alegre: Jul./Aug.,2001, v. 77, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-5572001000400007&script=sci_arttext> Acesso em: 29 out., 2016.

OLIVEIRA, G. P.; FERRAZ, L. M.; ELLER, R. S. L. **Conhecendo as ações preventivas e curativas nos casos de diarreia aguda por rotavírus em lactentes**. Governador Valadares, 2009.

POLIT, D.F; BECK, CT; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa de enfermagem: Métodos avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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

PEREIRA, Ivonete Vieira; CABRAL, Ivone Evangelista. **Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar**. Escola Anna Nery: Revista Enfermagem. jun., 2008, v. 12, n. 2, p. 224-229. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/06Artigo02.pdf> Acesso em: 10 fevereiro de 2017.

RICCETTO, A. G.; ZAMBOM, M. P. **Manual de urgências e emergências pediátricas**. São Paulo: UNICAMP/Revinter, 2005.]

SCHECTER, M.; MARANGONI, D.V. **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. (1998).

SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **Educando para Prevenir**. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_29.shtml> Acesso em 31 de out 2016.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 652.

SCHARAM, Sonia Beatriz. **Pastoral a Criança. Soro caseiro: ações Básicas**. São Paulo: abr., 2008. Disponível em: <<http://www.pastoraldacrianca.org.br/publicacoes/jornal/138/pag14.pdf>> Acesso em: 16 out., 2016.

SILVA, L.R. **Diarreia Aguda e Desidratação**. MEDSI, 2003.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.

TEIXEIRA, J.; HELLER, L. **Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais**. Revista Brasileira saúde materno infantil. Recife, 2003.

VASCO, Marina Mendes. **Diarreia aguda. Escola Superior de Saúde**. Distrito Federal: 2002. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Diarr%C3%A9ia%20aguda.ppt> Acesso em: 05 de fevereiro de 2017.

VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R.; VIEIRA, T.O. **Alimentação infantil e morbidade por diarreia. Jornal de Pediatria**. Porto Alegre: Out., 2003, v. 79, n. 5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572003000500013&script=sci_arttext Acesso em: 05 de fevereiro de 2017.

YAMAMOTO, R. M. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

ZULIM, M. C. **Capacitação dos agentes comunitários de saúde no monitoramento das doenças diarreicas agudas**. Ponta Porã-MS, 2011.

APÊNDICES



**Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda
Faculdade de Itaituba – FAI**

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de A pesquisa sob o título: **Fatores de risco de Doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos da etnia munduruku polo base itaituba**, com o objetivo de identificar os principais fatores associados às doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos, descrevendo os motivos e os fatores associados a esta patologia.

A sua participação nesse estudo consiste em responder perguntas através de uma entrevista estruturada contendo perguntas do tipo abertas/fechadas. Não foram identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisador principal desta pesquisa, Sandro Korap da Silva Munduruku pelo telefone (93) 99007771 ou pelo sandrokorap@gmail.com, assim como sua orientadora, Rosângela de Aguiar Rodrigues.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantida a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento o pesquisador SANDRO KORAP DA SILVA MUNDURUKU pelo telefone (93) 992007771 ou pelo sandrokorap@gmail.com, assim como sua orientadora, Rosângela de Aguiar Rodrigues, pelo telefone (93) 991238516 ou pelo rosangelard@yahoo.com.br

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, ____ de _____ de 20 ____.

Participante

Pesquisador (a)



APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

1. Identificação das mães ou responsáveis pelas crianças

Quantos filhos têm menos de cinco anos: _____

Idade: informe o ano e meses: _____

Aldeia pesquisada: _____

Renda Familiar: _____

Escolaridade: _____

2. No seis primeiros meses de nascido, como foi a alimentação do seu filho(a)

☐ Só mamou leite

☐ Mamou leite materno, leite artificial, água e chás

☐ Não tomou leite materno

3. No ano de 2016, seu filho já teve quadro de diarreia, e quantos dias durou o quadro.

☐ nenhuma criança teve diarreia

☐ duração menor que 14 dias

☐ duração maior ou igual a 14 dias

☐ duração de mais de 30 dias

4. Quando o senhor(a) percebe que sua criança está com diarreia, qual sua atitude frente aos episódios de diarreia

☐ levo à unidade de saúde para o diagnóstico e tratamento (CASAI)

☐ levo ao Hospital Municipal de Itaituba

☐ Fico em casa e faço uso de chás caseiros com ervas de meu conhecimento;

5. Qual o tipo de diarreia sua criança teve?

a ☐ Diarreia Líquida

b ☐ Diarreia Pastosa

c ☐ Diarreia Sanguinolenta

d ☐ Diarreia Purulenta

6. Qual o tratamento do enfermeiro com a sua criança quando o senhor foi atendido

- ☐ () me deu soro oral e pediu para da em casa
- ☐ () deixou eu internado tomando soro oral
- ☐ () me encaminhou para o hospital para tomar soro na veia.

7. Qual orientação que o enfermeiro da sua aldeia lhe passa para a prevenção das doenças diarreicas agudas?

- a ☐ () informações 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.

8. Na sua comunidade qual a procedência da água que o senhor utilizada para consumo

- ☐ () Poço a céu aberto
- ☐ () Poço tubular/artesiano
- ☐ () Rede pública/encanada
- ☐ () Ligação clandestina/improvisada

9. Qual o destino dos dejetos gerados pela p sua aldeia

- ☐ () Fossa séptica/asséptica
- ☐ () Céu aberto/sumidouros
- ☐ () Rede pública

10. Qual o destino do lixo gerado pelos pro sua aldeia

- ☐ () Coleta regular/periódica pelo município
- ☐ () Lançado a céu aberto/rio
- ☐ () Queimado
- ☐ () Enterrado



APÊNDICE C

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO DSEI RIO TAPAJÓS

Itaituba, 07 Agosto de 2017.

Eu SANDRO KORAP DA SILVA MUNDURUKU, responsável principal pelo Projeto de Pesquisa parte Integrante para o TCC da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, venho pelo presente, solicitar a autorização coordenadora Operacional. A pesquisa será realizada no Polo base Itaituba, com os pais e responsáveis pelas crianças de 0 à 5 anos. A pesquisa sob o título: Principais fatores de risco de doenças diarreicas agudas em crianças de 0 à 5 anos da etnia Munduruku do polo base Itaituba, com o objetivo analisar os fatores associados as doenças diarreicas em crianças de 0 à 5 anos.

A pesquisa será através de um questionário com as nutrizes do setor. Projeto sob a orientação da Professora Esp^a ROSÂNGELA DE AGUIAR RODRIGUES. Contato do pesquisador principal: (93) 992007771, sandrokorap@gmail.com. Contato da orientadora: (93) 99123.8516, rosangelard@yahoo.com.br. Após a aprovação da coordenadora Operacional do Distrito Sanitário Especial Indígena, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa unidade. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Principal
RG: 5892111 SP/PA

Instituição da Faculdade de Itaituba

Assinatura do Orientador da Pesquisa
RG: 193.7033.SSP/PA

ANEXOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAITUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL



CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Eu, Marinalva Ribeiro de Jesus, Diretora de enfermagem, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada

prática de enfermagem à crianças hospitalizadas: a inclusão da família no cuidado.

Sob responsabilidade do pesquisador Katia Lima Rocha

no setor Pediatria

Itaituba, 07 / 07 / 2016


MARINALVA RIBEIRO DE JESUS
Enfermeira – Diretora de enfermagem
Coren-PA - 189582

Impresso I

[illegible]

Ficha MDDA

Impresso II

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Os dados do Impresso I são consolidados no Impresso II, semanalmente, e encaminhados à vigilância epidemiológica do município.

IMPRESSO II

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MUNICÍPIO DE _____		Semanal Epidemiológico de Acleramento Ano _____	
Município:	Unidade de Saúde:		
Faixa Etária	Nº de Casos	Piano de Tratamento N° de Casas	
< 1 a		A	
1 a 4 a		B	
5 a 9 a		C	
10 ou +		Outras Condições	
IDN		IDN	
TOTAL		TOTAL	
Procedência	Nº de Casos	ANÁLISE	
_____	_____	1) Houve aumento de casos? ☐ Sim ☐ Não	
_____	_____	2) Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos?	
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____	3) Houve mudanças de faixas etárias? ☐ Sim ☐ Não	
_____	_____	Se sim, para qual?	
_____	_____	O que sugere essa mudança?	
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____	4) Os casos estão concentrados em alguma(s) localidade(s)? ☐ Sim ☐ Não	
_____	_____	Se sim, em qual(is) e qual a explicação?	
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
TOTAL	_____	5) Qual o plano de tratamento mais usado?	
OUTROS MUNICIPIOS	_____	Se C, por quê?	
NOME DO MUNICIPIO	Nº de Casos		
_____	_____	6) Se houve mudança no comportamento usual dos diarreias, quais as medidas tomadas?	
_____	_____		
_____	_____	7) Houve ocorrência de surtos? ☐ Sim ☐ Não	
_____	_____	Total de surtos: _____ Nº Surto Investigado: _____	
_____	_____	8) Colheu material para exame? ☐ Sim ☐ Não	
_____	_____	Qual?	
_____	_____		
A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DE SAUDE DO MUNICIPIO			
Unidades de Saúde que atendem Diarréia:		N° _____	
Unidades de Saúde que monitorizam Diarréia:		N° _____	
Name: _____	Assinatura: _____		
Visto da Chefia: _____			

VERSÃO REVISADA - 1997

Impresso III

[illegible]

Ficha MDDA

Impresso IV

[illegible]

Ficha de Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA)

Ano: _____

Mês: _____

Casai/Pólo Base:

Semana Epidemiológica: _____

[illegible]

* - Preencher com X

Manejo das Doenças Diarreicas Agudas

