



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE E MICROINTREVENÇÕES NO CENTRO DE
SAÚDE SÃO JOÃO COMUNIDADE SÃO JOÃO IPECAÇU, MARAÃ-AM**

ADRIANO GABRIEL LIMA VERDE

NATAL/RN
2021

PLANEJAMENTO EM SAÚDE E MICROINTREVENÇÕES NO CENTRO DE SAÚDE
SÃO JOÃO COMUNIDADE SÃO JOÃO IPECAÇU, MARAÃ-AM

ADRIANO GABRIEL LIMA VERDE

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: AILMA DE SOUZA
BARBOSA

NATAL/RN
2021

Agradeço à toda equipe da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN pelo percurso de aprendizagem, e especialmente à minha tutora Ailma, por todo zelo e dedicação na construção deste estudo.

Dedico este estudo à toda comunidade de São João do Ipecaçu, que tanto nos acolhem e auxiliam na construção da saúde e conhecimento diariamente.

RESUMO

O estudo foi desenvolvido como parte integrante do Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN em parceria com a Universidade Aberta do SUS - UNASUS. Foram descritas duas microintervenções realizadas no decorrer do referido curso, tendo como cenário a comunidade São João do Ipecaçu, assistida pelo Centro de Saúde São João, município de Marã - Amazonas, Brasil. As microintervenções foram realizadas com profissionais da equipe de saúde e tiveram como tema o enfrentamento de quadros diarreicos, bem como enfrentamento de parasitoses intestinais na comunidade. A escolha das temáticas se deu pelo perfil sociodemográfico e epidemiológico da comunidade, sendo caracterizada como uma população ribeirinha, de baixo poder aquisitivo, cujas condições sanitárias e hábitos de vida contribuem para a ocorrência de doenças veiculadas pela água e solo. Entende-se que ações de educação em saúde estimulam o protagonismo do indivíduo no autocuidado à saúde. Diante do contexto vivenciado pela Comunidade de São João do Ipecaçu espera-se que as ações de capacitação da equipe assistencial possam contribuir para melhor preparo e empenho dos profissionais na orientação da população.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. RELATO DE MICROINTREVENÇÃO 1.....	09
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
5. REFERÊNCIAS.....	16
6. APÊNDICES.....	17

1. INTRODUÇÃO

As microintervenções descritas neste relato teM como cenário o Centro de Saúde São João, localizado em uma comunidade rural - São João do Ipecaçu, no município de Maraã - AM. Maraã localiza-se no norte do Amazonas, região de saúde triângulo e tem uma população estimada de 18261 habitantes, sendo um município de população jovem, com uma pirâmide etária de base alargada, e grande representatividade de crianças, adolescentes e adultos jovens (IBGE, 2020). Por ser um município de pequeno porte Maraã está vinculado ao macrocomplexo Regulador Regional Alto Solimões, cuja sede fica em Tabatinga – AM. O município conta com um complexo regulador, que referencia casos de média e alta complexidade para tratamento fora do domicílio (TFD) seja em Tefé – AM, Manaus – AM ou Tabatinga – AM (AMAZONAS, 2019).

Em Maraã a rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por seis unidades básicas de saúde, três na zona Urbana e três na Zona Rural, duas Casas de apoio para receber usuários referenciados através do TFD, uma casa em Tefé e uma em Manaus. A Atenção odontológica é realizada em duas unidades de saúde na zona urbana (Unidade Básica de Saúde Benedito Ramos), e uma na zona rural, Centro de Saúde São João.

O município conta ainda com um laboratório municipal, e uma unidade hospitalar. A rede de Atenção à Saúde Mental em Maraã, está organizada nas unidades básicas, onde os usuários são encaminhados e referenciados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Tefé. Há ainda serviços de Vigilância em saúde, e Telessaúde implantados.

O Centro de Saúde São João atende aproximadamente 1600 habitantes, em sua maioria população ribeirinha, subdividida em seis microáreas, todas acompanhadas por agentes comunitários de saúde (ACS). Há na equipe ainda um médico, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, um cirurgião dentista e uma auxiliar em saúde bucal.

A comunidade de São João do Ipecaçu está localizada dentro de uma área de Reserva de Desenvolvimento sustentável Amanã, na região do Médio Solimões. A comunidade foi formada na década de 80, a partir de atividades religiosas que se desenvolviam localmente. Trata-se de uma comunidade de baixo poder aquisitivo, em que ainda há elevado índice de analfabetismo, e atividades voltadas ao setor primário, estando muito presente o artesanato, pesca, e movimentos voltados à preservação de recursos naturais (IBGE, 2020).

Por ser uma comunidade essencialmente rural e ribeirinha alguns agravos à saúde se destacam no contexto epidemiológico local, como a elevada ocorrência de quadros diarreicos entre crianças, elevado índice de parasitoses intestinais, além da ocorrência de acidentes ofídicos, afogamentos e complicações de parto.

Em tal contexto este estudo retrata duas microintervenções realizadas na comunidade de São João do Ipecaçu: Treinamento da equipe sobre triagem e acolhimento da criança com quadro diarreico, e Capacitação em saúde e prevenção de parasitoses intestinais.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

MICROINTERVENÇÃO 1 – TREINAMENTO DA EQUIPE SOBRE TRIAGEM E ACOLHIMENTO DA CRIANÇA COM QUADRO DIÁRREICO NO CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO- MARAÃ/AM.

O Centro de Saúde São João, está localizado na comunidade São João do Ipeaçu, na cidade de Maraã- AM. A área de abrangência compreende em torno de 1600 pessoas da comunidade ribeirinha, marcada por extrema vulnerabilidade, com deficiência no acesso a bens e serviços, onde doenças preveníveis apresentam caráter epidêmico, como a diarreia.

Não existe no contexto das equipes o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e nem do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Desta forma, a microintervenção foi executada pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cuja equipe é composta por: 01 médico, 01 técnica de enfermagem, 01 enfermeira, e 07 agentes comunitários de saúde (ACS).

Após discussão entre os membros da equipe, os ACS referiram grande dificuldade em identificar sinais e sintomas de desidratação infantil, bem como de orientar a população quanto ao manejo das crianças desidratadas. Frente à tal demanda, o objetivo da microintervenção foi realizar uma ação de qualificação dos ACS voltado à prevenção, e cuidado às crianças com fenômenos diarreicos e/ou quadros de desidratação.

A doença diarreica é caracterizada pelo aumento da frequência e mudança da consistência das fezes. De acordo com a OMS, esta doença pode ser classificada em: diarreia aguda aquosa, quando tem início abrupto e dura até 14 dias, podendo levar a desidratação e desnutrição, geralmente ocasionada por vírus e bactérias; disenteria, quando as mudanças apresentadas no aspecto das fezes são acompanhadas de sangue, podendo associar-se a complicações como desidratação; e a diarreia persistente, quando ocorre em 14 dias ou mais, aumentando o risco de mortalidade devido ao quadro de desidratação grave (SADOVSKY, et al., 2017).

O Brasil tem apresentado queda nas últimas décadas das doenças diarreicas em crianças menores de 5 anos, decorrente da melhoria das condições de saúde, ampliação da vacinação como a do rotavírus, do acesso a água tratada, melhora do saneamento básico e alimentação adequada. Esta ilustração revela, portanto, uma clara discordância com o que é vivenciado pela comunidade de São João do Ipeaçu do panorama nacional (SADOVSKY, et al., 2017).

Partindo dessa realidade, foi proposto um treinamento da equipe sobre como identificar e acolher uma criança com quadro diarreico. Assim, a estratégia foi apresentar os conceitos relacionados a doenças diarreicas, auxiliar na avaliação de usuários e estabelecer condutas apropriadas em cada caso, acolhendo esses pacientes de maneira oportuna, a fim de

reduzir os riscos de agravos. A triagem, consiste na determinação da prioridade de atendimentos dos pacientes em diferentes níveis de gravidade. Considerando, portanto, os que podem aguardar atendimento com segurança, até os que precisam de atendimento imediato a fim de reduzir os riscos da doença instalada (ANZILIERO, et al., 2017).

O acolhimento, é parte integrante da Política Nacional de Humanização (PNH), que objetiva qualificar a atenção a saúde, acolhendo o paciente e suas queixas com postura ética, reconhecendo o seu protagonismo no processo saúde-doença, escuta qualificada dos usuários, com postura humanizada e solidária ao usuário, família e comunidade (BRASIL, 2009).

As atividades foram desenvolvidas em dois encontros quinzenais durante o mês de outubro de 2020 sob a coordenação do médico preponente da Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente, foi realizada uma roda de conversa sobre as definições e caracterização das diarreias, suas causas, a avaliação clínica da criança, o acolhimento e sua classificação de risco de acordo com o grau de desidratação, porém, tendo maior enfoque no Plano A. Este tratamento é realizado no domicílio, onde o paciente apresenta diarreia, mas sem desidratação, orientando, por exemplo, como é feito o soro caseiro e sua utilização. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica interpares sobre a avaliação clínica dos pacientes, considerando os aspectos diversos como a atenção, características dos olhos, boca, sinal da prega e as possíveis intervenções, a depender do quadro e a sua classificação de risco. Na atividade desenvolvida no primeiro dia foi utilizado um folheto apresentado como guia prático na abordagem da diarreia nas crianças distribuídos para a equipe.

Por fim, foi solicitado que os ACS identificassem, dentro da sua área de atuação entre o intervalo de uma ação e outra, o número de casos de diarreia, considerando a faixa etária, data do início dos sintomas, monitoramento dos casos e orientando a família de forma humanizada e acolhedora acerca dos cuidados como a utilização do soro caseiro. Ao enfermeiro e o técnico de enfermagem, foi solicitado que, nos casos dos pacientes que buscarem atendimento na UBS, fossem aplicados métodos para identificar a partir do que foi discutido na roda de conversa, aplicada com acolhimento para que fossem discutidas as dificuldades e as potencialidades identificadas posteriormente.

No segundo encontro, foi retomada as discussões sobre o problema em questão em formato de roda de conversa, em que foi solicitado que cada profissional da equipe descrevesse sua experiência lidando com o problema antes e depois do treinamento inicial. Os agentes sinalizaram que, o intervalo entre a primeira e segunda atividade, não foi suficiente para levantar dados precisos acerca do número de crianças com diarreia e adequado monitoramento. Afirmaram que, embora alguns conhecessem a receita do soro caseiro, nem todos sabiam o porquê de utilizá-la. Sobre o acolhimento, eles acreditam que já existia e que não apresentou tanta diferença.

O enfermeiro da unidade afirma que essa avaliação inicial realizada foi resolutiva e

houve uma melhora importante da identificação, classificação de risco, otimização do tempo e melhor acolhimento das crianças que apresentaram um quadro diarreico transitório, maioria dos casos, dos que necessitam de maiores cuidados. As ações desenvolvidas no período, embora tenha sido realizado em um curto intervalo de tempo, foi possível perceber uma melhor adequação dos conhecimentos obtidos em relação as necessidades de saúde ao mesmo tempo em que considera a falta de ferramentas que garantissem um cuidado mais ampliado. Foi elaborado um "Guia de conduta da diarreia em crianças" (Apêndice A) para ser utilizado como instrumento de apoio aos profissionais da ESF.

Considerando as grandes limitações socioeconômicas, as características culturais e a quase ausente disponibilidade de medicamentos e insumos para adequado manejo desses pacientes, as ações de educação em saúde tem direcionado esforços para garantir maior acolhimento desta população e o manejo adequado das doenças diarreicas a partir da classificação de risco. Ao aprimorar o acesso das populações ribeirinhas a serviços essenciais, mantendo os atendimentos em caráter contínuo e regular, monitorando e tratando as condições agudas precocemente, ainda que possa parecer um paliativo diante da grande escassez de recursos existentes, poderá minimizar os índices de morbimortalidade deste agravo tão frequente na área em estudo.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

MICROINTERVENÇÃO 2 - CAPACITAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE PARASITOSES INTESTINAIS.

As parasitoses intestinais representam um grande desafio em saúde pública no contexto brasileiro. Em estudo realizado no Estado do Pará envolvendo 104 indivíduos residentes em comunidades ribeirinhas verificou-se parasitismo intestinal em 95,1% dos casos, sendo que 23% dos indivíduos eram poliparasitados (SENA et al., 2020).

A presença de parasitoses na vida humana causa sérios prejuízos para o indivíduo e para sociedade e são responsáveis pelos altos índices de morbidade observados em países nos quais o crescimento populacional não é acompanhado de melhoria nas condições de vida.

Na comunidade ribeirinha São João do Ipecaçu, assistida pelo Centro de Saúde São João, município de Marã-AM as enteroparasitoses intestinais são um problema bastante prevalente. Embora acometa indivíduos de todas as faixas etárias possui repercussões fisiológicas preocupantes sobretudo em crianças de zero a cinco anos, com ocorrência de anemias carências e comprometimento do desenvolvimento neuropsicomotor destas.

As anemias carências acometem mais de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo, com maior impacto entre mulheres e crianças. Somente no primeiro semestre de 2020 foram assistidas pela equipe de saúde 29 crianças em tal faixa etária com quadros anêmicos, e atraso no desenvolvimento, em que foram constatadas enteroparasitoses intestinais (JÚNIOR, et al., 2013).

Em reunião com a equipe os agentes comunitários de saúde (ACS) referiram grande dificuldade em identificar casos suspeitos de verminoses, bem como em orientar a população sobre o tema. Diante tal demanda, objetivou-se construir uma ação de capacitação em saúde com os ACS sobre a abordagem das enteroparasitoses intestinais no contexto da Atenção Primária à Saúde. A ação foi realizada no Centro de Saúde São João, município de Marã-AM, tendo como público-alvo sete ACS componentes da equipe. A ação foi realizada no mês de novembro de 2020, sendo coordenada pelo médico da equipe, com apoio da enfermeira. A capacitação ocorreu durante uma tarde, e foi iniciada com uma dinâmica de perguntas e respostas, em que os ACS foram dispostos em uma roda de conversa, e iniciou-se a discussão, visando compreender o nível de conhecimento dos mesmos sobre a temática. As questões norteadoras foram:

- Na nossa comunidade, vocês acham que existem muitas crianças com vermes?
- Porque isso acontece?
- Quais os sinais podem sugerir verminoses?
- Na sua área, tem crianças tratamento de vermes? Sabe de algum caso de reinfecção? Porque você acha que as pessoas têm vermes mais de uma vez, mesmo depois de tratadas?
- Como prevenir?

- Como tratar?

Ao serem questionados sobre a existência de crianças com vermes na área adscrita foi unânime a resposta positiva, indicando que os profissionais tinham consciência da grande prevalência de parasitoses intestinais na comunidade. Em relação às causas de parasitoses algumas respostas foram:

“Elas só andam de pés no chão, pegam na terra e levam coisas sujas na boca”. ACS1

“Para mim vem do rio. As pessoas aqui bebem água sem tratar, tem casas com fossas do lado de hortas, tudo contribui”. ACS 2

“Acho que já se tornou comum a questão dos vermes, os pais tiveram ou tem, a criança tem... eles nem procuram tratamento, aí quando chegam já está muito complicado”. ACS4

No que se refere aos sinais sugestivos de verminoses verificou-se maior dificuldade dos ACS em responder aos questionamentos:

“Depende do tipo de lombriga, cada uma mostra uma coisa diferente”. ACS5

“Coçar o bumbum é sinal de casera (nome popular da enterobíase) ”. ACS7

“Tem a barriga grande, a criança mais mole e amarelinha”. ACS2

Posteriormente foi questionado aos ACS se existia na área de abrangência deles crianças que foram tratadas mais de uma vez das verminoses. Foi consenso dos profissionais a existência de casos de reinfecção. E as respostas sobre as causas desta reinfecção foram similares, tendo como principais causas, o consumo de água não tratada, maus hábitos de higiene e também o tratamento de só um membro da família, enquanto todos estavam parasitados. Em relação à prevenção os ACS citaram “não andar descalço”, “beber água tratada”, e “não brincar na areia”. Neste momento foi interessante, porque ao relacionarem tais fatores os mesmos ACS diziam: “mas isso é impossível, porque a diversão das crianças é essa, não dá para evitar”. Demonstrando assim a intrínseca relação entre as verminoses, e aspectos culturais da comunidade. Sobre o tratamento das verminoses os ACS apresentaram um bom grau de conhecimento, referindo nomes de medicamentos mais usados.

Após a dinâmica, foi realizada uma explanação pelo médico, com duração de aproximadamente 30 minutos, abordando alguns tipos de verminoses. Foram abordadas as parasitoses por nematelmintos mais comuns: (*Ascaris*, popular “lombriga”), *Tricuris*, ancilostomídeos (*Ancylostoma* e *Necator*) que podem causar o popular “amarelão”, estrogiloides (*Strongyloides stercoralis*) e *oxiurus* (*Enterobius vermicularis*). As parasitoses por platelmintos de maior prevalência na comunidade: Tênia (*Taenia solium* – do porco; *T. saginata* – do boi e *Diphyllobothrium latum* – tenia do peixe) e *Hymenolepis* (*H. nana* ou *H. diminuta* – também conhecida como tênia anã). E também as parasitoses por protozoários mais comuns: *Giardia lamblia* e as amebas (*Entamoeba histolytica* que é causadora de doença), *Entamoeba coli* e *Endolimax nana*.

Para finalizar a tarde de capacitação, foi realizado um lanche comunitário. Na semana

posterior realizou-se uma reunião de feedback com a equipe, em que os ACS relataram grande contentamento com os conteúdos abordados, trazendo novas demandas. Colocaram como sugestão realizar uma oficina com as mães da comunidade, orientando sobre o tratamento da água, e medidas preventivas, mesmo em contextos de vida adversos, como é o caso da população ribeirinha que assistimos.

A partir de tal proposição, estabeleceu-se que serão realizadas ações educativas futuras, com a temática das enteroparasitoses intestinais, bem como intensificação de busca ativa, e tratamento dos casos existentes. Propõe-se ainda a estruturação de um calendário de capacitação dos ACS destinando um dia por mês para abordar conteúdos que os profissionais se sintam mais despreparados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN em parceria com a Universidade Aberta do SUS - UNASUS permitiu durante seu percurso acadêmico expandir conceitos e aplicabilidade do planejamento em saúde. Dentre as atividades propostas, em diferentes eixos temáticos, o aluno poderia selecionar um tema ou abordagem para a realização de microintervenções em seu ambiente de trabalho. Desta forma, após identificação dos problemas existentes, e análise dos recursos de enfrentamento disponíveis, foram estruturadas duas microintervenções na comunidade de São João do Ipecaçu, Maracá-AM.

A população ribeirinha assistida pelo Centro de Saúde São João, na comunidade de São João do Ipecaçu possui hábitos de vida e condições de saneamento básico que aumentam a vulnerabilidade e propiciam o adoecimento por doenças veiculadas pela água e solo, como diarreia e parasitoses intestinais. Trata-se de uma população com um perfil etário mais jovem, em que a morbimortalidade também se concentra majoritariamente em crianças, e adultos jovens. Em tal cenário, foram descritas neste estudo duas microintervenções realizadas com a equipe de saúde, visando melhor assistência e orientação da comunidade sobre a prevenção de tais agravos e doenças.

Entende-se que ações de educação em saúde estimulam o protagonismo do indivíduo no autocuidado à saúde. Diante do contexto vivenciado pela Comunidade de São João do Ipecaçu espera-se que as ações de capacitação da equipe assistencial possam contribuir para melhor preparo e empenho dos profissionais na orientação da população.

6. REFERÊNCIAS

AMAZONAS. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas: 2020-2023**. Departamento de Planejamento em Saúde do Estado do Amazonas, 2019. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em 14 mar. 2021.

ANZILIERO, F. et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 37, n. 4, e64753, 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000400417&lng=pt&nrm=iso . acessos em 17 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Cidades e Estados: Marã – AM**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/maraa/panorama>. Acesso em 20 de mar. 2021.

DIAS JUNIOR, C. S. *et al.* Prevalência de parasitoses intestinais e estado nutricional, segundo sexo e idade, entre a população indígena Caxixó, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 603-608, Dec. 2013 .

SADOVSKY, A. D. I et al. **Diarreia aguda**: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rev N° 1, Março de 2017. Disponível em : https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf acesso em: 17/11/2020.

SENA, L.W.P. et al. Prevalência de enteroparasitose em comunidade ribeirinha do estado do Pará, Brasil. **Rev. Acervo Saúde**, v.12, n.11, p.1-9, 2020.

7. APÊNDICES

Apêndice A: Guia com avaliação das condições clínicas do paciente e receita de soro caseiro.

GUIA DE CONDUTA DA DIARREIA EM CRIANÇAS

Quadro 1. Avaliação da condição de hidratação em crianças com diarreia aguda

Observar	0	1	2
Condição	Bom estado	Ativo, hidratado	Letárgico, desidratado
Órgãos	Normais	Normais	Alterados
Órgãos	Normais	Normais	Alterados
Estado de alerta	Normal	Normal	Alterado
Resposta	Bom humor	Resposta rápida e satisfatória	Resposta lenta ou não há resposta

Quadro 2. Plano A – Prevenção da desidratação no paciente

Objetivo
Evitar a desidratação em crianças com diarreia aguda.

Indicações

- 1) Crianças com diarreia aguda leve a moderada.
- 2) Crianças com diarreia aguda moderada a grave.
- 3) Crianças com diarreia aguda grave.

Condições de uso

- 1) Crianças com diarreia aguda leve a moderada.
- 2) Crianças com diarreia aguda moderada a grave.
- 3) Crianças com diarreia aguda grave.

Condições de uso

- 1) Crianças com diarreia aguda leve a moderada.
- 2) Crianças com diarreia aguda moderada a grave.
- 3) Crianças com diarreia aguda grave.

Quadro 3. Plano B – Prevenção da desidratação no paciente

Objetivo
Evitar a desidratação em crianças com diarreia aguda.

Indicações

- 1) Crianças com diarreia aguda leve a moderada.
- 2) Crianças com diarreia aguda moderada a grave.
- 3) Crianças com diarreia aguda grave.

Condições de uso

- 1) Crianças com diarreia aguda leve a moderada.
- 2) Crianças com diarreia aguda moderada a grave.
- 3) Crianças com diarreia aguda grave.

Aprenda a fazer o soro caseiro

1 colher de café (aproximadamente 5g) de sal

1 colher de sopa (aproximadamente 15g) de açúcar

1 litro de água tratada ou fervida

Fonte: elaboração própria (2020)

17