

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

EDVÂNIA DA SILVA FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NA DIMINUIÇÃO DO DÉFICIT DE CONHECIMENTO DOS
ESCOLARES SOBRE AUTOCUIDADO/HIGIENE.**

**MACEIÓ-AL
2015**

EDVÂNIA DA SILVA FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NA DIMINUIÇÃO DO DÉFICIT DE CONHECIMENTO DOS
ESCOLARES SOBRE AUTOUIDADO/HIGIENE.**

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

Orientador: Prof.^a Valeria Bezerra Santos

**MACEIÓ-AL
2015**

EDVÂNIA DA SILVA FERREIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA NA DIMINUIÇÃO DO DÉFICIT DE CONHECIMENTO DOS
ESCOLARES SOBRE AUTOCUIDADO/HIGIENE.**

Banca examinadora

Prof.^a Valeria Bezerra Santos - UFMG

Prof.^a Izabel Maia Novaes - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015.

Aos meus familiares, amigos e colegas que me incentivam.

A José Arthur Ferreira de Oliveira, meu filho, meu pequeno, minha vida, amor incondicional que descobri em minha vida, dedico este trabalho.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, o qual tornou todo possível.

A minha orientadora, professora Valeria Bezerra Santos, pela colaboração e paciência, por ter acreditado na realização deste trabalho, sendo sempre solícita.

Aos tutores e integrantes do curso de especialização, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste.

Ao município de Junqueiro – AL, pelo acolhimento.

À Maria Tavares Ferreira da Silva, minha mãe, pelo apoio, ajuda e incentivo, pois sem ela não estaria aqui.

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a Estratégia de Saúde da Família, na atuação do Programa Saúde na Escola do município de Junqueiro, na questão do autocuidado/higiene de escolares, pois a educação em saúde também é responsabilidade da escola, porém deve ser compartilhada com outros setores da sociedade. Torna-se relevante o estudo de um plano de intervenção para atuação da equipe de saúde da família na diminuição do déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, por caracterizar um problema não só escolar, mas comunitário. Possui como objetivo propor um plano de intervenção que proporcione conhecimento aos escolares sobre autocuidado/higiene. Foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional identificando os passos para elaboração de um plano de ação. Observou-se que com a execução do plano de intervenção ocorreu uma diminuição significativa do déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, entendendo que a higiene é começo e alicerce para que se tenha uma saúde de boa qualidade com ausência de agravos.

Palavras chaves: Saúde escolar, Higiene, Promoção da saúde.

ABSTRACT

This paper presents a proposal for intervention, Health Strategy of the Family, the performance of the School Health Program of the municipality of Junqueiro, on the issue of self-care/hygiene school, because health education is also a school of responsibility, but it must be shared with other sectors of society. It is relevant to the study of an intervention plan for family health team performance in the reduction of the school knowledge deficit about self-care/hygiene, by not only feature a school problem, but community. Has as objective to propose an action plan that provides knowledge to students about self-care/hygiene. A systematic literature search was conducted, using search sites: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Issues of the Ministry of Health and others. For the preparation of Intervention Plan we used the Situational Strategic Plan identifying the steps to drawing up a plan of action. It was observed that with the implementation of the action plan a significant decrease of deficit knowledge of students about self-care/hygiene, I understand that hygiene is the beginning and foundation in order to have a health good quality with no injuries.

Keywords: School Health, Hygiene, Health promotion.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	09
1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	09
1.2.1 Formação Administrativa.....	10
1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.....	11
1.3.1 Aspectos geográficos.....	11
1.3.2 Aspectos socioeconômicos.....	11
1.3.2.1 Principais atividades econômicas.....	11
1.3.3 Aspectos demográficos 1.....	12
1.3.4 Aspectos demográficos 2.....	12
1.3.5 Sistema local de saúde dados sobre:.....	13
1.3.6 Território/Área de abrangência.....	14
1.4 RECURSOS DA COMUNIDADE.....	15
1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	16
1.5.1 Recursos humanos.....	16
1.5.2 Recursos materiais.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERENCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome: Junqueiro

Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: Acesso pela BR 101. Distância da capital Maceió: 86,092 km.

Prefeito: Fernando Soares Pereira.

Secretário Municipal de Saúde: Carlos Augusto Lima de Almeida.

Coordenador da Atenção Básica: Kátia Maria Pinheiro Neto

Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Leonardo de Lima Powell

População (número de habitantes): 25.073 hab. (IBGE 2013)

1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

A origem do nome está diretamente relacionada à existência farta do JUNCO às margens da lagoa responsável pela formação de um pequeno aglomerado de moradores. Muitas pessoas utilizavam o junco de fabricação de utensílios domésticos. A exploração cresceu e os que passavam em direção à lagoa comentavam: “Vamos para o Junqueiro?”.

A história indica ter sido Isabel Ferreira e sua família, os primeiros habitantes. Dona Isabel teve muitos filhos que permaneceram na região. Uma das filhas casou-se com um mulato chamado Tomaz, vindo de Sergipe, que mais tarde ficou conhecido por Pai Félix. Seu nome é apontado como um dos destaques no desenvolvimento de Junqueiro.

Contam os mais antigos que, no tronco de um ingazeiro, foi encontrada uma cruz com um pequeno desenho da Divina Pastora em um dos braços. Pai Félix levantou uma capela perto da árvore para abrigar a cruz, denominado a construção de capela da Santa Cruz. Neste local, anos depois, foi levantada a igreja que tem como padroeira a Nossa Senhora Divina Pastora.

A paróquia foi criada em setembro de 1912, e teve como primeiro Padre, Antônio Procópio, natural do lugar. Manoel Pedro de Almeida e Joaquim Sabino de Almeida, doaram grande parte de suas terras à padroeira. O município, antes Povoador de Limoeiro de Anadia, foi criado pela Lei 379, de 15 de junho de 1903, e instalado em 31 de janeiro de 1904, em 23 de fevereiro de 1932, através do decreto 1619, foi suprimido outras duas vezes. A decisão final, veio através do artigo 6º, do ato das Disposições Transitórias da Constituição Estadual de 1947 (JUNQUEIRO, 2014).

1.2.1 Formação Administrativa:

Distrito criado com a denominação de Junqueiro, pela resolução provincial nº 812, de 21-06-1879. Elevado à vila com denominação de Junqueiro, pela lei estadual nº 379, em 15-06-1903, desmembrado de Limoeiro. Instalado em 31-01-1904. Em divisão administrativa do Brasil referente ao ano de 1911, a vila é constituída do distrito sede. Pelo decreto nº 1619, de 23-02-1932, o município de Junqueiro foi extinto, sendo seu território anexado ao município de Limoeiro, como simples distrito. Em divisão administrativa referente ao ano de 1933, o distrito figura no município de Limoeiro. A Constituição Estadual, de 16-09-1935, restaurou o município de Junqueiro figurando com o distrito sede. Em divisões territoriais datadas de 31-12-1936 e 31-12-1937, o município é constituído do distrito sede. Pelo decreto-lei estadual nº 2361, de 31-03-1938, é extinto novamente o município de Junqueiro, sendo seu território anexado ao distrito sede do município de Limoeiro. Pelo decreto estadual nº 2435, de 30-11-1938, é criado novamente o distrito de Junqueiro e anexado ao município Limoeiro. Pelo decreto-lei estadual nº 2909, de 30-12-1943, o município de Limoeiro passou a denominar-se Limoeiro de Anadia. No quadro fixado para vigorar no período de 1944-1948, o distrito de Junqueiro figura no município de Limoeiro de Anadia ex-Limoeiro (JUNQUEIRO, 2014).

Elevado novamente à categoria de município com a denominação de Junqueiro por Ato das Disposições Constitucionais deste estado promulgado em 09-07-1947, desmembrado de Limoeiro de Anadia. Constituído do distrito sede. Em divisão

territorial datada de 1-07-1960, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (JUNQUEIRO, 2014).

1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.3.1 Aspectos geográficos ¹

Indicadores

Área total do município: 241.593 m²

Concentração habitacional: Zona Rural 16.033 hab. e Zona Urbana 7.803 hab.

Nº. aproximado de domicílios e famílias

Domicílios particulares permanentes: 6.370.

Domicílios urbanos: 2.050.

Número de famílias: 6.864.

1.3.2 Aspectos socioeconômicos²

Indicadores

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,575% (Perfil Municipal 2014)

Taxa de Urbanização: 32,74%

Renda Média Familiar:

Valor de rendimento nominal mediano mensal percapto dos domicílios particulares permanentes rurais – R\$ 190,00.

Valor de rendimento nominal mediano mensal percapto dos domicílios particulares permanentes urbanos – R\$ 304,57. (IBGE 2010)

% de Abastecimento de Água Tratada: 42,28%

% de recolhimento de esgoto por rede pública: 1,03%

1.3.2.1.Principais Atividades Econômicas:

Agricultura: É a principal atividade econômica desenvolvida no município, apresentando produtores com tecnologias avançadas como também agricultura de

^{1 2} Fonte: IBGE, 2013.

subsistência. A cana-de-açúcar é principal produto agrícola da região, seguida pelas culturas da mandioca, feijão e do milho (IBGE, 2010).

Pecuária: É uma atividade que acompanha de perto a agricultura em extensão de área, onde o rebanho se concentra em áreas acidentadas e a pecuária bovina de corte é a mais explorada, que a produção de leite, ovos e aves (IBGE, 2010).

Comércio: O comércio se expandindo a cada dia também sendo responsável pela geração de emprego e renda para a população (IBGE, 2010).

Indústrias: As unidades fabris no município resumem ao fabrico de farinha de mandioca, doce caseiro, queijo e de artesanato utensílios variados feitos de palha de junco, esculturas em argila e madeira, confecções de roupas e bordados, com tecnologias simplificadas (IBGE, 2010).

1.3.3 Aspectos demográficos 1:

Quadro 1 – População segundo faixa etária e sexo. Junqueiro, 2012.

Município: Junqueiro											
Total da população: 25.073 hab.											
N° de Individuos	>1	1 – 4	5 - 6	7 - 9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 <	Total
Masculino	117	661	401	650	1.195	1.326	3.920	1.289	984	1.252	11.795
Feminino	121	633	409	662	1.171	1.312	4.211	11.373	1.051	1.481	12.424
Total	338	1.294	810	1.312	2.366	2.638	8.131	2.662	2.035	2.733	24.219

Fonte: ALAGOAS, 2014.

1.3.4 Aspectos demográficos 2³

Indicadores

Taxa de Crescimento Anual:

³ Fonte: Perfil Municipal Junqueiro. Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico. Superintendência de produção da informação e do conhecimento. Diretoria de estatística e indicadores, v. 2, n.2, 2014. Disponível em: <http://informacao.seplande.al.gov.br/perfil-municipal/relatorios/Municipal_Junqueiro_2012.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Junqueiro é 0,575, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,216), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,144), seguida por Longevidade e por renda.

Densidade demográfica: 93,23 hab/km²

Taxa de Escolarização: 15 anos e mais alfabetizados - 14.025 (77,06%)

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 5,29%

Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil⁴:

Dados de Junqueiro:

IDEB 2011: 4.0 (Meta 3.7) Crescimento de 5%.

Escolas que atingiram a meta: 33,3%.

Escolas que não atingiram a meta: 66,7%.

Dados do Brasil:

IDEB 2011: 4.7 (Meta 4.4) Crescimento de 7%.

Escolas que atingiram a meta: 53,3%.

Escolas que não atingiram a meta: 46,6%.

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: 6.864 famílias (98,52%)

1.3.5 Sistema local de saúde - dados sobre⁵:

Conselho Municipal de Saúde

Composição: 06 representantes de entidades de usuários do SUS; 03 representantes dos trabalhadores de saúde; 03 representantes do governo municipal; 0 representantes de prestadores de serviços de saúde. Mesa diretora: Presidente, Vice-Presidente, Secretário. As reuniões ordinárias são realizadas 1 vez

⁴ Fonte: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Disponível em: <<http://www.portalideb.com.br>>. Acesso em: 18 jun. 2014

⁵ Fonte: JUNQUEIRO, 2014.

ao mês, com reuniões extraordinárias quando convocada pelo presidente ou pela maioria simples de seus membros. A votação acontece com a porcentagem de 50%+1 com a presença da maioria simples dos membros. O Conselho Municipal de Saúde convocará a cada 02 anos uma Conferencia Municipal de Saúde, para avaliar a Política Municipal de Saúde. O Conselho foi criado pela lei nº 481/2008, de 20 de junho de 2008 na gestão do prefeito José Raimundo de Albuquerque Tavares.

Fundo Municipal de Saúde: R\$ 2.696.406,00 (Jan-Mai)

Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante):

PAB Fixo: R\$ 282.018,35

Programa de requalificação de UBS - informatização e telessaúde: R\$11.550,00

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc):

Existem 7 Unidades Básicas de Saúde, com 10 Equipes de Saúde da Família distribuídas entre elas, dentre essas unidades 6 possuem anexos que dão suporte. A cobertura da ESF é de 100%. Existem dois NASFs (1 e 2) e um CAPS.

Sistema de Referência e Contra referencia:

A referência é o município de São Miguel e Maceió.

Redes de Média e Alta Complexidade: O município possui apenas um hospital municipal e um laboratório de análises clínicas.

Recursos Humanos em Saúde:

Quadro geral de 440 profissionais, com duas formas de vínculo contrato e estatutário. A carga horária geral é de 40h semanais, sendo o horário das 07h00min às 16h00min nas UBS, e regime de plantão de 24 horas no hospital.

1.3.6 Território/Área de abrangência⁶

Número de famílias: 6.864 famílias cadastradas.

Número de habitantes: 25.073 habitantes.

⁶ Fonte: IBGE, 2013

Nível de alfabetização: 7 a 14 anos na escola - 3.199 (86,98%) 15 anos ou mais - 14.025 (77,06%)

Taxa de Emprego: 58,8% da população é economicamente ativa e 41,2% da população não é economicamente ativa.

Principais postos de trabalho: Agricultura, agropecuária, comércio e prefeitura com vínculo empregatício estatutário e contratado.

Como vivem, de que vivem como morrem:

A maior parte população vive em zona rural, e sem mantêm com atividades de agricultura de subsistência e agropecuária, já na zona urbana a principal atividade é o comércio. As doenças mais prevalentes na população são a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Melitus, sendo estas os principais agravantes nas causas de óbito no município.

1.4 RECURSOS DA COMUNIDADE⁷

O município possui um hospital municipal, não possui clínicas particulares, existe um laboratório municipal, 50 escolas (sendo 01 estadual e 01 particular e as demais municipais), também possui diversas creches integradas com as escolas municipais, possui igrejas católicas e evangélicas, dentre outros centros religiosos.

Serviços existentes: o município possui luz elétrica (98,91%), abastecimento de água da rede pública (42,28%), abastecimento de água por poço ou nascente (56,45%) e outros meios de abastecimento (1,27%), sistema de esgoto (1,03%), fossa (95,94%), sem destino (3,03%), sistema de telefonia com limitações a depender da região, possui uma agencia dos correios, e agencias bancarias (Banco do Brasil, Bradesco e Lotérica).

^{7 8} Fonte: JUNQUEIRO, 2014.

1.5 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE⁸

Inserção na comunidade (localização e acesso)

Todos os bairros da zona urbana como também da zona rural possuem UBS, com bom acesso e fácil localização, sendo que algumas destas possuem também unidades de apoio nas regiões que são mais extensas.

Horário de funcionamento: 07:00 às 16:00 horas.

1.5.1 Recursos humanos⁹

Cada Equipe de Saúde da Família é composta por 1 enfermeiro, 1 médico, 1 dentista, 1 ACD, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, e quantidade variável de ACS de acordo com a área de abrangência. O número total de profissionais nas Equipes de Saúde da Família: 10 médicos, 10 enfermeiros, 10 dentistas, 10 auxiliares comunitários de dentista, 10 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 65 agentes comunitários de saúde.

1.5.2 Recursos materiais¹⁰

Todas as UBS do município possuem uma boa área física que comportam bem a população que frequenta. As regiões mais extensas possuem unidades de apoio que auxiliam essas UBS onde são realizados atendimentos algumas vezes por semana, a depender da demanda local. Todas as UBS possuem materiais e equipamentos básicos necessários para a assistência a população ao nível da atenção primária, bem como para o desenvolvimento dos programas básicos de saúde, também dispõem de transporte disponível para assistência domiciliar.

^{9,10} Fonte: JUNQUEIRO, 2014

2. JUSTIFICATIVA

Torna-se relevante o estudo de um plano de intervenção para atuação da equipe de saúde da família na diminuição do déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, por caracterizar um problema não só escolar, mas comunitário. O conhecimento sobre autocuidado/higiene previne infecções e transmissão de agravos à saúde, portanto devem-se realizar ações de promoção à saúde na escola e na comunidade, para que as crianças sejam estimuladas tanto na escola quanto em seu lar.

Uma vez que cuidar de si é algo que aprendemos no cotidiano, porém este deve ser estimulado várias vezes para que seja absorvido ao comportamento, principalmente se tratando de crianças, pois estas estão na fase de construção de seus conhecimentos.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Propor um plano de intervenção que proporcione conhecimento aos escolares sobre autocuidado/higiene.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar fatores determinantes do autocuidado em pré-escolares, escolares e a comunidade;
- ✓ Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada;
- ✓ Fomentar a melhoria da qualidade de vida através de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

4. METODOLOGIA

Foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que serão aplicados para a busca são: Saúde escolar, Higiene, Promoção da saúde. Critérios de inclusão: todos os artigos que atenderem ao objetivo do estudo, independente do idioma, no período de 2009 a 2014. Os artigos que não atenderem aos critérios de inclusão e que não estejam disponíveis, não serão utilizados.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Para a elaboração do Plano de Intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional identificando os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS, et al 2010).

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade no município de Junqueiro, observa-se que há questões que devem ser melhoradas tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou:

- Uso de álcool por menores de idade;
- Déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene;
- Déficit de orientação sobre sexualidade;
- Bulling.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso de álcool por menores de idade.	Alta	7	Parcial	2

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene.	Alta	7	Parcial	1
Déficit de orientação sobre sexualidade.	Alta	7	Parcial	3
Bulling.	Alta	6	Parcial	4

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema que escolhemos para ser abordado é o Déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene. Identifica-se que os alunos de idade pré-escolar (5-6 anos) e escolares (7-10 anos) não possuem hábitos saudáveis de autocuidado/higiene no ambiente escolar, observando-se a não lavagem das mãos antes e após utilizarem o sanitário, e antes das refeições.

Quarto Passo: Explicação do problema

Caracterizar-se um problema não só escolar, mas comunitário, o conhecimento sobre autocuidado previne infecções e transmissão de agravos à saúde, portanto devem-se realizar ações de promoção à saúde na escola e na comunidade, para que as crianças sejam estimuladas tanto na escola como em casa.

Cuidar de si é algo que aprendemos no cotidiano, porém este deve ser estimulado varias vezes para que seja absorvido ao comportamento, principalmente se tratando de crianças, pois estas estão na fase de construção de seus conhecimentos.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- 1) Falta de orientação pelos pais;
- 2) Deficiência nos fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais;
- 3) Falta de orientação na escola;
- 4) Falha na capacitação de profissionais de saúde na atuação junto ao PSE.

Sexto passo: desenho das operações

Com os problemas bem explicados e identificados as causas consideradas as mais importantes, procurou-se soluções e estratégias para o enfrentamento do problema.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo - análise de viabilidade - é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- 2- Definir os prazos para a execução das operações.

Décimo passo: gestão do plano

1. Desenhar um modelo de gestão do plano de ação;
2. Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A preocupação de hábitos de higiene saudável ser aprendido na infância, através da escola, não é um tema novo, segundo Souza (2004) os trabalhos científicos de Helvécio de Andrade mostram o interesse dos profissionais de saúde com higiene, saúde e educação. Souza (2004) refere que:

Cultivar hábitos saudáveis desde a infância, acabar com os vícios e habituar a sociedade com atitudes higiênicas, prevenindo-as contra doenças; seriam tarefas reservadas não somente aos profissionais do campo médico, mas, a família e a escola deveriam dar as suas parcelas de contribuição. Desse modo cabia a escola preparar o homem saudável do futuro, moldando-o desde criança aos hábitos de higiene baseados nos preceitos da racionalidade científica. (SOUZA, 2004, p.1).

A infância é uma fase favorável para descobertas e aprendizados, é nesta fase da vida que a criança incorpora no seu cotidiano os hábitos de higiene, pois é essencial que seja na infância que ela adquira hábitos bons de higiene, refletido na sua realidade de criança e depois, ao se tornar adulta (PEDROTTI et al., 2012;). Além disso, o conhecimento sobre autocuidado/higiene deve estar presente na formação do aluno, pois segundo Ferreira, Bizarro, e Coelho (2013), os hábitos de higiene dos alunos podem ser o resultado da orientação que recebem sobre o tema, de seus pais e, sobretudo dos professores na escola.

[...] esta uma ferramenta de conhecimento pedagógico e social, visando não apenas à formação acadêmica dos discentes, mas à formação de cidadãos críticos em nível de saúde pública e ambiental. (FERREIRA, BIZARRO e COELHO, 2013, p.183).

A educação em saúde também é responsabilidade da escola, porém deve ser compartilhada com outros setores da sociedade, contudo a escola não pode se despreocupar deste encargo. É necessário facilitar o acesso à informação no espaço escolar, utilizando-se além de ferramentas tradicionais, meios tecnológicos de informação e comunicação (CAVALCANTE et al., 2012). Segundo Hansen et al. (2006) e Pedrotti et. al. (2012) a utilização de metodologias práticas e diversificadas como fantoches, jogos, brincadeiras e vídeos proporciona uma aprendizagem lúdica

e traz à criança a importância dos hábitos de higiene tornando-as capazes de serem multiplicadoras do conhecimento.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para formulação da proposta de intervenção Identificou-se os “nós críticos” relacionados ao déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene que ocorre devido:

- 1) Falta de orientação pelos pais;
- 2) Deficiência nos fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais;
- 3) Falta de orientação na escola;
- 4) Falha na capacitação de profissionais de saúde na atuação junto ao PSE.

As ações relativas a cada nó criticam serão detalhadas nos Quadros 1 a 4.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ingá, em Junqueiro, Alagoas.

Nó crítico 1	Falta de orientação pelos pais.
Operação	Pais na saúde
Projeto	Oficinas de Saúde com os pais.
Resultados esperados	Aumento na orientação dos pais aos filhos sobre autocuidado/higiene adequados.
Produtos esperados	Conhecimento e prática do autocuidado/higiene.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da Equipe Saúde da Família.
Recursos necessários	Cognitivo -+ informação sobre o tema, elaboração do roteiro para as oficinas. Político-+ mobilização social em torno das questões. Financeiro-+para recursos audiovisuais e folhetos educativos;
Recursos críticos	Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.; Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde e Educação Motivação: Favorável

Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Enfermeira (Programa Saúde na Escola/PSE)
Cronograma / Prazo	Dois meses para a apresentação da estruturação das oficinas. Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação do projeto será realizada no prazo de cinco meses, pelos envolvidos no mesmo.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ingá, em Junqueiro, Alagoas.

Nó crítico 2	Fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais.
Operação	Promoção da Saúde.
Projeto	Oficinas de Saúde com alunos e a comunidade.
Resultados esperados	Aumento do conhecimento e prática do autocuidado/higiene adequados.
Produtos esperados	Conhecimento e prática do autocuidado/higiene.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da Equipe Saúde da Família.
Recursos necessários	Cognitivo -+ informação sobre o tema, elaboração do roteiro para as oficinas. Político-+ mobilização social em torno das questões. Financeiro-+para recursos audiovisuais e folhetos educativos;
Recursos críticos	Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.; Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde e Educação Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Enfermeira (Programa Saúde na Escola)
Cronograma / Prazo	Dois meses para a apresentação da estruturação das oficinas. Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação do projeto será realizada no prazo de cinco meses, pelos envolvidos no mesmo.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ingá, em Junqueiro, Alagoas.

Nó crítico 3	Falta de orientação na escola.
Operação	Escola com + Saúde.
Projeto	Capacitação dos professores para instrução de higiene com os alunos.
Resultados esperados	Professores capacitados a orientar os alunos sobre autocuidado/higiene.
Produtos esperados	Capacitação dos professores.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da Equipe Saúde da Família.
Recursos necessários	Cognitivo -+ informação sobre o tema, elaboração do roteiro para as oficinas. Político-+ articulação intersetorial. Financeiro-+para recursos audiovisuais e folhetos educativos;
Recursos críticos	Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.; Político > articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde e Educação Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Enfermeira (Programa Saúde na Escola).
Cronograma / Prazo	Dois meses para a apresentação do projeto de capacitação dos professores. Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação do projeto será realizada no prazo de cinco meses, pelos envolvidos no mesmo.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Ingá, em Junqueiro, Alagoas.

Nó crítico 4	Falha na capacitação de profissionais de saúde na atuação junto ao PSE.
Operação	Escola e Saúde.
Projeto	Capacitação dos profissionais de saúde para atuação sobre higiene junto ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Resultados esperados	Profissionais capacitados para atuação junto ao PSE na promoção do autocuidado/ higiene.
Produtos esperados	Capacitação dos profissionais de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Coordenação municipal do PSE.
Recursos necessaries	Cognitivo--+Informação sobre o tema. Político --+ articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;
Recursos críticos	Político --+ articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade.	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária.
Responsáveis:	Coordenadora municipal do Programa Saúde na Escola.
Cronograma / Prazo	Um mês para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A avaliação do projeto será realizada no prazo de um mês, pelos envolvidos no mesmo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este plano de intervenção foi realizado com base nos objetivos propostos buscando estratégias de educação em saúde para a diminuição do déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene. Uma vez que, a higiene está incluída nos hábitos saudáveis da vida do homem, se tornando de fundamental importância quando trabalhamos o processo Educação e Saúde.

Para isso, a elaboração e execução do plano de intervenção foi uma forma sistematizada de o enfermeiro obter resultados na sua atuação profissional não lhe permitindo trabalhar de modo improvisado. Contudo o enfermeiro não trabalhou isoladamente, para que suas ações obtivessem o resultado esperado, foi de fundamental importância à participação da equipe da estratégia de saúde da família e da comunidade.

Observou-se que com a execução do plano de intervenção ocorreu uma diminuição significativa do déficit de conhecimento dos escolares sobre autocuidado/higiene, entendendo que a higiene é começo e alicerce para que se tenha uma saúde de boa qualidade com ausência de agravos.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Perfil Municipal Junqueiro**. Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico. Superintendência de produção da informação e do conhecimento. Diretoria de estatística e indicadores, v. 2, n.2, 2014. Disponível em: <http://informacao.seplande.al.gov.br/perfil-municipal/relatorios/Municipal_Junqueiro_2012.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB)**. Disponível em:<<http://www.portalideb.com.br>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento estratégico situacional**. In: CAMPOS, F. C. C. et al. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. p.118.

CAVALCANTE, R. B. et al. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. **J. Health Inform.** v.4, n.4, p.182-186, 2012.

FERREIRA, L. J. S; BIZARRO, G. H. F; COELHO, R. S. Levantamentos dos hábitos de higiene e educação ambiental em alunos do ensino médio em escolas de Realengo. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v.17, n.17, p.178-183, 2013.

HANSEN, K. S et al. Hábitos de Higiene: **É Cedo que se Começa**. Fórum Internacional Integrado de Cidadania. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Campus Santo Ângelo, RS, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Infográficos: dados gerais do município 2013**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=270400>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=270400&search=||infr%E1ficos:-hist%F3rico>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas do Desenvolvimento Humano e no Brasil 2013**. Perfil do município de Junqueiro, AL. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/junqueiro_al>. Acesso em: 18 jun. 2014.

JUNQUEIRO. **Prefeitura Municipal de Junqueiro**. Disponível em: <<http://www.prefeiturajunqueiro.com.br/p/3/sobre-junqueiro/>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

PEDROTTI et al. **Abordagem e Aplicação de Hábitos de Higiene na Educação Infantil**. XVII Seminário interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão. UNICRUZ, 2012.

SOUZA, J. E. **A higiene escolar no curso de pedagogia de Helvécio F. de Andrade**. III Congresso Brasileiro de história da educação. PUCPR, 2004. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe3/Documentos/Individ/Eixo4/316.pdf>> acesso em 10 de jan. 2015.