

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANEILIAN SILVA FERREIRA**  
**JULIANA NUNES FERREIRA**  
**MARIA DE JESUS COSTA DOS SANTOS**  
**TEREZINHA DE JESUS VIEIRA ALMEIDA**

**CONDUTA MATERNA FRENTE À CRIANÇA COM DIARRÉIA ATENDIDA**  
**NO CENTRO DE SAÚDE DR. ANTÔNIO GUANARÉ NO BAIRRO COROADINHO**  
**EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

São Luís

2008

**ANEILIAN SILVA FERREIRA  
JULIANA NUNES FERREIRA  
MARIA DE JESUS COSTA DOS SANTOS  
TEREZINHA DE JESUS VIEIRA ALMEIDA**

**CONDUTA MATERNA FRENTE À CRIANÇA COM DIARRÉIA ATENDIDA  
NO CENTRO DE SAÚDE DR. ANTÔNIO GUANARÉ NO BAIRRO COROADINHO  
EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Mestre Eremita Val Rafael

Co-orientador: Prof. Esp. Luciano Maurício do Nascimento

São Luís

2008

**ANEILIAN SILVA FERREIRA**  
**JULIANA NUNES FERREIRA**  
**MARIA DE JESUS COSTA DOS SANTOS**  
**TEREZINHA DE JESUS VIEIRA ALMEIDA**

**CONDUTA MATERNA FRENTE À CRIANÇA COM DIARRÉIA ATENDIDA**  
**NO CENTRO DE SAÚDE DR. ANTÔNIO GUANARÉ NO BAIRRO COROADINHO**  
**EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovado em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Eremita Val Rafael** (Orientadora)  
Mestre em Enfermagem  
Universidade Federal do Ceará – UFC/CE

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**  
Mestre em Enfermagem Pediátrica  
Universidade São Paulo – USP

## RESUMO

Conduta materna frente à criança com diarreia atendida no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no bairro Coroadinho em São Luís-Maranhão. O presente trabalho objetiva conhecer a conduta materna frente à criança com diarreia, atendida no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no Bairro Coroadinho. Foram analisados 100 questionários de mães cadastradas no PSF do referido Centro de Saúde. No grupo pesquisado, as variáveis estudadas foram as seguintes: escolaridade, renda familiar, área e tipo de moradia, local e destino do lixo e dejetos, residência com água encanada e rede de esgoto, forma de higiene dos utensílios e alimentos da criança. Foram analisados ainda os dados referentes a: internações por diarreia, causas, sinais e sintomas, conseqüências da diarreia. A prevalência geral de diarreia encontrada representou cerca de três internações. Os resultados deste trabalho reforçam a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, especialmente associados às precárias condições socioeconômicas e ambientais, bem como de políticas públicas voltadas à prevenção dos agravos à saúde.

Palavras-chave: Conduta materna. Diarreia. Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Conduct maternal front of the child with diarrhea answered in the Health Centre Dr. Antônio Guanaré the neighborhood Coroadinho in São Luís-Maranhão. Therefore, this study aimed to ascertain the conduct maternal front of the child with diarrhea, answered in the Health Centre Dr. Antônio Guanaré in District Coroadinho. We analyzed 100 questionnaires to mothers registered in the said FHP Health Center In the group studied, prevailed, significantly, the following characteristics: education, family income, area and type of housing, location and destination of the waste and waste, residence with piped water and sewage network, a form of utensils and food hygiene of the child. We also analyzed the data related to the admissions for diarrhea, causes, signs and symptoms, consequences of diarrhea. The overall prevalence of diarrhea was found about three admissions. The results of this study reinforce the need for further investigation on the issue, especially associated with poor socioeconomic conditions and environmental and public policies aimed at the prevention of diseases to health.

Key-words: Conduct mater. Diarrhea. Family Health Program.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual segundo o grau de escolaridade das mães pesquisadas .....	20
Gráfico 2 -	Distribuição percentual segundo a renda familiar das mães pesquisadas .....	21
Gráfico 3 -	Distribuição percentual segundo o tipo de moradia das mães pesquisadas .....	22
Gráfico 4 -	Distribuição percentual segundo o local de destino dos dejetos das moradias entre as mães pesquisadas .....	23
Gráfico 5 -	Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento da água utilizada para consumo entre as mães pesquisadas .....	24
Gráfico 6 -	Distribuição percentual segundo a forma de higiene dos utensílios da criança .....	25
Gráfico 7 -	Distribuição percentual segundo a forma de higienização dos alimentos da criança .....	26
Gráfico 8 -	Distribuição percentual da amostra segundo as internações por diarreia aguda.....	26
Gráfico 9 -	Distribuição percentual segundo as causas da diarreia relatadas pelas mães pesquisadas .....	27
Gráfico 10 -	Distribuição percentual segundo forma de apresentação de evacuações em criança com diarreia.....	28
Gráfico 11 -	Distribuição percentual segundo as conseqüências da diarreia relatadas pelas mães pesquisadas .....	28
Gráfico 12 -	Distribuição percentual segundo o procedimento das mães frente a criança com diarreia.....	29
Gráfico 13 -	Distribuição percentual segundo o tratamento utilizado pelas mães em caso de criança com diarreia.....	30
Gráfico 14 -	Distribuição percentual segundo o hábito de medicar os filhos antes de procurar a unidade de saúde.....	30
Gráfico 15 -	Distribuição percentual segundo o conhecimento das mães a respeito da utilização do soro oral .....	31

## LISTA DE SIGLAS

ACS -	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI -	Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
CEME -	Central de Medicamentos
ESF -	Equipe de Saúde da Família
IMIP -	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MA -	Maranhão
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM -	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNI -	Programa Nacional de Imunização
PNSN -	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
PSF -	Programa Saúde da Família
SM -	Salário-mínimo
SUS -	Sistema Único de Saúde
TRO -	Terapia de Reidratação Oral
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo e natureza do estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b>Período e local da pesquisa.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b>Amostra .....</b>	<b>18</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumento para coleta de dados.....</b>	<b>18</b>
<b>4.5</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>44</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A diarreia é uma das doenças mais conhecidas pela população. Isso porque, além de ser muito frequente, ela é responsável pela morte de um número muito grande de crianças no Brasil e no mundo. É uma doença perigosa, porque pode levar à desidratação e comprometer o estado de nutrição, colocando a criança em risco de se tornar desnutrida ou mesmo de morrer. Em países como Estados Unidos e a Suécia, quase não existe mais a diarreia. À medida que esses países foram se desenvolvendo, possibilitando uma melhor qualidade de vida, com acesso da população a condições sanitárias adequadas, os casos de diarreia tornam-se mais raros e menos graves (BRASIL, 2001).

Corroborando com Ribeiro e Aragão (apud CAMPOS et al., 1995) uma das estratégias para a redução da mortalidade infantil por doenças diarreicas é a utilização precoce da Terapia de Reidratação Oral (TRO). Os autores estudando o uso de TRO no Maranhão citam que a taxa de utilização da Terapia de Reidratação Oral foi menor no Estado, 39,3% sendo na capital 48,3% e no interior 37,3%. O tipo de soro utilizado foi basicamente o soro caseiro, chamando a atenção à baixa utilização do soro de pacote da Central de Medicamentos (CEME).

Segundo Messias (2006), a Terapia de Reidratação Oral (TRO) é realizada para prevenção e tratamento da desidratação causada pela diarreia aguda, principalmente em crianças. Essa terapêutica é feita com os sais de Reidratação Oral que são distribuídos pela Central de Medicamentos. A solução é composta de glicose, cloreto de sódio, citrato de sódio e cloreto de potássio, que é produzido segundo fórmula da Organização Mundial de Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF). Sua apresentação é em pó e deve ser diluído em um litro de água e ingerida pelo doente durante as evacuações. A solução é usada apenas para os casos de desidratação leve e moderada. Na desidratação grave é utilizada a hidratação venosa.

Dentre as causas da mortalidade infantil, citam-se as doenças diarreicas, como um dos agravos de maior letalidade no Brasil (BRASIL, 2001).

O Brasil é um dos países mais atingidos pelo problema da diarreia, repercutindo sobre taxas de mortalidade infantil, sendo que, anualmente, morrem 50 mil crianças menores de um ano em consequência desse problema; essa alta mortalidade está associada a vários fatores, dos quais destaca-se as condições precárias de grande parte da população. Outro fator relevante são as condições socioeconômicas da população (CAMPOS et al., 1995).

No Brasil em 1940, a taxa de mortalidade infantil era aproximadamente 149,0 por

mil nascidos vivos (SIMÕES, 1997 apud BRASIL, 2004). Em 1990 a taxa foi de 47,5 e, em 2001 foi de 27,4 por mil nascidos vivos. A redução foi mais intensa até os anos 80. Entre os anos de 1980 a 2000, a mortalidade de crianças com menos de um ano de idade reduziu-se em um ritmo bastante acelerado. Enquanto a população nessa faixa de idade aumentou 1,9%, o declínio da mortalidade foi de 73,3% no mesmo período. Alguns programas e ações adotadas entre os anos 80 a 2000, têm contribuído para o declínio acentuado dos óbitos infantis, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Terapia de Reidratação Oral (TRO), Programa Nacional de Imunização (PNI), Atenção ao Pré-Natal, além das intervenções sociais, como a ampliação do saneamento básico e fatores demográficos como a redução da fecundidade (COSTA, 2003 apud FIGUEIRA, 2004).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, com o objetivo de assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a estruturação do Sistema Municipal de Saúde, formando Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde da Família (ESF). No Programa Saúde da Família (PSF) o objeto do cuidado é a família, conjugado ao projeto de formação, capacitação, educação, avaliação e monitoramento permanente ao nosso modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2006).

A finalidade do Programa Saúde da Família é fazer com que as equipes sejam capazes de cuidar das famílias de forma humanizada, estabelecendo vínculos, fortalecendo o processo da descentralização das ações e serviços de saúde, democratizando o conhecimento da saúde e doença, estimulando o conhecimento da saúde com direito à cidadania (OLIVEIRA et al., 2006).

Com a inserção do Programa Saúde da Família nas comunidades, evidenciou-se que as crianças estão mais expostas às práticas populares, pois desde a gestação, as mães são fortemente influenciadas pelos mais velhos. A família é o principal meio de divulgação dessas práticas e têm um importante papel na manutenção da saúde de seus membros e da sua comunidade. É na unidade primária da cultura humana e da sociedade, onde as famílias têm se utilizado das práticas populares, independente de suas condições socioeconômicas e culturais (MOREIRA et al., 2006).

Dada a amplitude do problema e a variedade das tarefas inerentes a sua solução, em razão de fazer parte dos recursos da saúde, com responsabilidade na promoção e recuperação da mesma, a enfermagem desempenha uma função básica, ou mesmo essencial, no desenvolvimento de programas que objetivam diminuir a morbidade e a mortalidade por doenças diarréicas agudas.

A escolha do tema deu-se devido a grande incidência de casos de diarreia nas crianças da comunidade do Bairro Coroadinho, despertando-nos a buscar conhecimentos para melhor instrumentalizar nossas ações em prol da melhoria da qualidade de vida da população.

Diante disto despertou-nos o interesse em conhecer a conduta materna em relação às crianças com episódios diarreicos e surgiram os seguintes questionamentos:

- A mãe reconhece os sinais e sintomas da desidratação?
- Quais condutas terapêuticas tomadas antes de procurar o serviço de saúde?
- Os cuidados higiênicos relacionadas à criança estão adequados?
- A mãe altera a alimentação da criança nos episódios diarreicos?
- A situação socioeconômica tem influenciado na conduta materna?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Conhecer a conduta materna frente à criança com diarreia, atendida no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no Bairro Coroadinho.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar as variáveis socioeconômicas das mães;
- Caracterizar as variáveis demográficas das mães;
- Identificar a dieta oferecida à criança durante os episódios diarreicos;
- Levantar o conhecimento das mães a respeito dos sinais e sintomas da doença diarreica;
- Conhecer o tratamento utilizado pelas mães durante o episódio de diarreia;
- Investigar o conhecimento das mães a respeito dos cuidados básicos de higiene relacionados a alimentação da criança.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Considerações sobre líquidos e eletrólitos

A água é o principal líquido corporal, sendo essencial à vida. Todos os compartimentos de líquidos corporais possuem água e solutos (CATHERINE, 1998).

Nas crianças, 70 a 80% do peso corporal total estão similarmente em uma condição líquida (DUGAS, 1983).

Segundo Catherine (1998), os eletrólitos atuam junto com os líquidos para manter a saúde e o bem-estar. Os eletrólitos ajudam a regular a distribuição de água, controlar o equilíbrio ácido-básico e transmitir os impulsos nervosos, também contribuem para a geração de energia e para a coagulação sanguínea.

Os eletrólitos podem ser ânions (bicarbonato, cloreto e fósforo) e cátions (cálcio, magnésio, potássio e sódio). O potássio, fosfato e magnésio estão entre os eletrólitos mais abundantes dentro das células, enquanto o sódio e o cloreto são os principais eletrólitos, exercendo suas funções fora das células. O cálcio e o bicarbonato são eletrólitos encontrados ainda fora das células, sendo que o cálcio é o principal cátion envolvido na estrutura e na função dos ossos e dos dentes (CATHERINE, 1998).

O equilíbrio eletrolítico refere-se ao estado eletricamente neutro dos íons dissolvido nos líquidos corporais. Para que o equilíbrio seja mantido, deve haver constantemente um número igual de ânions e cátions de ambos os lados da membrana celular. Várias doenças conseguem perturbar o equilíbrio normal dos líquidos e eletrólitos no corpo. Dentre elas destaca-se a diarreia pelo aumento do número de evacuações e a redução da consistência das fezes (CATHERINE, 1998).

#### 3.2 A doença diarreica

Segundo Figueiredo (2005), as doenças diarreicas são causadas por vírus e bactérias veiculados pela água. As infecções podem ocorrer tanto nos adultos quanto em crianças, mas é mais frequente em crianças, podendo levar a quadros graves como desidratação severa e a morte. Os agentes etiológicos mais comuns são as bactérias *Escherichia coli*, *Shigella* e *Salmonella*.

A diarreia é um mecanismo de defesa do organismo contra a presença de algum agente agressor ou de alguma toxina na luz intestinal, assim o organismo reage tentando

expulsá-lo pelo aumento súbito do volume e da frequência das evacuações (SIGAUD et al., 1996). Sendo a diarreia uma patologia cuja sintomatologia é evidenciada pela perda excessiva de água e eletrólitos que acontece com a passagem de uma ou mais evacuações não formadas, constitui-se de sintomas de muitas afecções, podendo ser causada por diversas doenças.

A diarreia pode ser caracterizada como aumento no número de evacuações ou diminuição na consistência das fezes, interferindo de forma significativa no transporte hídrico e eletrolítico pelo trato alimentar (WHALEY; WONG, 1989).

Figueira (2004), Nettina (2003) caracterizam o episódio diarreico pelo início abrupto, o curso potencialmente autolimitado e pelas perdas fecais anormais, principalmente de água e eletrólitos. Com frequência a causa é difícil de determinar, ocasionalmente é desconhecida. Segundo Galvão et al. (1994) a diarreia é caracterizada por expulsão repetida de fezes, geralmente líquida, na maior parte das vezes acompanhada de muco e sangue podendo ser provocada por ausência do aleitamento materno e uso de alimento nutricional e microbiologicamente inadequado.

Para Façanha e Pinheiro (2005), a diarreia aguda é definida como aumento do volume fecal o que acarreta diminuição na consistência das fezes e aumento no número de evacuações com duração de até duas semanas. A diarreia com duração igual ou superior a 14 dias é classificada como persistente, pois ocorre comprometimento de peso e alterações na parede intestinal diminuindo a absorção de alimentos, e 20% dos casos a diarreia aguda torna-se persistente.

Quanto a evolução, a diarreia crônica ultrapassa quatro semanas podendo ser consequência de uma infecção resultante de intolerância ou alergia alimentar, reações medicamentosas, doenças intestinais, e em alguns casos, mesmo após investigação clínica não se consegue determinar a causa (FLORATITUDE, 2005).

Cáuas et al. (2006) ao estudar diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) constataram que 80% das crianças apresentavam o quadro de diarreia por menos de 14 dias até o momento do internamento e 20% delas por mais de 14 dias.

A criança com diarreia pode apresentar como manifestações clínicas: febre, vômito, perda de peso, recusa alimentar, prostração, irritabilidade, desconforto abdominal, sede excessiva, ressecamento da mucosa, sonolência, desidratação (BRASIL, 2004).

Dentre as complicações mediatas, a desidratação, na realidade se constitui de um distúrbio nutricional agudo, visto que há perda de macronutriente essencial, água e micronutrientes minerais principalmente sódio, potássio, cálcio e bicarbonato, é a mais

importante sendo responsável pelos altos índices de mortalidade. Outra complicação relevante é a desnutrição, para a qual contribuem a anorexia e o vômito, limitando temporariamente a ingestão de nutrientes, além da má absorção temporária e a própria diarreia, determinando perdas, além do estado hipercatabólico e o equilíbrio hidroeletrólítico aumentando assim o consumo de calorias (WOISK, 1994).

As diarreias de um modo geral são curadas espontaneamente, sendo necessário apenas cuidado com a reidratação oral. A gravidade é maior quando o portador tiver desnutrição ou outras doenças que diminuem a resposta imunológica do organismo (FIGUEIREDO, 2005).

### **3.3 A atuação do PSF na prevenção e tratamento da diarreia infantil na Região Nordeste**

O enfermeiro, um dos membros da equipe do Programa Saúde da Família, é um profissional que trabalha com a prevenção primária, cuidando do indivíduo e da coletividade, tendo como núcleo de suas ações a família em todos os ângulos. Uma das ações educativas que tem contribuído para a redução da mortalidade infantil é o controle das doenças diarreicas (OLIVEIRA et al., 2006).

Na Região Nordeste onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarreia em crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida (BRASIL, 2001).

Em 1991 a prevalência de diarreia na Região Nordeste foi de 12%, declinando em 1998 para 11,9% (BRASIL, 2004).

Observou-se que na Região Nordeste a prevalência de diarreia em menores de dois anos nas áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi de 6,2% e no Programa Saúde da Família (PSF) 6,8%, no Estado do Maranhão a prevalência foi de 7,4% para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 6,9% para o Programa Saúde da Família (PSF). A taxa de mortalidade infantil causada por diarreia na Região Nordeste teve um percentual de 4,6% nas áreas com o atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e no Programa Saúde da Família de 2,9%. No Estado do Maranhão a taxa é de 7,4% para os Agentes Comunitários de Saúde e 4,3% para o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004).

Estudo realizado na cidade do Crato (Ceará), com enfermeiras de 22 equipes do

Programa Saúde da Família, distribuídas na zona urbana e rural onde desenvolvem as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde, na assistência às crianças. Evidenciou que as práticas populares são desenvolvidas dentro de um contexto social que não se isolam dos valores culturais. Então, para se entender melhor essas práticas, é importante considerar os aspectos culturais da população. É considerada a cultura como um padrão de dogmas, crenças e práticas que, de maneira inconsciente, fundamenta ou orienta os objetivos e decisões de um grupo de pessoas. As pessoas de uma cultura diferem das de outras culturas pela maneira como pensam, solucionam problemas, percebem e estruturam o mundo (linguagem, vestimentas, dietas, cuidados de saúde, leis, políticas, economia e normas de comportamento).

Dentre as práticas mais citadas pelos autores encontram-se:

- lambedouro, banho com eucalipto para as IRA's, chá de olho de goiabeira para curar diarreia, procura do rezador contra o mau-olhado;
- quanto ao aleitamento materno, diz-se que o leite é fraco e vai matar a criança de fome, incentivando e estimulando a mãe a fazer o desmame precoce, que não vai amamentar, porque o seio vai cair;
- colocar óleo de mamona e pó de café no coto umbilical;
- colocar fitinha vermelha na testa para acabar o soluço e não dar banho na criança nos primeiros dias, pois ela pode morrer;
- uso de xaropes, lambedouros com ervas medicinais, jogar o dente da criança em cima da casa e usar pulseira com figa para proteger a criança do mau-olhado.

As práticas populares são utilizadas pelas famílias e grupos para cuidar dos doentes, grávidas, puérperas e recém-nascidos, transmitidas de geração a geração e tem um papel importante na saúde da comunidade. As crianças são mais expostas às práticas populares pois, a mulher é a cuidadora primária da família e as práticas são transmitidas entre as mulheres da família e da comunidade, que repassam seus conhecimentos adquiridos no dia-a-dia (MOREIRA et al., 2006).

Continuando o estudo, consideramos que o profissional deve respeitar as crenças e práticas populares, e adotar condutas ativas e produtivas na comunidade com o objetivo de desmistificar práticas populares nocivas à saúde da população.

As diarreias no Maranhão são consideradas efetivas causas de morbimortalidade infantil, apesar das inúmeras tentativas de controle. De acordo com os dados da Secretaria de Estado da Saúde entre 1991 e 1996 ocorreram cerca de 580 óbitos por doenças diarreicas,



sendo que 80,2% destes, foram em menores de um ano (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 1998 apud ALVES, 1998). Programas de monitoramento e controle destas doenças são importantes e podem ser implementados por serviços locais de saúde, colaborando assim positivamente para o conhecimento e a diminuição desse agravo à saúde (SCAFF, 2001).

Em São Luís não houve alterações significativas. Em 1991 a prevalência de diarreia foi de 13,6% e em 1996, 15% (TONIAL; SILVA, 1997).

Schmitz (2000) cita o Programa de Luta contra Enfermidades Diarréicas, propostas pela Organização Mundial de Saúde de forma a reduzir a morbimortalidade por doenças diarréicas que são:

- Melhor atendimento dos casos, com uso precoce da terapia de reidratação oral em pacientes com diarreia aguda e na manutenção da alimentação adequada durante a enfermidade e convalescença;
- Melhor atendimento à saúde materno-infantil, na qual se dá importância ao aleitamento materno, às práticas do desmame, à higiene pessoal, doméstica e à alimentação materna;
- Redução dos agentes patógenos, através do melhor uso e manutenção das instalações de abastecimento de água potável, saneamento e controle de vetores;
- Detecção, controle, e prevenção de epidemias diarréicas.

Figueira (2004) afirma que a incidência da diarreia é usualmente maior durante o primeiro ano de vida. A idade tenra torna a criança ainda mais vulnerável às condições ambientais desfavoráveis, fato agravado pelo desmame precoce e desnutrição.

Os lactentes amamentados de forma exclusiva, geralmente têm fezes amolecidas, não devendo isto ser considerado diarreia. A mãe da criança que mama no peito pode reconhecer a diarreia porque a consistência ou a frequência das fezes é diferente da habitual. O papel do aleitamento materno tem sido enfatizando em vários estudos, a proteção conferida pode ser atribuída às propriedades anti-infecciosas e imunológicas, propiciando recuperação mais rápida de infecções entéricas, além do que, amamentação exclusiva diminui a exposição da criança a enteropatógenos encontrados na água e em mamadeiras contaminadas (FIGUEIRA, 2004).

Algumas doenças infecciosas diminuem a resistência do organismo, favorecendo o aparecimento da diarreia e de outras doenças. Por isso a imunização ajuda a diminuir as mortes por diarreia. As vacinas devem estar atualizadas, observando-se as datas certas do esquema básico de vacinação e das campanhas. Outro fator relevante na prevenção da diarreia

aguda é o saneamento básico que compreende água tratada disponível para todos e destino adequado dos dejetos (BRASIL, 2001).

Utilizando esta abordagem, o Programa de Saúde da Família (PSF), através das ações de prevenção e promoção de saúde, teve influência positiva na saúde da criança, reduzindo taxas de mortalidade por diarreia e diminuindo a ocorrência de desnutrição (BRASIL, 2001). A intervenção da enfermagem deve visar sempre à prevenção da manifestação ou involução da diarreia. O papel do enfermeiro é fundamental na assistência prestada à criança sendo efetivada por meio dos cuidados individualizados e medidas de saneamento básico (SIGAUD et al., 1996).

Num programa de assistência primária, é necessário criar tecnologias que facilitam a transferência dos conhecimentos científicos à realidade das condições locais (MESSIAS, 1984). A estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) incorpora as experiências prévias de programas para tratar as principais doenças infantis. Essa nova visão outorga papéis à família, à comunidade e ao trabalhador de saúde que desenvolve o seu trabalho no primeiro nível de atenção. A estratégia visa diminuir as taxas de morbimortalidade infantil em países e regiões onde elas são muito elevadas, situações em que a diarreia e outras doenças evitáveis são as principais causas de óbito (BENIGUI, 2001).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

Estudo de natureza quantitativa e descritiva.

### **4.2 Período e local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no bairro Coroadinho, São Luís – Maranhão no período de 15 de junho a 25 de julho de 2007, tendo como sujeito do estudo as mães de crianças menores de dois anos, cadastradas no Programa Saúde da Família.

Fundado em novembro de 2004, para implantação do Programa Saúde da Família (PSF), o Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré está localizado à Rua da Alegria s/n, no bairro Coroadinho em São Luís – MA. Nesta Unidade de Saúde atuam duas equipes do PSF, cada uma composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários (ACS) que realizam atendimento à comunidade de segunda a sexta-feira nos turnos matutino e vespertino.

### **4.3 Amostra**

A amostra foi representada por 100 mães sem limites de idade cujos critérios de inclusão na pesquisa foram o cadastramento no Programa Saúde da Família do referido Centro de Saúde e relato de história atual ou pregressa de diarreia em pelo menos um filho com idade inferior a dois anos.

### **4.4 Instrumento para coleta de dados**

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário semi-estruturado (Apêndice A), que foi aplicado as mães, em forma de entrevista, pelas pesquisadoras.

O questionário foi elaborado levando em consideração os aspectos centrais do problema que possibilitaram identificar os fatores sociais, econômicos e culturais; bem como a conduta das mães frente à criança com diarreia, atendidas pelas equipes de Saúde da Família da referida Unidade de Saúde.

#### **4.5 Considerações éticas**

O questionário foi aplicado pelas próprias pesquisadoras, sendo assegurado o sigilo da identificação das participantes, ficando claro que as mesmas poderiam recusar-se a contribuir com a pesquisa, a qualquer momento, sem sofrer nenhuma sanção, sendo informadas do objetivo e da metodologia do referido trabalho, conforme resolução 196/96 que trata de pesquisa com seres humanos.

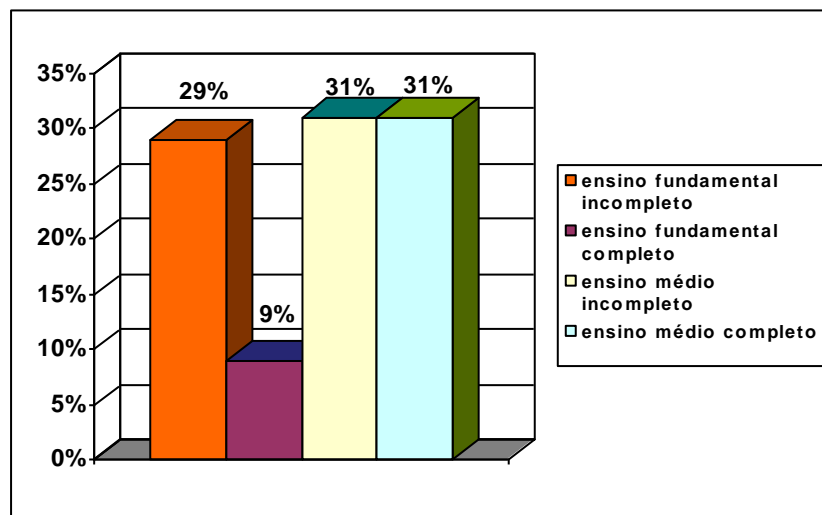
Para realização desta pesquisa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelas mães que aceitaram participar da mesma. (Apêndice B)

A coleta dos dados somente foi realizada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão através do Parecer Consubstanciado Nº 197/07 (Anexo A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a tabulação e análise dos dados, obtidos através do levantamento junto às mães, os resultados foram organizados e armazenados através do programa para edição Microsoft Office Excel 2003 e dispostos em gráficos do tipo colunas, oferecendo desta forma um melhor entendimento por parte do leitor.

Na análise das variáveis sócio-econômicas das mães entrevistadas verificou-se que somente 31% possuíam o ensino médio (Gráfico 1). Com base nos achados pode-se mensurar que possivelmente um baixo nível de escolaridade resulte em um poder aquisitivo menor, dificultando, por conseguinte, o acesso aos serviços básicos de saúde.



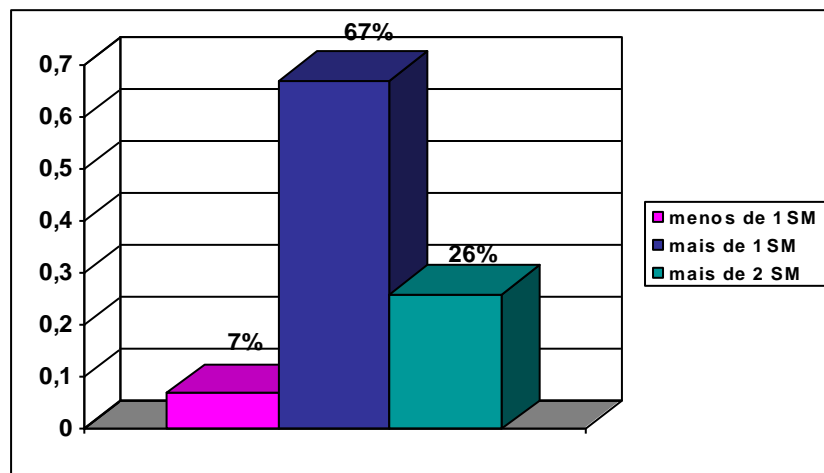
**Gráfico 1** – Distribuição percentual segundo o grau de escolaridade das mães pesquisadas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Na análise da prevalência de diarreia segundo o nível de escolaridade do chefe de família, foi encontrado 9% e 31%, respectivamente, o primeiro grau completo e o segundo grau completo. Na medida em que aumenta a escolaridade do chefe de família diminui a proporção de episódios diarreicos (RIBAS et al., 1999).

As mães que cursaram o ensino médio ou mais anos de estudo tem menos risco dos filhos apresentarem diarreia do que aquelas mães menos escolarizadas (TELLES; CARMO; AIDAR, 1993).

As parasitoses intestinais ainda são, infelizmente, muito comuns no Brasil e em outros países onde vigoram semelhantes condições favorecedoras, representadas, sobretudo por deficiente saneamento básico e má educação para a saúde (CORRÊA; A. NETO, 1990).

Entre as mães entrevistadas 67% possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos, como pode-se observar no Gráfico 2. Entretanto em outros estudos foi possível observar nos resultados uma alta correlação entre renda (corporificada nas condições de vida) com o grau de escolaridade. Como já se sabe, esta correlação aumenta mais ainda em situações de desigualdade e pobreza, como as existentes no Nordeste. Por isso, consideramos que não é absurdo dizer que maior escolaridade implica em situação de renda relativamente melhor (WOOD; CARVALHO, 1994).



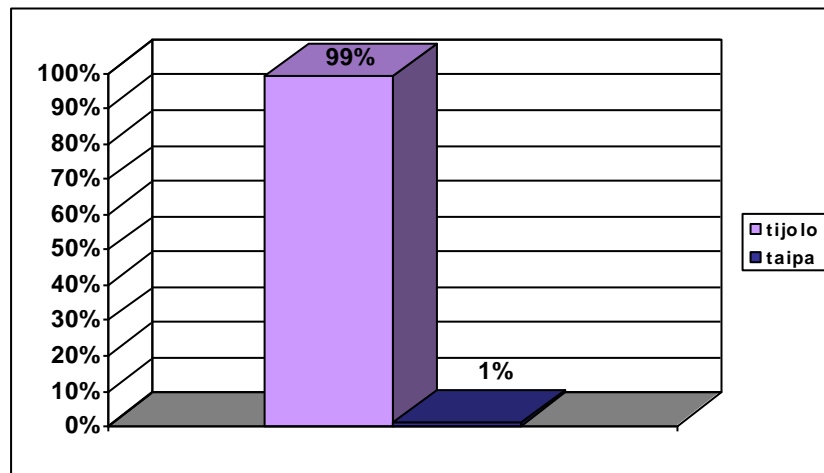
**Gráfico 2** – Distribuição percentual segundo a renda familiar das mães pesquisadas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

No estudo de Ribas et al., 1999, a medida em que aumenta a renda *per capita* familiar diminui a proporção de casos de diarreia. Para esta associação, estatisticamente significativa entre renda *per capita* familiar e número de casos de diarreia, encontrou-se valor  $p < 0,001$ . Embora tenham sido evidenciados contrastes sociais na distribuição de diarreia, nenhum grupo de renda *per capita* mostrou-se imune à mesma, o que poderia evidenciar a importância do fator climático.

Segundo os dados da pesquisa encontrou-se que todas residem em zona urbana. Ao analisar a incidência de diarreias por coortes considerando períodos previamente estabelecidos, percebe-se que os diferenciais de mortalidade e sobrevivência entre as regiões urbanas e rurais diminuiu (bastante) no decorrer das décadas entre 1970 e 1990 (TELLES; CARMO; AIDAR, 1993).

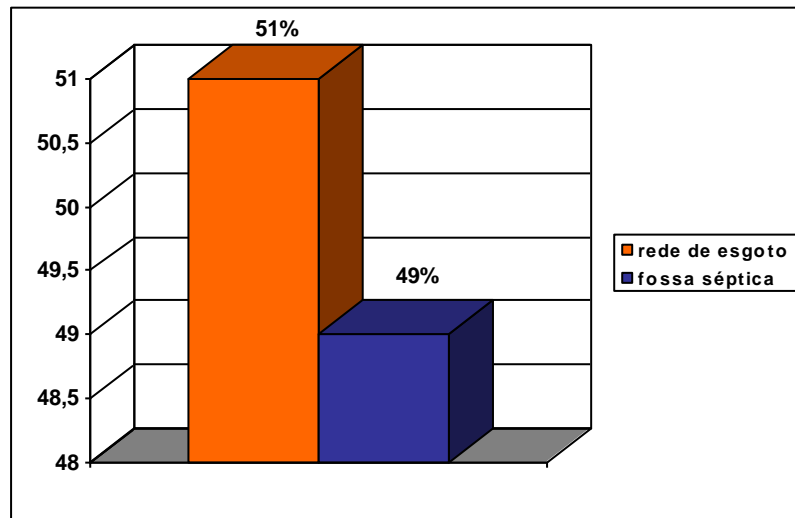
Pesquisas populacionais sobre parasitos intestinais foram realizadas em diversas regiões do Brasil e mostram freqüências bastante diferentes, de acordo com as condições locais de saneamento e características da amostra analisada (SANTO et al., 2008).

A partir dos dados coletados encontrou-se apenas um relato de moradia em casa de taipa demonstrando assim que nessa relação o tipo de moradia não interfere na incidência de diarreias.



**Gráfico 3** – Distribuição percentual segundo o tipo de moradia das mães pesquisadas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Em relação à disponibilidade de infra-estrutura sanitária nas moradias pesquisadas todas relataram possuir serviços de água encanada e coleta de lixo, porém apenas 51% das moradias destinam seus dejetos na rede de esgoto. As fossas “sépticas” estão presentes em 49% das moradias das mães entrevistadas, mas não constituem um meio ideal de destinação de dejetos, podendo em alguns casos servirem de locais passíveis de veiculação e transmissão de doenças através da contaminação dos solos.



**Gráfico 4** – Distribuição percentual segundo o local de destino dos dejetos das moradias entre as mães pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Com relação a estes fatores de predisposição às doenças, sabe-se que os grupos sociais economicamente privilegiados são pouco sujeitos a certos tipos de enfermidades, cuja incidência é acintosamente elevada nos grupos economicamente desprivilegiados. Os enteroparasitos, por exemplo, em sua maioria, estão associados a locais sujos, como os esgotos a céu aberto, córregos, lagoas e riachos contaminados, que podem acumular grande quantidade de dejetos e fezes eliminados por pessoas enfermas, bem como o lixo que costuma atrair numerosos insetos e roedores (NEVES et al., 2005).

No resultado da pesquisa encontrou-se 100% para relato do lixo coletado.

As crianças de regiões onde há deficiências na coleta de lixo têm 40% a mais de chance de apresentar diarreias e doenças parasitárias e dermatológicas. Essa é a principal conclusão de uma pesquisa realizada (CATAPRETA, 2008).

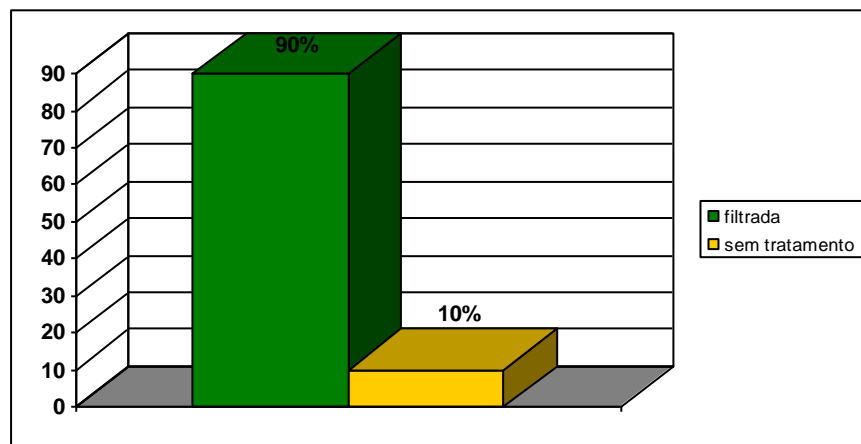
Os dados coletados demonstraram que 100% das mães usam água encanada. Nesse contexto a condição adequada definida pelo estudo de Telles, Carmo e Aidar (1993), é aquela em que o domicílio dispõe de água encanada dentro de casa ou de água engarrafada, ficando as demais situações na categoria inadequada.

Resultados que reforçam o comentário anterior, confirmam os achados de Vázquez et al. (1999), de maior prevalência de diarreia entre pessoas que viviam em casas com água encanada fora da casa. No Município de São Paulo, a frequência de diarreia infantil caiu 60% entre 1973 e 1985, período durante o qual a cobertura da rede de água expandiu-se de 52% para 95% (BENÍCIO et al., 1992). Na Região Sudeste do Brasil, crianças residentes



em domicílios sem instalações sanitárias e água encanada apresentavam elevada incidência anual de diarreia, com risco relativo de 4,5 (WALDMAN et al., 1997). De forma semelhante, no Estado do Maranhão, a prevalência de diarreia foi maior entre famílias que se abasteciam de água de poço descoberto (CAMPOS et al., 1995). No continente africano, associações semelhantes também foram descritas (TUMWINE, 2002).

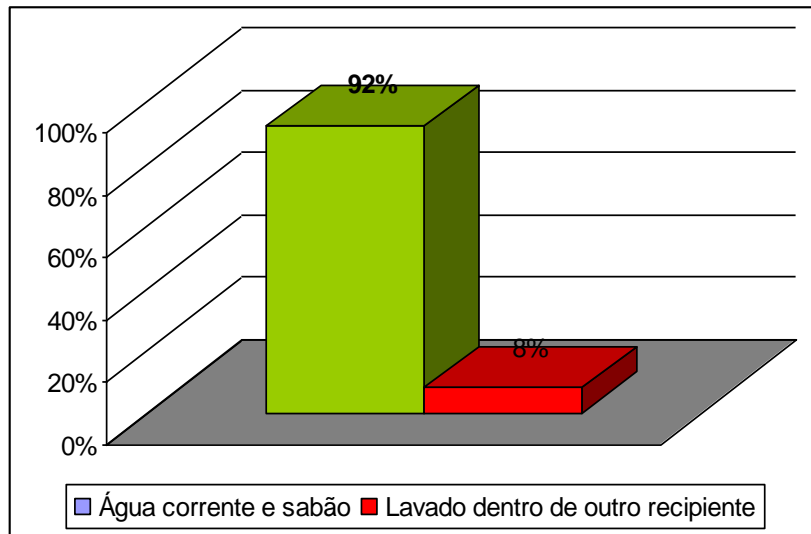
No que se refere ao conhecimento das mães sobre o tipo de tratamento da água consumida e maneiras de higienização dos utensílios e alimentos da criança, 10% relataram consumir água sem nenhum tipo de tratamento.



**Gráfico 5** – Distribuição percentual segundo o tipo de tratamento da água utilizada para consumo entre as mães pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

O fato de filtrar a água também está correlacionado com a escolarização da mãe. Quanto mais as mães são instruídas mais elas têm consciência da importância do tratamento da água para consumo (TELLES; CARMO; AIDAR, 1993).

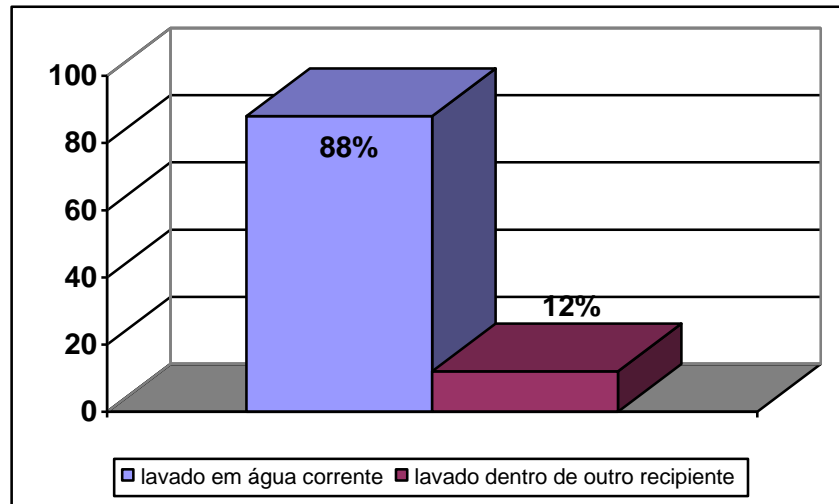
A maioria (92%) relatou usar água corrente e sabão para fazer higiene dos utensílios da criança e 8% faz a higiene dos utensílios dentro de outro recipiente.



**Gráfico 6** – Distribuição percentual da amostra segundo a forma de higiene dos utensílios das crianças das mães pesquisadas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

A ausência de serviços de abastecimento de água e disposição de excretas humanos/drenagem de águas residuais facilita a contaminação fecal do solo e do ambiente doméstico, e compromete a higiene pessoal e as práticas adequadas de preparo e consumo de alimentos, criando desta forma as condições propícias para a proliferação dos agentes associados à diarreia infecciosa, e facilitam a transmissão de altas doses de agentes infectantes. Benefícios específicos de intervenções de abastecimento de água e de águas residuais incluem a diminuição da morbidade e da mortalidade devido as doenças diarreicas e a melhoria do estado nutricional das crianças, dentre outros (ESREY et al., 1990).

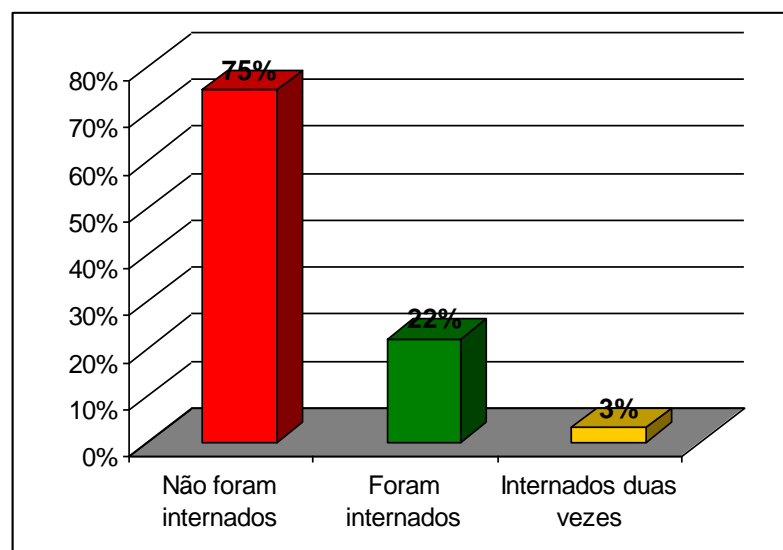
Em relação à lavagem dos alimentos da criança 88% da amostra das mães relataram usar água corrente enquanto que 12% lavam dentro de outro recipiente.



**Gráfico 7** – Distribuição percentual da amostra segundo a forma de higienização dos alimentos da criança da mãe pesquisada no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

O consumo de água sem nenhum tipo de tratamento, ou seja, água filtrada ou fervida, ainda é uma realidade em muitas moradias. A falta de informação e o desconhecimento acerca das conseqüências sobre o consumo de água e alimentos possivelmente contaminados favorecem a disseminação das verminoses além de várias outras doenças de origem bacteriana que podem provocar diarreias, principalmente em crianças.

Entre as 100 mães entrevistadas 22% relataram ter pelo menos um filho com história de internação devido à diarreia, entre os quais 3% sofreram duas internações.

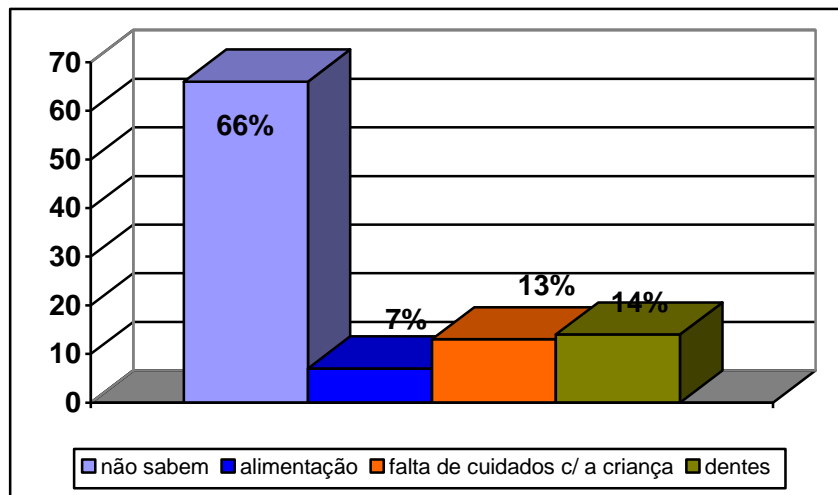


**Gráfico 8** – Distribuição percentual da amostra segundo as internações por diarreia aguda no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Os esclarecimentos de Benicio et al. (1987); Monteiro et al. (1990) justificam que apesar das quedas de morbimortalidade verificadas nos últimos anos e da possibilidade de tratamento ambulatorial na maioria dos casos, a diarreia aguda ainda é causa frequente de internações.

O Estado de São Paulo, em 1997, foi responsável por aproximadamente 18% das internações em menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2008).

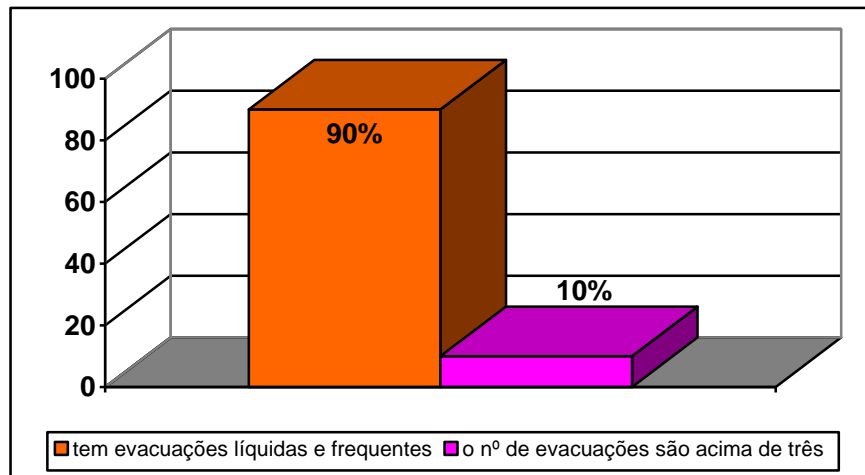
Em relação as causas da diarreia relatadas pelas pesquisadas 66% disseram não saber, 7% acreditam ter sido a alimentação a causa mais provável, 13% relataram a falta de cuidados com a criança e 14% relataram fatores relacionados aos dentes (erupção dos dentes).



**Gráfico 9** – Distribuição percentual segundo as causas da diarreia relatadas pelas mães pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guarané – São Luís-Ma, 2007.

O somatório de diversos fatores como a baixa condição financeira, a desinformação, condições sanitárias precárias e cuidados básicos de higiene deficientes contribuem para que um relativo percentual de crianças com história de diarreia venha a ter seu quadro de saúde agravado, qualificando um quadro com indicação de internação hospitalar, sem que a mãe saiba ao menos mencionar uma causa provável do problema (SANTO et al., 2008).

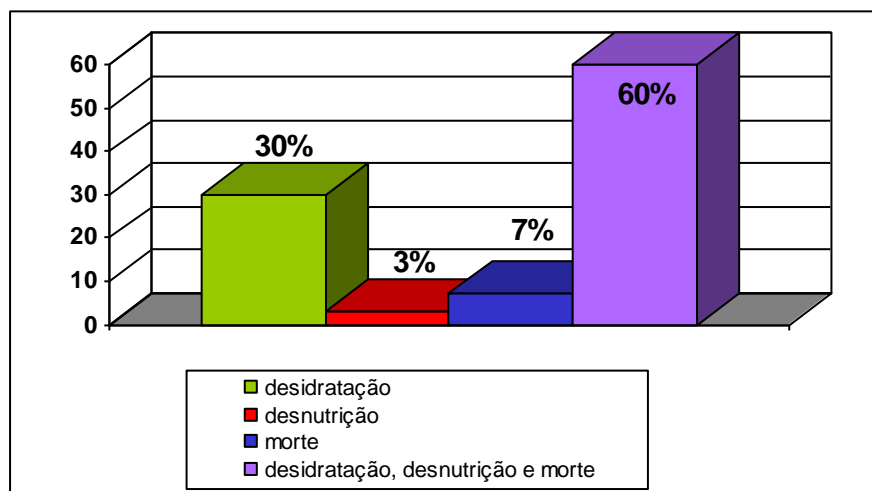
Em relação ao conhecimento das mães sobre os sinais e sintomas da diarreia 90% relataram o fato da criança ter evacuações líquidas e frequentes e 10% relataram o fato da criança ter mais de três evacuações por dia.



**Gráfico 10** – Distribuição percentual da amostra segundo forma de apresentação de evacuações em criança com diarreia atendidas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e outros componentes químicos fundamentais para o bom funcionamento do organismo. Resulta do aumento do volume e frequência da evacuação e da diminuição da consistência das fezes, que podem se apresentar líquidas e, algumas vezes, conter muco e sangue, como acontece nas disenterias. (SOUTO JÚNIOR, RIBEIRO, 2008).

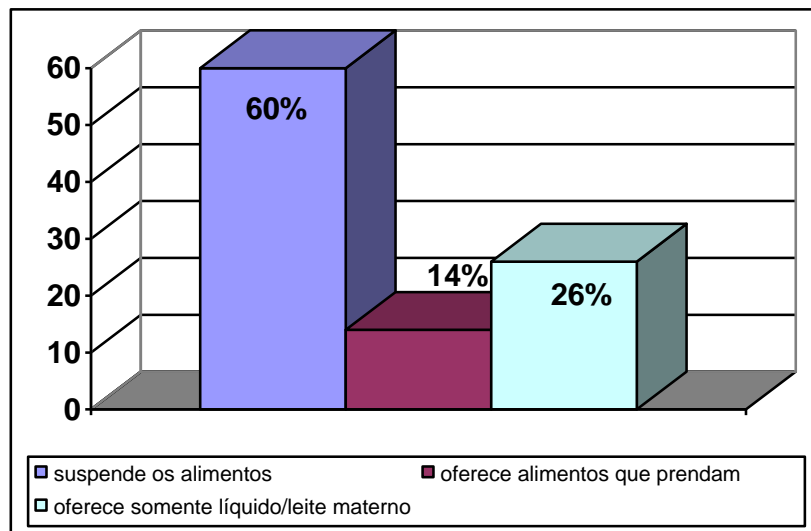
No que se refere ao conhecimento das mães sobre as consequências da diarreia 60% relataram ser desnutrição, desidratação e morte e 30% relataram como consequência apenas a desidratação.



**Gráfico 11** – Distribuição percentual segundo as consequências da diarreia relatadas pelas mães pesquisadas no C. S. Dr. Antº. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

A diarreia infantil e suas conseqüências ainda é um problema de saúde pública de alta prevalência principalmente na Região Nordeste mesmo considerando-se os suscetivos declínios das taxas de morbimortalidade infantil no decorrer dos anos. A mortalidade infantil decorrente de desnutrição e fatores socioeconômicos associados constitui um evento ainda marcante na vida da população nordestina mais carente (CAMPOS et al., 1995).

Em relação aos procedimentos tomados pelas mães frente à criança com diarreia observou-se que 60% das pesquisadas relataram que suspendem os alimentos, 14% oferecem alimentos que prendem, 26% oferecem somente líquido e/ou leite materno e nenhuma relatou oferecer alimentação normal.



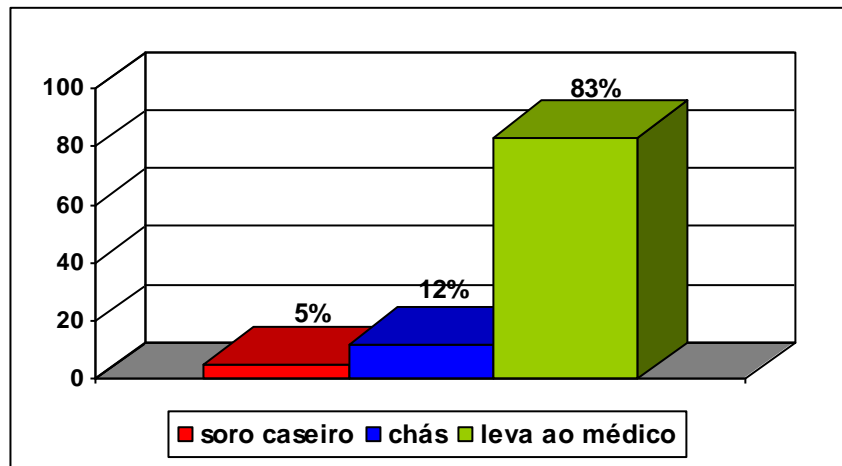
**Gráfico 12** – Distribuição percentual segundo a dieta oferecida pelas mães frente à criança com diarreia aguda pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

De acordo com Barbieri et al. (1971), entre as medidas gerais de prevenção das doenças diarreicas agudas estão: não fazer uso de auto-medicação (antibióticos e quimioterápicos). O tratamento somente deverá ser realizado mediante prescrição médica; aumentar o consumo de água e outros líquidos, como sopas, sucos, chás, soro caseiro, etc., para evitar a desidratação; □ □utilizar água tratada/clorada (ver dosagem e tempo de contato de hipoclorito de sódio).

A prevalência de diarreia aguda encontrada foi de 25%, sendo considerada elevada quando comparada com a freqüência global detectada pela Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1997) para as crianças brasileiras menores de cinco anos que foi de

10,0%, sendo observada a frequência de 8,9% para a região Centro-Oeste. Em estudo realizado na Ilha de São Luís (Maranhão), foi encontrada a prevalência de 16,8% em 1986; 18,7% em 1987; 13,9% em 1988 e 7,8% em 1989 (CAMPOS et al., 1995).

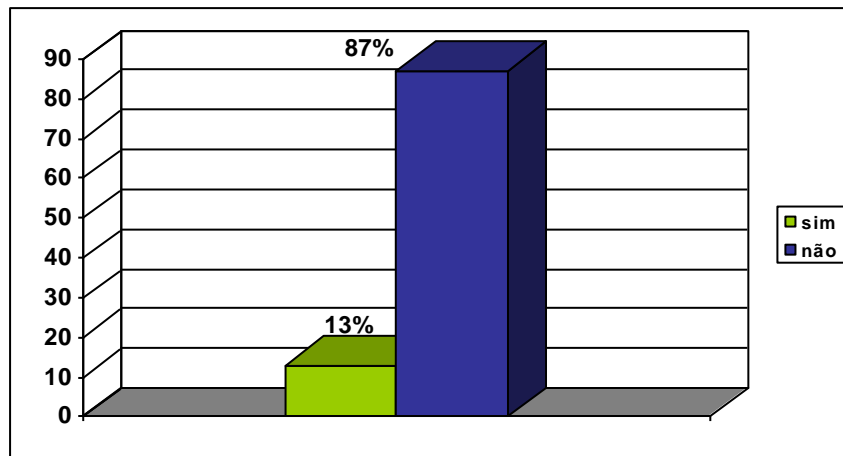
A maioria das entrevistadas (83%) relatou procurar o médico em caso de criança com diarreia, 12% dão apenas chás a criança e 5% dão apenas soro caseiro.



**Gráfico 13** – Distribuição percentual segundo o tratamento utilizado pelas mães em caso de criança com diarreia das pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Conforme salienta Wood e Carvalho (1994), mães com maior nível de escolaridade tendem a ser menos fatalistas acerca das doenças e mais aptas a procurarem por assistência, possuem melhores condições de utilizar práticas de puericultura mais avançadas; da mesma forma, a educação pode modificar as relações intra-familiares de modo a causar impacto positivo sobre a educação das crianças.

Em relação ao hábito de medicar o filho antes de procurar a Unidade de Saúde 87% relataram que não medicam os filhos.

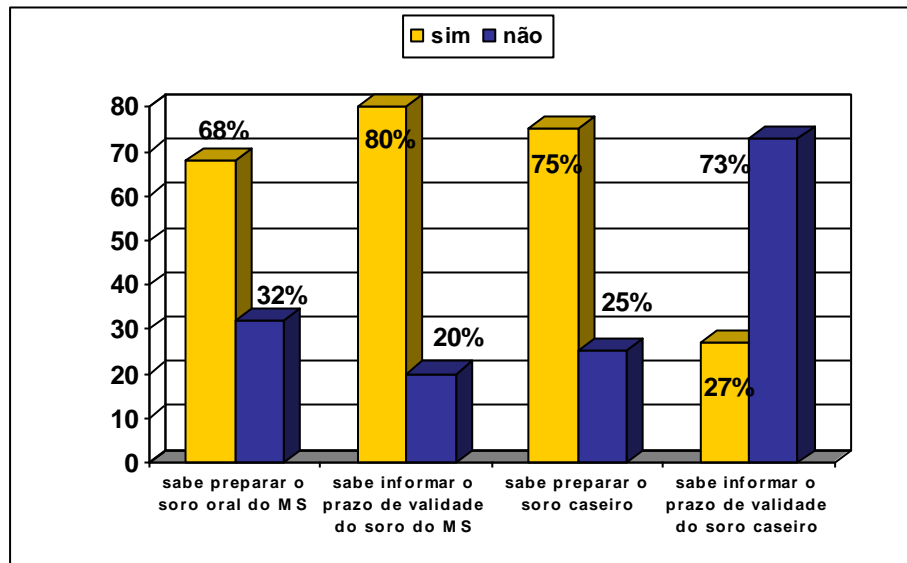


**Gráfico 14** – Distribuição percentual segundo o hábito de medicar os filhos antes de procurar o C. S. Dr. Ant.º. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Considerando-se que a pesquisa foi realizada em zona urbana e que as pesquisadas são assistidas pelas Equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde Local, observa-se que existe um grau relativo de conhecimento em relação aos procedimentos a serem tomados frente à criança com diarreia quer seja na iniciativa de procurar ajuda na Unidade de Saúde como na maneira de alimentar e medicar corretamente os filhos.

Quanto ao conhecimento das mães sobre o preparo e prazo de validade do Soro do Ministério da Saúde (MS) e Soro caseiro, 68% e 75% disseram saber preparar os Soros do MS e Soro Caseiro respectivamente enquanto que 80% e somente 27% relataram saber informar o prazo de validade dos Soros do MS e Soro caseiro respectivamente.





**Gráfico 15** - Distribuição percentual segundo o conhecimento das mães a respeito da utilização do soro caseiro pesquisadas no C. S. Dr. Ant<sup>o</sup>. Guanaré – São Luís-Ma, 2007.

Nas duas últimas décadas houve um grande avanço no manejo adequado das crianças com diarreia aguda após o surgimento, aprimoramento e utilização em grande escala da terapia de reidratação oral. Hoje estima-se que mais de 90% das crianças com diarreia aguda possam ser tratadas com sucesso utilizando-se as soluções orais de reidratação (GILIO et al., 2001).

## 5 CONCLUSÃO

O estudo da conduta materna diante de estados diarréicos teve sua importância relevante, pois é em parte reflexo das transformações socioeconômicas e um parâmetro sensível às condições de vida da população.

A renda é um determinante relevante para a queda da mortalidade, pois ela afeta a qualidade de vida das famílias que tem uma alimentação deficiente além de outras necessidades básicas não atendidas como por exemplo maior probabilidade de não ter água, esgoto e eletricidade. Em um nível mais macro a falta de recursos também reduz os investimentos por parte do governo em saneamento básico e oferta de serviços de saúde.

A educação não reflete apenas a capacidade individual das pessoas, mas também a capacidade da sociedade de ter acesso aos serviços sociais. Na ausência de um sistema socializado de serviços de saúde, a renda também determina o acesso à saúde e a outros serviços sociais que afetam diretamente a condição individual, como educação, transportes, habitação, etc.

Diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, chegou-se as seguintes conclusões:

- A maioria das entrevistadas possui um relativo grau de escolaridade (ensino fundamental e médio) e renda familiar mensal de até 2 salários-mínimos;
- Todas as entrevistadas moram na zona urbana e possuem casa de tijolos;
- Metade das moradias destinam seus dejetos na rede de esgoto todavia todas possuem água encanada e sistema de coleta de lixo;
- Grande parte consome água filtrada, porém 10% consome água sem tratamento;
- Utilizam forma correta de lavar os utensílios e alimentos das crianças;
- Das entrevistadas a maioria nunca tiveram filhos internados devido a diarreia;
- Grande parte das mães não sabem dizer qual foi a causa da diarreia do filho e relatam como principais conseqüências a desidratação, desnutrição e morte;
- Das mães entrevistadas muitas indicam como principais sinais e sintomas da diarreia as evacuações líquidas e freqüentes;
- Boa parte das mães suspendem a alimentação do filho com história de diarreia e oferecem apenas líquido e/ou leite materno;
- As entrevistadas relataram procurar ajuda médica frente à criança com diarreia enquanto que as que não procuram ajuda somente 5% oferecem o soro caseiro;

- A maioria das mães relataram não medicar o filho antes de procurar ajuda médica;
- Quase todas as mães sabem preparar e informar o prazo de validade do soro do MS;
- Mais da metade das entrevistadas das relataram saber preparar o soro caseiro, porém a maioria disseram não saber informar o prazo de validade do mesmo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à deficiência das condições sanitárias no que se refere a destinação mais indicada para a eliminação dos dejetos em 49% das casas, há a necessidade de se desenvolver trabalhos junto a comunidade sobre a importância de se proceder de maneira correta os procedimentos básicos de higiene pessoal e limpeza dos utensílios e alimentos dados a criança. Torna-se necessário também enfatizar os procedimentos adequados em relação ao tipo de alimentação oferecida à criança com diarreia e a maneira correta de preparar tanto o soro caseiro como o soro oferecido pelo Ministério da Saúde;

Ressalta-se, portanto, que o papel do Enfermeiro e sua atuação na Equipe de Saúde da Família é fundamental, pois, este constitui o elo entre a unidade central da atenção, que é a Família, e os outros níveis de atenção à saúde. É o profissional responsável pela disseminação das informações, orientação e conscientização dos integrantes da família, condições indispensáveis para a recuperação e diminuição do agravo a saúde da criança.

O aprimoramento constante das condições sanitárias, o fortalecimento da atenção básica (que inclua atividades de vigilância epidemiológica, educação em saúde e terapia de reidratação oral) e o fomento à pesquisa (que ajude a esclarecer pontos controversos ou ainda não estudados em São Luís) são algumas das medidas necessárias para diminuir a prevalência das doenças diarreicas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Aldenice Conceição M. **Diarréia e conduta materna para com crianças menores de cinco anos**. São Luís: UFMA, 1998. (Monografia de Graduação do Curso de Enfermagem).
- BARBIERI, Marco A. et al. Avaliação preliminar de um programa comunitário de assistência à infância. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n.1, jun. 1971.
- BENIGUI, Yehuda. Integrated management of childhood illness (IMCI): na innovative vision for child health care. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 1, n. 3, 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102). Acesso em: 22, jan 2006.
- BENÍCIO, M.H.D. et al. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo, SP, Brasil, 1984-1985. IV. Doença diarreica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 21, p. 23-28, 1987.
- BENÍCIO, M.H.D'A. et al. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de cinco anos – 1989. In: MONTEIRO, M.F.G.; CERVINI, R. (Orgs.). **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil – 1989**. Rio de Janeiro: Fundação IBGE; 1992. p. 79-96.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações. Hospitalares do SUS. **Morbidade hospitalar proporcional por grupo de doenças**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 18 fev. 2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**. Rede Interagencial de Informações para a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Instituto Materno Infantil de Pernambuco. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.
- CAMPOS, G.J.V. et al. Morbimortalidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 29, p. 132-139, 1995.
- CARMO Roberto Luiz do; Telles, Stella Maria B. Silva; AIDAR, Tirza. **Algumas Considerações sobre as condições do Domicílio e a Morbidade /Mortalidade Infantil na DHS 1991**. São Paulo, 1993.
- CATAPRETA, Cícero Antônio Antunes. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/geresol/coletadoencas.html>. Acesso em: 18 fev. 2008.

CATHERINE, A. Trombly. **Eletrólitos**. São Paulo: Santos, 1998.

CÁUAS, R. Cavalcante et al. Diarréia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 6. sup. 1, 2006.

CORRÊA, L.L; A.NETO, V. **Exame Parasitológico das fezes**. 5. ed. São Paulo: Ed.Sarvier, 1990.

ESREY, S. A. et al. **Health benefits from improvements in water supply and sanitation: survey and analysis of the literature on selected diseases**. Washington, DC: WASH, 1990. (WASH Technical Report nº 66).

FAÇANHA, Mônica Cardoso; PINHEIRO, Alicemaria Ciarlini. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. **Cad. Saúde pública**. Ceará, v. 21, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esp/v21n1/06.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2006.

FIGUEIRA, Fernando. **Pediatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005. 417p.

FLORATITUDE. **Diarréia**. Disponível em: <http://www.floratitude.com.br/diarreia.asp>. Acesso em: 15 dez. 2005.

GALVÃO, Clóvis E. S. et al. Terapia de reidratação oral para diarréia aguda em região nordeste do Brasil, 1986-1989. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n6/05.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2006.

GILIO, Alfredo Elias et al. Alimentação de crianças internadas por diarréia aguda: comparação de leite de vaca integral com leite diluído. **Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 159-167, 2001.

MESSIAS, DeAnne Karen Hilfinger. Reidratação oral: a solução apropriada e eficaz para o problema da diarréia infantil. **Rev. Paul. Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n. 4, 1984. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102). Acesso em: 13 mar. 2006.

MONTEIRO, C. et al. Can infant mortality be reduced by promoting breast feeding? Evidence from. São Paulo City. **Health Policy Plan**, n. 5, p. 23-9, 1990.

MOREIRA, Camila Teixeira et al. Crençices e Práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. V. 19, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.unifor.br/notitia/file/760.pdf>. Acesso em: 20 out. 2006.

NETTINA, Sandra M. Brunner. **Prática de Enfermagem**. 7. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NEVES, D.P et al. **Parasitologia humana**. 11. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, Josefa Olivinha Souza et al. Compreendendo os problemas em relação ao uso de medicamentos em uma comunidade atendida pelo PSF: desdobramentos para o enfermeiro. **Saúde Coletiva**. 9. ed. ano 3. Brasil: Bolina. p. 14-19. 2006.

RIBAS, Dulce L. B. et al. Saúde e estado nutricional infantil de uma população da região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 4, ago.1999.

SANTO, Moisés E. S. et al. Ocorrência de enteroparasitos em crianças atendidas no programa de saúde da família de uma área de abrangência do município de Vespasiano, Minas Gerais, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 25-29, 2008. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_03.htm). Acesso em: 15 jan. 2008.

SCAFF, Alfredo José Monteiro. **Monitoramento das doenças diarréicas agudas em São Vicente, 1993-1997**. Campinas, 2001.

SCHMITZ, Edilza Maria. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira et al. **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996.

SOUTO JÚNIOR, José Veloso; RIBEIRO, Maria Aparecida Andrés. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br/noticias/link37.htm>. Acesso em: 18 fev. 2008.

TONIAL, Sueli Rosina; SILVA, Antônio Augusto Moura da (org.) **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís, 1997.

TUMWINE, J.K. et al. Diarrhoea and effects of different water sources, sanitation and hygiene behaviour in East África. **Tropical Medicine & International Health**, n. 7, p. 750-756, 2002.

VASQUEZ, M.L. et al. Incidência e fatores de risco de diarréia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, p. 163-171, 1999.

WALDMAN, E.A. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, em área da Região Sudeste do Brasil, 1986-1987. II – Diarréias. **Revista de Saúde Pública**, n. 31, p.62-70,1997.

WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 910p.

WOISKI, Jacob Renato. **Nutrição e dietética em pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1994.

WOOD, Charles H.; CARVALHO, J.M. **A demografia da Desigualdade no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 1994. (IPEA. Série PNPE, 27).



## APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Aplicado às Mães de Crianças com Diarréia

Laboro- Excelência em Consultoria e Pós-Graduação  
Universidade Estácio de Sá  
Curso de Especialização em Saúde da Família

**Questionário aplicado às mães de crianças menores de dois anos de idade com diarréia, atendidas no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no Coroadinho em São Luís - MA.**

1. A criança já teve diarréia?  
 sim  
 não
2. A criança já internou por diarréia?  
 sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 não
3. Qual o nível de escolaridade? \_\_\_\_\_
4. Qual a renda familiar?  
 – de 1 salário mínimo  
 + de 1 salário mínimo  
 + de 2 salários mínimos  
 + de 3 salários mínimos
5. Qual a área de moradia?  
 zona urbana  
 zona rural
6. Qual o tipo de moradia?  
 tijolo  
 taipa  
 madeira
7. Qual o destino dos dejetos?  
 rede de esgoto  
 fossa séptica  
 fossa negra  
 maré
8. Qual o destino do lixo?  
 coletado  
 enterrado  
 queimado  
 jogado em terreno baldio
9. Qual a procedência da água que você utiliza ?  
 poço  
 encanada
10. A água que você utiliza para beber é:  
 fervida  
 filtrada  
 sem tratamento

11. Como é feita a higiene dos utensílios da criança?

- água corrente e sabão  
 lavado dentro de outro recipiente  
 lavados junto com os utensílios dos adultos  
 Outro. \_\_\_\_\_

12. Como é feita a higiene dos alimentos (frutas) da criança?

- lavado em água corrente  
 lavado dentro de outro recipiente  
 Outro. \_\_\_\_\_

13. O que causa a diarreia?

\_\_\_\_\_

14. A criança está com diarreia quando:

- tem evacuações líquidas e freqüentes  
 o número de evacuações são acima de três  
 tem muco e sangue nas fezes  
 Outro. \_\_\_\_\_

15. Quando a criança está com diarreia você?

- suspende os alimentos  
 oferece alimentos que prendam  
 oferece alimentação normal  
 oferece somente líquido/ leite materno  
 Outro. \_\_\_\_\_

16. Na sua opinião, a diarreia pode causar:

- desidratação  
 desnutrição  
 morte  
 desidratação, desnutrição e morte  
 outro

17. Você costuma medicar seus filhos antes de procurar a unidade de saúde?

- sim  
 não

18. Que tratamento você utiliza nos casos de diarreia?

- soro caseiro  
 chás  
 benzezeira  
 leva ao médico  
 outro \_\_\_\_\_

19. Sabe preparar o soro oral do Ministério da Saúde?

- sim  
 não

20. Sabe informar o prazo de validade após preparo do soro oral do Ministério da Saúde?

- sim  
 não

21. Sabe preparar o soro caseiro?

- sim  
 não

22. Sabe informar o prazo de validade após preparo do soro oral caseiro?

- sim  
 não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**LABORO: Excelência em Pós-Graduação**  
**Universidade Estácio de Sá**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Eremita Val Rafael  
 eremitavr@globo.com

E-mail:

End.: Condomínio Village Du Soleil, nº 01 – Alameda Santos – Jardim Paulista – Olho D’Água. São Luís – MA. CEP 65065-47; Fone: 8111-3314

Pesquisadores: Aneilian Silva Ferreira, Juliana Nunes Ferreira, Maria de Jesus C. dos Santos e Terezinha de Jesus V. Almeida

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/HU-UFMA: Wildoberto Batista Gurgel  
 End. do Comitê: R. Barão de Itapary, 227 Centro. Fone: 3219-1233

**CONDUTA MATERNA FRENTE À CRIANÇA COM DIARRÉIA ATENDIDA NO CENTRO DE SAÚDE DR. ANTÔNIO GUANARÉ NO BAIRRO DO COROADINHO EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

Prezada Sra., estamos realizando uma pesquisa com mães de crianças menores de dois anos que apresentem história atual ou pregressa de diarreia e que são atendidas no Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré no bairro do Coroadinho. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer melhor a população atendida nessa Unidade e permitirão que se possa planejar ações específicas, voltadas para a realidade dessa comunidade. As informações fornecidas serão usadas apenas para essa pesquisa não sendo divulgados dados que identifiquem os participantes. Sua participação não implicará em custos. Caso a Sra. desista de participar não haverá nenhum prejuízo ao seu cuidado ou ao cuidado do menor prestado nesse serviço.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, após ter sido esclarecida e entender as explicações que me foram dadas pelo pesquisador responsável, que concordo em participar da pesquisa, dando informações referentes às condições de moradia e de saúde. Fui esclarecida que está garantido qualquer esclarecimento que se fizer necessário durante o desenvolvimento da pesquisa, não havendo riscos ou desconfortos a mim ou ao menor sob a minha responsabilidade, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar esse consentimento sem penalidade ou prejuízo ao meu cuidado ou ao cuidado do menor sob minha responsabilidade; foi garantido o sigilo e a privacidade das informações que forneci e que não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Local e data

\_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo do  
 Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do participante ou Responsável  
 Centro de Saúde Dr. Antônio Guanaré

ANEXO

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 197/07

Pesquisador(a) Responsável: **Eremita Val Rafael**

Equipe executora: **Eremita Val Rafael, Aneilian Silva Ferreira, Juliana Nunes Ferreira, Maria de Jesus C. dos Santos e Terezinha de Jesus V. Almeida**

Tipo de Pesquisa: **Projeto de Especialização**

Registro do CEP: **119/07** Processo Nº. **33104-536/2007**

Instituição onde será desenvolvido: **Unidade Mista do Coroadinho**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **16.03.2007** o processo Nº. **33104-536/2007**, referente ao projeto de pesquisa: **“Conduta materna frente à criança com diarreia atendida no Centro de Saúde Dr. Antonio Guarã no bairro coroadinho em São Luis-Maranhão”**, tendo como pesquisadora responsável **Eremita Val Rafael**, cujo objetivo geral é **“Conhecer a conduta materna frente à criança com diarreia, assistida no Centro de Saúde Dr. Antonio Guarã no bairro do Coroadinho”**. Na metodologia: trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, vindas em tempo hábeis supri-las adequadas e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, estando bem fundamentado, tendo importância social e atendendo aos princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo é considerado **APROVADO**.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 15/06/2008 e ao término do estudo, gravado em CD ROM..

São Luis, 15 de junho de 2007

**Wildoberto Batista Gurgel**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital Universitário da UFMA  
*Ethica homini habitat est*

---

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**  
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 2109-1223  
E-mail cep@huufma.br