

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

ALINE MOREIRA JANSEN
ERIAS ALVES COSTA
GEORGIA HELENY CAMPOS ARRUDA CARVALHO
JULIANA SOARES PENHA CAMARA

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DE DIARRÉIA AGUDA
EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE BURITICUPU-MA

São Luís

2009

ALINE MOREIRA JANSEN
ERIAS ALVES COSTA
GEORGIA HELENY CAMPOS ARRUDA CARVALHO
JULIANA SOARES PENHA CAMARA

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DE DIARRÉIA AGUDA
EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE BURITICUPU-MA**

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 Rosemary Ribeiro Lindholm.

São Luís

2009

ALINE MOREIRA JANSEN
ERIAS ALVES COSTA
GEORGIA HELENY CAMPOS ARRUDA CARVALHO
JULIANA SOARES PENHA CAMARA

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DE DIARRÉIA AGUDA
EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE BURITICUPU-MA**

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

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm (Orientadora)

Mestre em Enfermagem

Universidade de São Paulo – USP

Prof^a Monica Alves Gama (Examinadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo

A “Leidinha” (*in memoriam*) nossa amiga, irmã e companheira.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador de todo o universo, autor das nossas vidas, tenho certeza de que sem Ele não estaríamos escrevendo estas palavras de agradecimento. Porque, dele, são todas as coisas, inclusive nossas vidas.

As nossas mães que, com todo amor, exemplo de vida e conduta humana construiu nossas vidas, mesmo com todas as dificuldades e limitações, não mediu esforços para nos educar e oferecer condições necessárias para que estudássemos. Não existem palavras para descrever o quanto as amamos.

Em especial, a professora Rosemary Lindholm, nossa orientadora, pela paciência, dedicação, profissionalismo, compreensão e amizade, presentes desde a concepção do tema.

Aos professores do LABORO, com os quais tivemos a oportunidade e o prazer de aprender.

Ao Jomar Câmara, Igor Vinicius Câmara e Seu Ribamar pela atenção e ajuda prestada para a concretização deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram na construção e finalização deste, o nosso muito obrigado.

*“O verdadeiro heroísmo consiste em persistir
mais um momento quando tudo parece perdido”.*
W.F. Grenfel.

RESUMO

A diarreia aguda é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 5 anos, sendo considerada um problema de saúde pública. O objetivo deste estudo foi: Investigar fatores que contribuem para a ocorrência da diarreia aguda em crianças de 0 a 5 anos atendidas em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Buriticupú-MA, buscando assim conhecer as condições socioeconômicas e demográficas da população em estudo e identificar a prática da utilização das soluções de reidratação oral. Foi realizada uma pesquisa descritiva prospectiva, a partir de uma população de crianças de 0 a 5 anos cadastradas no Programa Saúde da Família, atendidas na Unidade de Saúde da Família Açude Terra Bela. Foi obtida uma população de 48 crianças que procuraram atendimento com queixa de diarreia, no período de junho a julho de 2009. Os dados foram coletados através de um questionário com 19 perguntas semi-abertas, contendo variáveis como idade, sexo, escolaridade do responsável, renda mensal da família, tipo de casa, origem da água, destino dos dejetos, peso ao nascer, duração da diarreia da criança, dentre outras. O mesmo foi aplicado individualmente à mãe ou cuidador da criança. Os resultados mostram que a maioria da população avaliada possuía renda mensal de 1 salário mínimo, correspondendo a 50%, a ocupação da família 37% de lavradores, 32% das mães ou cuidador das crianças tinham ensino fundamental incompleto, a maioria dos responsáveis pela criança são do sexo feminino 94%, das famílias estudadas 58,3% residem em casas de tijolos; 79% utilizava água encanada, 58,5% utilizava fossas sépticas, 58,3% das crianças são do sexo feminino, 93,75% nasceram pesando mais de 2.500 gramas, 31,2% tinham entre 36 a 60 meses, 93,75% das crianças fizeram uso do aleitamento materno, grande parte das crianças já tiveram episódios de diarreia em alguma idade de suas vidas, atingindo 79% dos casos, sendo que 94,7% delas apresentaram a doença num período menor que 14 dias, 100% das mães já tinham conhecimento sobre o que era diarreia, 60,5% das mães ofereciam alimentos sólidos, os tratamentos realizados para evitar a desidratação causada pela diarreia, o mais utilizado foi o soro de pacote, administrado em 73,6% das crianças, 75% das mães já tinham conhecimento sobre o soro de reidratação oral, quanto às informações sobre o soro, 55,5% foi passada pelo Enfermeiro. Para o combate à diarreia em crianças com idade abaixo de cinco anos é importante atenção especial à saúde infantil e à alimentação das mesmas, incluindo cobertura adequada e qualidade nos serviços de saneamento ambiental.

Palavras-chave: Diarreia aguda. Ocorrência. Desidratação. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

The acute diarrhea is one of the main cause of morbidity and mortality in children minor than 5 years old, so it's considered an issue of public health. The objective of this study was: investigate factors that contribute to the occurrence of acute diarrhea in children aged 0 to 5 years treated in Unidade de Saúde da Família at the city of Buriticupú-MA. Seeking well aware of the socioeconomic and demographic characteristics of the study population and identify the practical use of oral rehydration solutions. It was performed a prospective descriptive study, from a population of children aged 0 to 5 years enrolled in the Family Health Program, the Unidade de Saúde da Família Açude Terra Bela. It was obtained a sample of 48 children who sought medical care complaining of diarrhea, from June to July 2009. It was obtained a sample of 48 children who sought medical care complaining of diarrhea, from June to July 2009. Data were collected through a questionnaire with 19 questions semi-open, containing variables such as age, gender, schooling level, household income, house type, water source, disposals, birth weight, duration of diarrhea the child, and others. The same was applied individually to the mother or caregiver of the child and completed by the study authors based on information such as the objectives of the work. The results show that the majority of the population studied had a monthly income of 1 minimum wage, which represents 50%, the occupation of 37% of family farmers, 32% of mothers or caregivers of children had incomplete primary education, most responsible for the child are female 94% of the families studied 58.3% live in brick houses, 79% used tap water, 58.5% used septic tanks, 58.3% of children are female, 93.75% were born weighing more than 2,500 grams, 31.2% were between 36 and 60 months, 93.75% of the children made use of breastfeeding, most children have had episodes of diarrhea at any age in their lives, reaching 79% of cases, of which 94.7% had the disease in a shorter period than 14 days, 100% of the mothers were already aware of what was diarrhea, 60.5% of the mothers offered solid food, the treatments for prevent dehydration caused by diarrhea, the serum was used to package, administered in 73.6% of children, 75% of mothers had knowledge about oral rehydration solution, for information on the serum, 55.5% was passed by the nurse. To fight diarrhea in children under five is important to pay special attention to child health and feeding of them, including coverage and quality of environmental sanitation services.

Key-words: Acute Diarrhea. Occurrence. Dehydration. Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	METODOLOGIA	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	26
	APÊNDICES.....	28

1 INTRODUÇÃO

Pode-se definir diarreia aguda como um processo sindrômico de duração igual ou inferior a 14 dias, de etiologia presumivelmente infecciosa (viral, bacteriana ou parasitária), que provoca má absorção de água e eletrólitos, aumento do número de evacuações e do volume do fluido fecal, acarretando à criança depleção hidrossalina de intensidade variável (MORAIS; CAMPOS; SILVESTRINI, 2005). Segundo Bergman (2003), a patogenia da maioria dos episódios de diarreia pode ser explicada por anormalidades da secreção, equilíbrio osmótico ou motilidade, ou uma combinação destas. Destaca ainda Barbosa 1995, que o constituinte primário das fezes é a água, um desequilíbrio na absorção e/ou eliminação de água, eletrólitos e nutrientes manifesta-se como diarreia.

Existem várias definições de diarreia, porém dentre elas ainda não há um consenso até hoje. Para Focaccia (2005), entende-se como diarreia aguda uma alteração no estado das fezes, associada a uma anormalidade no número de episódios de evacuações de fezes líquidas ou anormalmente amolecidas por dia, em um período de quatorze dias.

A diarreia aguda pode ser causada por vários fatores, entre eles estão à infecção viral ou bacteriana, as infecções extra-intestinais, as intolerâncias alimentares, os distúrbios psicogênicos e o supercrescimento bacteriano após antibioticoterapia, sendo assim, considerada umas das mais importantes causas infecciosas de morbimortalidade que pode ser evitada em crianças menores de cinco anos. São registradas altas taxas de incidência em áreas com falta de saneamento básico e com baixas condições de moradia (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2007; SILVA; GARCIA; MENDONÇA, 2000).

Entre crianças de famílias de baixa renda que moram em condições insalubres, a diarreia possui etiologia predominantemente bacteriana. A etiologia viral é mais freqüente naquelas que vivem em condições ambientais satisfatórias. As protozooses estão associadas à diarreia aguda tanto em crianças imunodeprimidas quanto nas imunocompetentes, desempenhando papel secundário do ponto de vista epidemiológico (IMIP, 2000).

A criança com diarreia apresenta sintomas como febre, vômito, perda de peso, recusa alimentar, desconforto abdominal, prostração, irritabilidade, sede excessiva, ressecamento da mucosa e sonolência (FERREIRA; SANTOS; ALMEIDA, 2005). Destaca ainda Murahovschi (1993), que as principais complicações da diarreia aguda encontram-se a desidratação, os distúrbios hidroeletrólíticos e a desnutrição.

Populações com incidências elevadas de desnutrição e precariedade em relação às condições de vida e à assistência médica necessária, geralmente estão situadas em regiões pobres, nas periferias das grandes cidades e em zonas rurais (SUCUPIRA et al., 2000).

Segundo Marcondes (1998), a diarreia e a desnutrição formam um ciclo vicioso em que um processo predispõe e agrava o outro e são nos países onde as precárias condições de vida concorrem para alta prevalência de desnutrição e um grande número de infecções.

Os fatores de risco associados à diarreia aguda podem ser explicados dentro de um modelo multicausal que inclui uma enorme quantidade de fatores socioeconômicos, políticos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais inter-relacionados. A criança com menor idade, em desmame precoce, desnutrição, falta de higiene e saneamento básico, péssimas condições de moradia, desinformação, entre outros, encontra-se em situação de risco, ou seja, favorável ao aparecimento da doença (SIGAUD et al., 1996; WONG, 1999). Para Silva; Garcia; Mendonça (2000), muitos outros fatores são também determinantes desta patologia, como o acesso precário aos serviços de saúde, a falta de orientação técnica dos profissionais, os preconceitos culturais e a baixa escolaridade materna. Afirma ainda Muscari 1998, que os fatores predisponentes incluem: idade, desnutrição, doença crônica, uso de antibióticos, água contaminada, medidas sanitárias ou de higiene precárias, preparação e conservação inadequadas dos alimentos e viagens para países subdesenvolvidos.

Apesar de não se encontrar unanimidade quanto à etiologia da doença diarreica em países em desenvolvimento, há nesses locais um grande número de fatores, favorecendo a infecção bacteriana, tais como: práticas inadequadas de higiene física e alimentar, desmame precoce, aglomerações no domicílio e institucionais, ausência de saneamento básico nos locais de permanência, acesso a coleções hídricas contaminadas. Afirma ainda que deficiências nutricionais como a intolerância a lactose também é um fator predisponente para o aparecimento da diarreia, a incapacidade de aproveitarmos a lactose, ingrediente característico do leite animal ou derivados produz alterações abdominais, no mais das vezes, diarreia, que é mais evidente nas primeiras horas seguintes ao seu consumo (PONTUAL; FALBO; GOUVEIA, 2007).

Admite-se, no Brasil, que 28 milhões de crianças menores de cinco anos estejam sob o risco de apresentar diarreia e suas complicações (SILVA; GARCIA; MENDONÇA, 2000). Afirma ainda IBGE 1989, que o Brasil é um dos países que ainda apresenta altas taxas de mortalidade infantil por diarreia.

Segundo Marcondes (1998), a diarreia tem sido inseparável companheira da pobreza, da ignorância e do meio ambiente insalubre. A gênese das altas taxas de morbidade é assunto

muito complexo devido à multiplicidade de fatores em jogo, excetuando-se os surtos epidêmicos no dia-a-dia, os casos relacionam-se com as condições sócio-econômicas de determinados grupos populacionais ligados diretamente a uma política de saúde e educação coerente e efetiva para região.

O Brasil é um dos países mais atingidos pelo problema da diarreia e possui como consequência uma alta taxa de mortalidade infantil, atingindo anualmente 50 mil mortes em crianças menores de um ano. Essa alta taxa está relacionada a vários fatores, entre eles as precárias condições de moradia e saneamento básico em que a maioria da população se encontra. O Nordeste brasileiro foi indicado como a região de índices mais elevados de morbimortalidade infantil por diarreia, sendo justificado pelos resultados de estudo prospectivo investigativo domiciliar, que mostra cada lactente com uma incidência média de seis a oito episódios de diarreia por ano (CAMPOS et al., 2007).

Na região Nordeste, o risco de morte por diarreia em crianças menores de cinco anos é cerca de quatro a cinco vezes maiores do que na região Sul, representando cerca de 30% do total de mortes durante o primeiro ano de vida (SOUTO et al., 2007).

“Nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde estima que crianças menores de 5 anos apresentem, em média, 2-3 episódios de diarreia/ano e nos dois primeiros anos de vida ocorrem 20 óbitos/1000 casos de diarreia” (VASCO, 2007).

A estimativa anual, em 1980, para mortalidade infantil advinda da diarreia e suas complicações era de quatro milhões e meio de crianças, contribuindo, dessa forma, para que os episódios de diarreia aguda permanecessem como um dos principais fatores relacionados à morbimortalidade infantil em todo mundo, até os dias atuais. Como consequência, o mundo viu-se diante de um grande problema de saúde pública, o que levou a uma mobilização em âmbito mundial, com intervenções minimizadoras dos efeitos da diarreia aguda e sua prevenção. Dentre essas intervenções, o desenvolvimento e a implementação da terapia de reidratação oral (TRO) foi e tem sido a mais eficaz (FOCACCIA, 2005)

Nos últimos 20 anos, a TRO teve um grande avanço nos países subdesenvolvidos em relação ao cuidar da saúde, porém, nos desenvolvidos não acontece da mesma forma, visto que essa intervenção é pouco utilizada devido à facilidade ao uso dos líquidos de reidratação intravenosa e intervenções preventivas (WONG, 1999).

O tratamento indicado para a diarreia aguda é a terapia de reidratação oral que previne e corrige a desidratação. Sendo assim, pode-se observar que há 90% a 95% de eficácia, inferindo-se que o uso dos sais de reidratação oral é fundamental para a redução da incidência da doença (IMIP, 2000). Murahovschi (1993) acrescenta que o tratamento com

remédio é quase inutilizado, pois o soro hidratante iniciado concomitante com uma alimentação rica em nutrientes é apontado como o mais moderno e eficaz tratamento.

O uso de sais para reidratação oral (SRO) é fundamentado no conhecimento da fisiopatologia das diarreias e nos mecanismos relacionados com o movimento da água, glicose e eletrólitos, através da mucosa intestinal. A absorção de sódio acoplado à glicose não se altera durante a diarreia aguda, tem sido este fato demonstrado cientificamente, através de pesquisa (AIRES, 2000).

Vários estudos têm mostrado declínio acentuado nas taxas de hospitalização e de mortalidade por diarreia, com redução nos custos, a partir da implantação dos programas de terapia de reidratação oral (SUCUPIRA et al., 2000).

“A taxa de utilização da TRO em 1996 no Estado do Maranhão (39,3 %) foi igual à observada em 1991 (37,7%) ($p > 0,05$). Este percentual está dezesseis pontos abaixo da observada pela PNDS (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde) para o país como um todo, em 1996” (SILVA; RIBEIRO, 1997).

Sucupira et al (2000) descreve as principais medidas preventivas para a doença diarreica: o incentivo e a conscientização das mães sobre a importância do aleitamento materno; a orientação do desmame; boas condições nutricionais da mãe e da criança; a higiene pessoal e doméstica; o acesso adequado à água potável e rede de esgoto; a coleta de lixo; a higiene dos alimentos; a imunização contra o sarampo e a identificação e controle das epidemias. Por outro lado, a maioria dos pais acredita que a melhoria da consistência das fezes estará revertendo o quadro diarreico da criança, ao realizarem hábitos alimentares, introduzindo preparados caseiros à base de arroz e cenoura, fazerem uso de medicamentos constipantes e utilizarem leites diluídos e acrescentados a grandes quantidades de farinha. No entanto, a verdade é que nenhum desses alimentos exerce efeito sobre o processo diarreico.

Para que a assistência de enfermagem à criança com diarreia possa ser efetiva, precisa-se ter em vista, de um lado, os cuidados individualizados à criança e, de outro, os cuidados que implicam medidas de saneamento básico. De uma forma ou de outra, a intervenção de enfermagem deve visar sempre à prevenção da manifestação ou da evolução da doença (SIGAUD et al., 1996).

Em conformidade com esses fatos, surgiu o interesse de investigar mais sobre os fatores que contribuem para a ocorrência da diarreia aguda em crianças de 0 a 5 anos, influenciando, dessa forma, na escolha do tema desta pesquisa. Pretende-se, nesse caso, levar à sociedade e aos profissionais de saúde a conscientização sobre a importância das boas condições de moradia, higiene física e alimentar, saneamento básico, dentre outros fatores,

buscando melhorar o tratamento nos casos de diarreia aguda e conseqüente diminuição das taxas de mortalidade infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar fatores que contribuem para a ocorrência da diarreia aguda em crianças de 0 a 5 anos atendidas em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Buriticupú-MA.

2.2 Específicos

Identificar as condições socioeconômicas e demográficas das crianças estudadas;

Identificar as condições ambientais da família em estudo;

Verificar as condições de saúde das crianças;

Identificar a prática da utilização das soluções de reidratação oral bem como o conhecimento da mãe sobre a diarreia e a TRO.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

A pesquisa é descritiva prospectiva, com variáveis quantitativas.

Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Açude Terra Bela, composta por nove microáreas, é coberta por uma Equipe de Saúde da Família composta por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde, atendendo uma população de 900 famílias.

A Unidade de Saúde da Família fica localizada no Município de Buriticupu-MA, a cidade é cortada pela rodovia MA-222 e dista 417 Km de São Luís, capital do Maranhão, seu território conta com uma área de 2.545 Km² e possui uma população de 61.480 habitantes,

limita-se ao Norte com o município de Santa Luzia; a Leste com o município de Santa Luzia; a Oeste com o município de Bom Jardim e ao Sul com o município de Amarante do Maranhão (IBGE, 2007). A rede municipal de saúde de Buriticupu é composta por 01 Hospital com capacidade para 85 leitos, 15 Unidades de Saúde da Família e 06 Mini Postos de Saúde.

População

A população estudada foi constituída por todas as crianças de 0 a 5 anos com queixa de diarreia que procurarem atendimento na Unidades de Saúde da Família Açude Terra Bela, durante 01 de junho a 31 julho de 2009.

Instrumento de coleta de dados

Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas semi-abertas, contemplando variáveis como idade, sexo, escolaridade do responsável, renda familiar, tipo de casa, origem da água, destino dos dejetos, peso ao nascer, tempo de duração da diarreia da criança, dentre outras. (Apêndice A)

Coleta de dados

Para realização da coleta de dados foram obedecidas às etapas, a saber:
Solicitação ao Secretário de Saúde do município de Buriticupu, para realização da pesquisa;
Aplicação e recolhimento do instrumento de coleta à mãe ou ao cuidador da criança, de forma individual.

Análise dos dados

Após a coleta dos dados, os mesmos foram tabulados e feito uma análise estatística e representados em forma de Tabelas de frequência, através do Programa Epi-Info.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolve seres humanos. A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de crianças de 0 a 5 anos cadastradas no Programa Saúde da Família, atendidas na Unidade de Saúde da Família no Município de Buriticupú-MA, a presente pesquisa contou com uma população de 48 crianças moradoras do bairro Terra Bela, que compareceram com queixa de diarreia no período de 01 junho a 31 de julho de 2009, a fim de investigar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da diarreia aguda nessa população.

A Tabela 1 mostra que a maioria da população avaliada possuía renda mensal de 1 salário mínimo, correspondendo a 50% dos casos; 25% possuía renda menor que 1 salário; 21% recebia 2 salários e apenas 4% recebia 3 ou mais salários mínimos.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, segundo renda mensal da família. Buriticupu-MA, 2009.

RENDA MENSAL DA FAMILIA	Nº	%
< 1 – Salário mínimo	12	25
1 - Salário mínimo	24	50
2 – Salários mínimos	10	21
3 – Ou mais salários mínimos	2	4
TOTAL	48	100,0

Segundo UNICEF (1993), são consideradas pobres, famílias que sobrevivem com um ou dois salários mínimos e que apresentam baixas condições exigidas para se ter uma decente qualidade de vida. Sendo assim, a população que possui baixa renda e baixo nível cultural terá suas crianças mais vulneráveis à morbimortalidade.

A tabela 2 mostra que a ocupação familiar 37% é de lavradores, 32% outras ocupações variadas, 27% são funcionários públicos e apenas 4% são comerciantes.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, quanto a ocupação familiar. Buriticupu-MA, 2009.

OCUPAÇÃO FAMILIAR	Nº	%
Lavradores	18	37
Comerciantes	02	4
Funcionário Público	35	27
Outros	15	32
TOTAL	48	100,0

Diversos estudos têm demonstrado a importância dos fatores sócio-econômicos na determinação da saúde infantil. Entre estes, a educação da mãe, a ocupação familiar e a renda têm sido considerados elementos básicos, por serem indicadores de disponibilidade de recursos e conhecimento ou comportamento em relação à saúde da criança (VICTORA et al., 1992).

Conforme tabela 3 pode-se observar que 32% das mães ou cuidador das crianças tinham ensino fundamental incompleto.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, segundo escolaridade materna. Buriticupu-MA, 2009.

ESCOLARIDADE	Nº	%
Não alfabetizado	03	6
Ensino fundamental incompleto	15	32
Ensino fundamental completo	12	25
Ensino médio incompleto	08	16
Ensino médio completo	09	19
Ensino superior incompleto	01	2
TOTAL	48	100,0

O grau de escolaridade é elemento importante a ser considerado na abordagem da população quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas condições de atenção à saúde são influenciadas pelo nível de escolaridade dos responsáveis

pela condução da família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças (BRASIL, 2004).

A tabela 4 mostra que a maioria dos responsáveis pela criança é do sexo feminino 94%, e somente 6% são do sexo masculino. Em relação à idade, 56% têm idade 21a 39 anos, 27% entre 12 a 20 anos e 17% possuem mais de 40 anos.

Tabela 4 – Distribuição percentual das crianças de 0 a 5 anos, segundo sexo e idade do responsável pela criança. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	45	94
Masculino	03	6
TOTAL	48	100,0
Idade		
Entre 12 a 20 anos	13	27
Entre 21 a 39 anos	27	56
Maiores de 40 anos	08	17
TOTAL	48	100,0

De acordo com a tabela 5, das famílias estudadas 58,3% reside em casas de tijolos; 16,7% em casa de madeira; e 25% reside em casa de barro. 79% utilizava água encanada e 21% água do poço. 58,5% utilizava fossas sépticas, 37,5% a rede de esgoto; e 4% utilizam valas para o destino dos dejetos. Em 79% dos domicílios a coleta de lixo era realizada pelo carro da prefeitura e 21% era queimado.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, segundo características do domicílio da família. Buriticupu- MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Tipo de casa		
Tijolo	28	58,3
Barro	08	16,7
Madeira	12	25
TOTAL	48	100
Procedência da Água		
Rede pública	38	79
Poço, cacimba	10	21
TOTAL	48	100,0
Destino dos dejetos		
Rede de esgoto	18	37,5
Fossa séptica	28	58,5
Vala	02	4
TOTAL	48	100,0
Destino do lixo		
Carro da prefeitura	38	79
Queimado	10	21
TOTAL	48	100,0

De acordo com a literatura pesquisada, existe um grande número de famílias que utilizam as fossas e, quando não tomadas medidas necessárias à sua construção, são consideradas disseminadoras da doença diarreica nas crianças. Além disso, crianças que habitam em locais com condições precárias de saneamento estão mais expostas à

contaminação ambiental e a desenvolver episódios diarreicos (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2004).

Vanderlei, Silva; Braga (2004) alertam que as condições ambientais são de grande importância para se ter uma vida saudável, tornando-se de extrema necessidade dispor de um bom tratamento de água, saneamento básico, recolhimento do lixo adequado, higiene doméstica e acesso adequado à rede de esgoto. Nesse caso, principalmente quando se tratam de residências onde habitam crianças, em particular as menores de cinco anos.

Pode-se observar que 58,3% das crianças são do sexo feminino e 41,7% do sexo masculino. 93,75% nasceram pesando mais de 2.500 gramas, e 6,25% com menos de 2.500 gramas. Em relação à idade 31,2% tinham entre 36 a 60 meses, 29,2% de 24 a 35 meses, 29,2% de 12 a 23 meses e 10,4% menores de 12 meses de idade conforme tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, segundo sexo, peso ao nascer e idade no período da pesquisa. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Sexo		
Feminino	28	58,3
Masculino	20	41,7
TOTAL	48	100
Peso ao nascer		
< 2.500 gramas	03	6,25
> 2.500 gramas	45	93,75
TOTAL	48	100
Idade		
< 12 meses	05	10,4
De 12 a 23 meses	14	29,2
De 24 a 35 meses	14	29,2
De 36 a 60 meses	15	31,2
TOTAL	48	100,0

O estado nutricional materno prévio, acentuado pelo ganho reduzido de peso durante a gestação, propicia um ambiente intra-uterino desfavorável ao crescimento fetal. O baixo peso de nascimento resultante é um fator de risco para a morbimortalidade durante toda

a infância (STARFIELD,1982). Afirma ainda que a diarreia, em especial nos primeiros 5 anos de vida, é uma das principais causas de hospitalização e morbidade, em todo o Mundo.

Na Tabela 7, 72,91% das crianças fizeram uso do aleitamento materno e, destas, somente 4,1% receberam aleitamento por mais de dois anos de idade.

Tabela 7– Distribuição numérica percentual das crianças de 0 a 5 anos, segundo o uso e a duração do aleitamento materno. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Uso de aleitamento materno		
Sim	45	93,75
Não	03	6,25
TOTAL	48	100,0
Duração do Aleitamento		
0 a 06 meses	35	72,91
7 meses a 2 anos	06	12,5
> >2 anos	02	4,1

Nesse caso, crianças que recebem leite materno têm em média uma vantagem de quatorze vezes menos chances de morrer por diarreia aguda do que aquelas que não são amamentadas (DUNCAN; SCHMIDT; GIULIANI, 2004).

Quanto à presença da diarreia, grande parte das crianças já teve episódios em alguma idade de suas vidas, atingindo 79% dos casos, sendo que 94,7% delas apresentaram a doença num período menor que 14 dias, 79 % das mães ou cuidadores levaram a criança à Unidade de Saúde e 73,6% das crianças utilizaram a solução de reidratação oral conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, segundo a ocorrência prévia e duração do episódio atual da diarreia, acesso à Unidade de Saúde e o uso da TRO. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Ocorrência de diarreias		
anterior		
Sim	38	79
Não	10	21
TOTAL	48	100
Episódios de diarreia		
< 14 dias	36	94,7
+ 14 dias	02	5,3
TOTAL	38	100
Buscaram a Unidade de Saúde e foram atendidas		
Sim	30	79
Não	08	21
TOTAL	38	100,0
Fez uso da TRO		
Sim	28	73,6
Não	10	26,4
TOTAL	38	100,0

De acordo com a Notisa (2009); Schmitz (2000) a diarreia aguda é mais comum em crianças menores de cinco anos, consistindo numa das principais causas de morbimortalidade nessa faixa etária, com duração máxima de 14 dias.

Sobre o acesso ao atendimento este ocorrido está relacionado ao grau de instrução materna, pois quanto maior for o nível de escolaridade, melhor o entendimento do processo

diarréico pelas mães, tanto pela melhor percepção dos sinais de agravamento quanto pela importância dos serviços de saúde (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2004).

A principal medida terapêutica da diarreia é a reposição de líquidos e eletrólitos por meio da terapia de reidratação oral (SIGAUD et al., 1996). Desse modo, percebe-se que há um resultado consideravelmente bom em relação ao repasse das informações necessárias de incentivo ao uso da terapia de reidratação oral no combate à diarreia infantil partindo dos profissionais de saúde à comunidade.

Conforme tabela 9 pode-se observar que 100% das mães já tinham conhecimento sobre o que era diarreia, quanto à alimentação oferecida as crianças que já apresentaram casos, 60,5% das mães ofereciam alimentos sólidos, 26,3% alimentos pastosa e 13,2 alimentos líquidos.

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual das 48 crianças de 0 a 5 anos, quanto ao que a mãe já ouviu falar de diarreia, e alimentação oferecida a criança quando tem diarreia. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Mãe já ouviu falar de diarreia		
Sim	48	100,0
Alimentação oferecida quando a criança teve diarreia		
Alimentos pastosos	10	26,3
Alimentos líquidos	05	13,2
Alimentos sólidos	23	60,5
TOTAL	38	100

Em geral, pessoas com diarreia associam comida à disfunção gastrointestinal e às vezes suspendem a alimentação. Tal medida, além de agravar o quadro de desidratação, suspende o fornecimento dos nutrientes necessários para o organismo reagir, é preferencial ingerir arroz, caldos de carne magra, bananas, maçãs. Esses alimentos dão mais consistência às fezes; Suspender a ingestão de alimentos com resíduos: saladas, bagaço de frutas e fibras; Chás de camomila, erva-doce e hortelã, por exemplo, podem ajudar; Evitar alimentos muito temperados ou com alto teor de gordura até que as fezes voltem ao normal (ABC DA SAÚDE, 2009).

O quadro 1 mostra os tratamentos realizados para evitar a desidratação causada pela diarreia, o mais utilizado foi o soro de pacote, administrado em 73,6% das crianças.

Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual das crianças de 0 a 5 anos, segundo o tratamento para evitar a desidratação. Buriticupu-Ma, 2009.

TRATAMENTO	Nº	%
Soro caseiro	06	15,7
Soro de pacote	28	73,6
Soro da farmácia	01	2,6
Água	12	31,5
Sucos	08	21
Água de coco	07	18,4
Chá	08	21
Não deu nada	04	10,5

* Os resultados contidos na Tabela 6 ultrapassam 100% por e tratar de respostas múltiplas

Segundo IMIP (2000), O tratamento indicado para a diarreia aguda é a terapia de reidratação oral que previne e corrige a desidratação. Sendo assim, pode-se observar que há 90% a 95% de eficácia, inferindo-se que o uso dos sais de reidratação oral é fundamental para a redução da incidência da doença.

Num total de 75% das mães já tinham conhecimento sobre o soro de reidratação oral, e 25% não tinham conhecimento. Quanto às informações sobre o soro, 55,5% foi passada pelo Enfermeiro, 22,2% pelo médico, 13,9% pelo agente comunitário de saúde e 8,4% por outras pessoas.

Quadro 2 – Distribuição numérica e percentual das crianças de 0 a 5 anos, quanto ao conhecimento da mãe sobre o SRO e como adquiriu a informação sobre o mesmo. Buriticupu-MA, 2009.

VARIÁVEIS	Nº	%
Conhecimento sobre o soro		
Sim	36	75
Não	12	25
TOTAL	48	100,0
Como adquiriu informação sobre SRO		
Agente de saúde	05	13,9
Médico	08	22,2
Enfermeiro	20	55,5
Outros	03	8,4
TOTAL	36	100

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos pode-se concluir que:

- A maioria das famílias possui renda mensal de 1 (um) salário mínimo. Na maior parte da população a ocupação familiar era composta por lavradores; e a escolaridade da mãe ou cuidador tinha ensino fundamental incompleto;
- Quanto às mães ou cuidadores das crianças, grande maioria é do sexo feminino com idade entre 21 a 39 anos;
- Em relação ao domicílio, mais da metade residem em casa de tijolos, utilizam água encanada, e tem fossas sépticas, com destino dos dejetos e a coleta de lixo era realizada pelo serviço de limpeza da prefeitura;
- Mais da metade das crianças são do sexo feminino, a maioria nasceu com peso superior a 2.500 gramas e no período da pesquisa estava na faixa etária de 36 a 60 meses, seguida de 12 a 23 meses e de 24 e 35 meses;
- Quanto ao aleitamento materno, as crianças na grande maioria fez uso no período de 0 a 6 meses;
- A maioria das crianças estudadas tiveram episódios diarreicos, a maioria foi levada pelas mães ou cuidadores na Unidade de saúde para atendimento;
- Mais da metade das crianças utilizou a Solução de Reidratação Oral,
- Todas as mães ou cuidadoras já ouviram falar de diarreia e cada uma tem uma definição pessoal,
- Mais da metade das crianças com diarreia recebem alimentos sólidos, seguido de pastosos;
- O tratamento feito às crianças, em sua maioria, é com o soro de pacote, seguido de água e chá.
- A maioria das mães diz ter conhecimento sobre o Soro de Reidratação Oral e adquiriu as informações através do Enfermeiro seguido do Médico.

Como é conhecido desde sempre, a diarreia aguda nunca deixou de ser uma realidade brasileira, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, onde vários estudos feitos comprovaram a sua forte incidência, através de precárias condições de vida, direito a saúde e saneamento básico, visto que estes são os principais requisitos para manter um cidadão em estado de saúde devidamente equilibrado.

O presente estudo vem confirmar que, até os dias atuais, a diarreia aguda ainda é responsável por altos índices de óbitos em crianças menores de cinco anos, ocupando assim uma posição significativa dentre as causas da mortalidade infantil no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AIRES, V. L. T. **Práticas pediátricas**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- BARBOSA, A. D. M. **Semiologia pediátrica**. São Paulo: BYK, 1995.
- BERGMAN, K. J. **Fundamentos de Nelson: Tratado de pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- CAMPOS, G. J. V. et al. **Morbimortalidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n2/08.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIULIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FERREIRA, A. S.; SANTOS, K. D. S.; ALMEIDA, T. J. V. **Diarreia: conhecimentos e condutas adotadas por mães de crianças menores de dois anos**. 2005. Monografia (Bacharel em Enfermagem) - UNICEUMA, São Luís, 2005.
- FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- IBGE. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: mortalidade infantil e saúde na década de 80**. Rio de Janeiro, 1989.
- IMIP. Unidade de Atendimento Externo do Hospital Geral de Pediatria do IMIP. **Ambulatório da criança**. 2. ed. Recife, 2000.
- MORAIS, M. B.; CAMPOS, S. O.; SILVESTRINI, W. S. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: pediatria**. São Paulo: Manole, 2005.
- MARCONDES, E **Pediatria básica**. 8 ed. São Paulo Sarvier, 1998.
- MURAHOVSKI, J. **Emergências em pediatria**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 1993.
- MUSCARI, M. E. **Serie de estudos em enfermagem: enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- NOTISA. **Diarreia é mais comum em crianças menores de cinco anos**. Disponível em: <<http://www.unisite.com.br/saude/diarreiacinco.shtml>>. Acesso em: 20 de ago. de 2009.
- PONTUAL, J. P. S.; FALBO, A. R.; GOUVEIA, J. S. **Estudo etiológico da diarreia em crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, em Recife, Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30499.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2008.
- SCHMITZ, E. M. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- SIGAUD, C. H. S. et al. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA , A.A.M. da; RIBEIRO, V.S. Mortalidade infantil. In: TONIAL, S. R.; SILVA, A.A. M. da (org.). **Saúde, nutrição e mortalidade infantil no Maranhão**. São Luís: UFMA, Secretaria de Estado da Saúde, Unicef, 1997.

SILVA, L. R.; GARCIA, D. E.; MENDONÇA, D. R. **Pronto-atendimento em pediatria**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

SOUTO, J. V. J. et al. **Diarréia aguda**. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br>
Acesso em: 11 nov. 2008.

STARFIELD, B. **Child health and social status**. Pediatrics, 1982.

SUCUPIRA, C. S. L. et al. **Pediatria em consultório**. São Paulo: Sarvier, 2000.

VANDERLEI, L. C. M.; SILVA, G. A. P.; BRAGA, J. U. **Fatores de risco para internamento por diarréia aguda em menores de dois anos: estudo BRASIL**. Ministério da Saúde. **Brasil: uma análise da situação de saúde**. Brasília, 2004.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1993.

VASCO, M. M. **Diarréia aguda**. Disponível em: <http://www.paulomargotto.com.br>.
Acesso em: 5 nov. 2008.

VICTORA, C. G. et al. Maternal education in relation to early and late child health outcomes: Findings from a Brazilian cohort study. **Social Science and Medicine**.1992.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

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

QUESTIONÁRIO

1 - Dados de identificação

Nome: _____

Idade:

Sexo: F () M ()

2 – Qual a renda mensal da família?

< 1 – Salário mínimo ()

1 – salário mínimo ()

2 – Salários mínimos ()

3 – Ou mais salários mínimos ()

3 - Qual a ocupação da família ?

() Lavrador

() Funcionário público

() Comerciante

() Outros

4 - Qual o grau de escolaridade do cuidador?

Não alfabetizado ()

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino médio incompleto ()

Ensino médio completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo ()

5 - Tipo de casa

- Tijolo
- Taipa
- Madeira
- Palha
- Outro.....

6 - De onde vem a água usada para beber?

- Rede pública – água encanada
- Chafariz
- Poço, cacimba
- Rio, riacho, lagoa
- Outro.....
- Não sabe

7 -Qual o destino dos dejetos?

- Rede de esgotos
- Fossa séptica
- Fossa negra
- Vala
- Não sabe

8 - Onde se joga o lixo fora?

- Carro de lixo da prefeitura
- Terreno baldio
- Queimado
- Maré
- Outro.....
- Não sabe

9 - Qual a idade e sexo da criança?

Idade_____

Feminino ()

Masculino ()

10 - Quanto pesou a criança ao nascer?gramas

Peso ao nascer foi:

Confirmado

Só informado

11 - Fez uso do aleitamento materno?

Sim

Não

Até quanto tempo?.....

12 - A criança já teve diarreia anteriormente?

Sim

Não

13 - Qual foi o tempo de duração da diarreia?

< 14 dias

Mais de 14 dias

14 - Em caso de diarreia, levou a criança à Unidade de Saúde da Família?

Sim

Não

15 - Se a mãe tem conhecimento sobre diarreia?

Sim

Não

16 - Durante o período diarreico houve mudança na alimentação?

Sim

Não. Qual?.....

17 - Se teve diarreia, você deu algo para a criança para evitar a desidratação?

Soro caseiro

Soro de pacote

Soro de farmácia

- Água
- Sucos
- Chá
- Água de côco
- Não deu nada
- Não sabe

18 - Se usou soro, quem o receitou?

- Agente de saúde
- Outro profissional de saúde no posto
- Médico
- Rezadeira, benzedeira
- Balconista da farmácia
- Outra pessoa leiga
- Usou por conta própria
- Não sabe

19 - Você sabe o que é terapia de reidratação oral?

- Sim
- Não

20 - A criança já fez uso da terapia de reidratação oral?

- Sim
- Não

21 - Caso sim, como adquiriu informação sobre o soro de reidratação oral?

- Agente de saúde
- Médico
- Enfermeiro
- Balconista de farmácia
- Outros

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: Profa. Mestre Rosemary Ribeiro Lindholm

End: Rua L, Qd. 22 C. 08 Parque Atenas CEP: 65.072-510 São Luís-MA, Fone: (98) 3246-1194

e-mail: rosemary@institutolaboro.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Aline Moreira Jansen, Erias Alves Costa, Georgia Heleny Campos Arruda Carvalho e Juliana Soares Penha Camara.

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DE DIARRÉIA AGUDA EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BURITICUPU-MA.

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa sobre os fatores associados a diarreia aguda em crianças de 0 a 5 anos no município de Buriticupú/MA. Para isso, precisaremos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a identificar os fatores que contribuem sobre o referido assunto. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre os quesitos a serem perguntados. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Buriticupú (MA), _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo do Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa

Unidade de Saúde da Família Açude Terra Bela
Rua do Posto S/N CEP: 65.393-000 - Buriticupú-MA.

