

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA

CURSO CLÍNICO DA DOENÇA DIARRÉICA
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA CRIANÇA

DVORA JOVELEVITHS KNIJNIK

T0509

Porto Alegre, RS, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA

CURSO CLÍNICO DA DOENÇA DIARRÉICA
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NA CRIANÇA

DVORA JOVELEVITHS KNIJNIK

Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do
Título de MESTRE

Orientador: Prof. João Carlos Prolla

Comissão Coordenadora:

Prof. Hypólito Pacheco Carvalho (coordenador)

Prof. José Cutin

Prof. Hugo Benno Haase

Prof. Léo Rost Weiss

Prof. Ismael Maguilnik

Porto Alegre, RS, 1989.

A DORIT e GERSON,
que me aguçaram a busca de
soluções para outras crianças.

AGRADECIMENTOS

Neste caminho percorrido, muitas pessoas estenderam a mão para que eu atingisse mais esta etapa. Em primeiro lugar, agradeço às pessoas envolvidas diretamente no presente trabalho:

- em especial, ao Dr. João Carlos Prolla, pela sua integridade profissional e perspicácia que proporcionaram um convívio agradável associado a uma orientação precisa;

- à Dra. Maria Inês Smith, pela sua competência, entusiasmo em transmitir seus conhecimentos e cooperação na parte metodológica do trabalho;

- ao Dr. Bruce Bartholow Duncan, pelo incentivo que fez com que o trabalho iniciasse;

- ao Dr. Mário Wagner, pelo grande auxílio na fase difícil de análise dos resultados;

- à Dra. Elsa Giugliani, pela disponibilidade de ouvir e sugerir;

- ao Dr. João Luís Prates Pereira, colega de trabalho, médico-chefe da Unidade Sanitária e querido colaborador desta pesquisa.

- à equipe de auxiliares de saúde e moradores da Vila 1º de Maio, representados por Valdeci, Rita, Gessi, Dina, Marcolina e

Aqueles sabem que a aproximação,
do que quer que seja, se faz
gradualmente e penosamente —
atravessando inclusive o oposto
daquilo de que se vai aproximar.

Clarice Lispector

Nara, que com tanto carinho e amizade facilitaram a execução desta investigação;

- ao Dr. Mauro Monte Belmonte, pela incessante colaboração na árdua tarefa de coleta e tabulação dos dados;

- ao Dr. Luís Henrique Canani, pelo auxílio na digitação dos dados;

- aos estagiários voluntários Marileusa, Paulo, José, Ricardo, Júlio e Cibele o meu reconhecimento;

- à Professora Carmen Baía Solari, pelo estímulo para que a redação do trabalho fluísse;

- à Crista Cecconello, pelas correções de português, e à Mara Feeburg, pela datilografia, tarefas ingratas que se tornaram agradáveis.

Agradeço também às pessoas ligadas ao aperfeiçoamento da fase de pós-graduação:

- à Dra. Themis Reverbel da Silveira, representando a equipe da Enfermaria 42, por ter me despertado, com o seu exemplo, para a área de gastroenterologia pediátrica;

- ao Dr. Hypólito Pacheco Carvalho e ao Dr. José Cutin, representando os professores do Mestrado em Gastroenterologia, por incentivarem meus estudos de pós-graduação;

- ao Dr. Mauro Luiz Pozatti, representando os colegas do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho, pelo carinho e estímulo ao ensino e pesquisa nesta área.

Finalmente agradeço às pessoas indiretamente envolvidas no trabalho:

- à Dra. Geraldina Ramos Viçosa, por facilitar a realização de meus projetos;

- ao Dr. Jovino da Silva Freitas e esposa, que propiciaram a realização deste estudo;

- aos meus pais, Abraham e Szprincea, com admiração, por terem criado condições para que eu pudesse optar;

- à Cecília Knijnik, pela disponibilidade de ajudar;

- ao Ary, Dorit e Gerson; sem seu amor e carinho este trabalho não seria concluído.

E a todas as crianças, fim último deste estudo, pelas quais continuarei investigando para encontrar melhores respostas.

SUMÁRIO

	<u>Página</u>
RESUMO	xi
INTRODUÇÃO	1
1. OBJETIVOS	12
1.1. GERAL	12
1.2. ESPECÍFICOS	12
2. MATERIAL (POPULAÇÃO) E MÉTODO	14
2.1. POPULAÇÃO	14
2.2. MÉTODO	14
3. RESULTADOS	20
3.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS	20
3.2. QUADRO CLÍNICO	29
3.2.1. Grau de Nutrição	42
3.3. FATORES PROGNÓSTICOS	48
3.3.1. Idade	49
3.3.2. Aleitamento Materno	49
3.3.3. Peso ao Nascer	53
3.3.4. Renda Familiar	54
3.3.5. Escolaridade	55
3.3.6. Tempo de Permanência com a mãe	57
3.4. FORMAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS	59
3.4.1. Medicação e Medidas Domiciliares	59
3.4.2. Conduta e/ou Medicação Prescritas	61
3.5. INTERAÇÕES COM OUTROS NÍVEIS DO SISTEMA SAÚDE	64
3.5.1. Nível Secundário de Atenção à Saúde	64

	<u>Página</u>
3.5.2. Nível Terciário de Atenção à Saúde	66
4. DISCUSSÃO	67
4.1. PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA	69
4.2. O PAPEL DO ALEITAMENTO MATERNO	74
4.2.1. Padrão Alimentar da Amostra	78
4.2.2. Dúvidas que persistem sobre Aleitamento Materno	80
4.3. QUADRO CLÍNICO	81
4.3.1. Tempo de Duração da Diarréia	82
4.3.2. Evolução para a Cronificação	83
4.3.2.1. Incidência de cronificação na amostra	88
4.3.2.2. Patogênese da diarréia crônica	89
4.3.3. Sinais e Sintomas	93
4.3.4. Grau de Nutrição	94
4.3.4.1. Desnutrição e diarréia	95
4.3.4.2. Infecção na nutrição	97
4.3.4.3. Desnutrição energético-protéica e incidência de infecção	99
4.3.4.4. Desnutrição severa e diarréia	100
4.3.4.5. Nutrição e complicações da diarréia	101
4.3.4.6. Como medir o estado nutricional?	104
4.3.4.7. Nutrição e evolução da diarréia	109
4.4. FATORES PROGNÓSTICOS	109
4.4.1. Idade	110
4.4.2. Aleitamento Materno	110
4.4.3. Baixo Peso ao Nascer	111
4.4.4. Posição Sócio-Econômica	112
4.4.5. Tempo de Permanência com a Mãe	113
4.5. CONDUTAS UTILIZADAS	114

4.6. INTERAÇÕES COM OUTROS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE	120
4.6.1. Exames Complementares	120
4.6.2. Hospitalizações	121
4.7. DIFICULDADES, CONTRIBUIÇÃO E SUGESTÕES	122
4.8. COMENTÁRIO FINAL	123
CONCLUSÕES	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXO	141
ABSTRACT	171

RESUMO

O principal objetivo deste trabalho foi o de observar a evolução da doença diarréica, detectar a incidência de diarréia crônica e identificar alguns dos fatores que se relacionam com a proteção ou agravamento a doença.

Para tal, utilizou-se a metodologia do estudo de coorte não controlada.

Foram acompanhados todos os casos de diarréia, em número de 73, durante o período de um ano (janeiro de 1987 a janeiro de 1988), que procuraram o ambulatório de atenção primária em vila periférica de Porto Alegre, sendo seguidos por dois meses.

O instrumento de coleta de dados foi composto por seis protocolos, incluindo dados capazes de apreender a história natural da doença e alguns fatores, relacionados ou não, como: idade, peso ao nascer, aleitamento materno, grau de nutrição, renda familiar, escolaridade dos responsáveis e tempo de permanência com a mãe.

Concluiu-se que a população estudada apresentou uma alta taxa de cronificação (43%) e os fatores prognósticos acima mencionados não evidenciaram associação com tal fato.

Sugerem-se novos estudos, com as correções devidas, para outras populações do nosso meio, levando em conta a importância desta doença, especialmente no Terceiro Mundo. As suas implicações ainda são objeto de especulação e sua prevenção depende da associação de esforços entre planejadores, cientistas, médicos, educadores e população para que se torne viável nos países em desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

Por ser uma especialista em Gastroenterologia que também exerce atividade na área de saúde coletiva, tanto pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul como pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado, quis deixar alguma contribuição desta vivência para a comunidade - médicos, profissionais de saúde e população - que atua ou procura o nível de atenção primário.

Optou-se em desenvolver a pesquisa neste primeiro estágio da prestação de serviço por acreditar na sua capacidade de resolução dos problemas estabelecida entre 80 e 90% (93), dentro do atendimento de saúde à população.

O que é chamado de atenção primária merece um melhor esclarecimento. A longa preocupação da Organização Mundial da Saúde com o programa de extensão de cobertura sanitária às populações, principalmente as desassistidas e/ou rurais, levou-a, em fins de 1978, ao conceito de "cuidados primários de saúde" (24,70,93): consiste em fornecer à comunidade ou a cada indivíduo um conjunto de serviços de cuidados preventivos e curativos para a promoção e recuperação da saúde.

Para tanto, esse tipo de assistência necessita de elementos indispensáveis, ou seja, medidas simples, eficazes quanto ao

custo, técnica e organização, que sejam facilmente acessíveis e permitam melhorar as condições de saúde. Logo, para que toda a população seja beneficiada, os recursos existentes devem ser organizados hierarquicamente (93). Segundo Flahault (30), a atenção primária à saúde "tem ao menos a vantagem de sugerir, graças ao adjetivo 'primária', outros tipos de assistência (secundária e terciária) e o mérito de indicar que se trata de um primeiro passo na ação dos serviços de saúde com que tropeça um indivíduo ou uma coletividade".

Os órgãos prestadores deste nível de assistência são as unidades periféricas, que incluem pequenos postos, centros de saúde e hospitais (rurais ou locais). Por outro lado, a assistência, secundária ou terciária, define o conceito de órgão de apoio ou retaguarda. Portanto, um órgão terciário, como, por exemplo, Hospital Universitário ou equivalente, serve de apoio a um outro de assistência secundária; e esse último, para os de assistência primária.

A formação recebida através de treinamentos adequados permitirá às equipes de saúde que trabalham nos níveis primários assumirem certas funções, dotando-as dos conhecimentos precisos para determinar e compreender as necessidades que excedem a sua competência e que devem remeter a outros serviços de retaguarda para a adoção de medidas oportunas.

Em nosso meio são poucos os trabalhos realizados em nível primário. Acredito que isto seja devido à dificuldade em buscar dados em campo, pouco incentivo das instituições e escassos recursos humanos que apostam no aprimoramento das soluções médicas neste estágio da prestação de serviço.

A convivência diária com populações carentes coloca-nos frente a questionamentos relativos ao processo saúde-doença, através dos quais fica evidente a preocupação expressa na tentativa de definir saúde como "a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida" (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Desta forma, retira-se a saúde do campo restrito da medicina, isto é, da sua consideração como apenas "ausência de doença". A ampliação do conceito nos leva a integrar a questão do padrão de vida, do meio ambiente e do saneamento básico como preocupações das políticas do setor. Assim, a saúde deixa de ser uma responsabilidade apenas do indivíduo e passa a ser também da coletividade, sai do campo estritamente biológico para o das questões sociais.

Na linha de frente, em atenção primária, o conflito é mais evidente e as condutas médicas devem ser ainda mais precisas e integradas.

A decisão de estudar a doença diarréica na infância está concentrada na magnitude que este problema alcança nos países de Terceiro Mundo, como é o caso do Brasil. A diarréia é uma doença complexa sob o aspecto do desafio; envolve, para sua prevenção e tratamento, profissionais de diferentes áreas. Dentre estes, citaria o grupo constituído por aqueles médicos que prestam atendimento primário, os que cuidam das crianças com diarréia. No

segundo grupo encontram-se os administradores e planejadores da área de saúde que precisam conhecer as proporções e a natureza do problema da diarreia para preveni-la e combatê-la. O terceiro grupo é composto por cientistas e pesquisadores que necessitam de informações sobre novos métodos e técnicas que estão sendo prestados no mundo para continuar descobrindo outros agentes etiológicos, vacinas e tratamentos prováveis. E, finalmente, citaria todos aqueles que se preocupam com as complicações que a diarreia provoca, complicações estas capazes de elevar os índices de mortalidade infantil.

O descobrimento e o uso, na última década, da solução de reidratação oral reduziu na maioria dos casos a morbidez e mortalidade. Apesar desta eficiente arma contra a doença diarreica, esta ainda permanece como a maior causa de morte em escala global. Segundo McAuliffier (39), nas áreas do mundo onde há agravamento da recessão econômica e aumento do débito estrangeiro (países de Terceiro Mundo), a mortalidade por diarreia ainda está aumentando.

Estudos divulgados em 1980 mostram que na África, Ásia e América Latina a doença contribui com três a cinco bilhões de doentes por ano e cinco a dez milhões de mortos por ano entre três bilhões de habitantes (39,40,89,112). Mais de 7% de crianças nestes três continentes morreram por diarreia nos primeiros cinco anos de vida ou, em outros termos, 12.600 crianças morreram, cada dia, por diarreia nestas áreas.

Entre 24 estudos realizados nestas mesmas regiões, excluindo a China, a população composta por menores de cinco anos, totalizando 338 milhões, atingiu uma taxa de morbidez média entre

2,2 a 3 episódios de diarreia/criança/ano. Uma taxa de caso fatalidade igual a 0,6 mortes/100 episódios foi obtida em crianças menores de 5 anos (39,89).

No Nordeste do Brasil, a diarreia é a principal causa de morte, contribuindo com 22% no total das mortes e 53% no total das mortes ocorridas entre as crianças de até 5 anos, conforme mostra a tabela a seguir:

Causas de morte, por faixa etária, em Fortaleza - 1976/77

CAUSAS DE MORTE	FAIXAS ETÁRIAS (anos)					
	Menores 5		5-44	Acima 44	Total	
	Nº	%			Nº	%
Diarreia.....	2.024	53,3	42	63	2.129	22,4
Neoplasia.....	38	1,0	322	1.034	1.394	14,6
Perinatal.....	1.185	31,2	0	0	1.185	12,4
Cerebrovascular.....	6	0,2	135	978	1.119	11,8
Cardíaca.....	27	0,7	127	671	825	8,7
Pneumonia.....	486	12,8	67	124	677	7,1
Acidente de Trânsito..	29	0,8	437	437	655	6,9
Cardiopatia Isquêmica.	0	0,0	51	498	549	5,8
Outras.....	-	-	-	-	989	10,4
TOTAL	3.795	-	1.181	3.557	9.522	-

FONTE: SANTOS. Divisão de Epidemiologia e Bioestatística, Secretaria da Saúde (Ceará, 1983).

Esta tabela demonstra que em países como o Brasil as mortes por diarreia podem exceder todas as outras causas (39,40). Como estas ocorrem predominantemente em menores de 5 anos, o potencial

de vida perdido por esta doença é maior que 1,5 vezes a vida perdida por todas as outras causas combinadas após um mês de vida, evidentemente excluindo causas perinatais.

Morbidez por diarréia em áreas em desenvolvimento
e desenvolvidas, expressa em Taxas de Ataque

ÁREAS ESTUDADAS	TA(1)			FONTE
	Nº	Pico(idade)	Idade	
EM DESENVOLVIMENTO				
Guatemala	7,9	10,5	18-23 meses	Mata, 1978
Bangladesh	3,0	4,3	9-11 meses	Black et alii, 1981
Brasil (só áreas mais carentes)	6,0	(2)7,2-9,7	6-11 meses	Guerrant et alii, 1983
DESENVOLVIDAS				
Cleveland	1,9	(2)2,0-2,2	1-10 anos	Dingle Badger & Jordan, 1964
Charlottesville	2,1	2,5	0-3 anos	Hughes et alii, 1978

FONTE: GUERRANT, R. (39)

(1) Episódios/criança/ano. (2) Em áreas urbanas e rurais, respectivamente.

A tabela acima mostra que nos países em desenvolvimento, como Guatemala, Bangladesh e Brasil, as crianças abaixo de 5 anos têm três ou mais episódios por ano e o pico desta Taxa de Ataque atinge de 4,3 a 10,5 episódios/criança/ano, principalmente entre a

idade de 6 a 24 meses, às vezes com pico na idade do desmame, como no Brasil (61).

Nas áreas carentes, as crianças gastam 50 a 61 dias por ano (14% a 17% do tempo) com a doença diarréica.

Em contraste, nos países desenvolvidos, como Estados Unidos, representado na tabela por Cleveland e Charlottesville, a Taxa de Ataque permanece entre 1,9 e 2,1 episódios/criança/ano, nos primeiros anos de vida.

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, em 1984/85, a incidência da doença diarréica foi de 7,6 episódios/100 crianças/mês, com maior freqüência nos primeiros três anos de vida e posterior decréscimo (65).

É largamente discutida a associação de diarréia com desnutrição. Vários estudos (3,6,13,18,27,39,40,50,54,59,60,61) têm documentado os efeitos da doença diarréica na perda de peso e "parada" do crescimento, especialmente quando associada à doença prolongada ou repetida. Leslie (40) calculou que a diferença do crescimento, durante o segundo ano de vida, na vila rural de Pacatuba, no Nordeste do Brasil, poderia contribuir para uma diferença de 5cm no crescimento, uma porção substancial no retardo do crescimento desta população.

Outro trabalho de Mata (27) demonstrou que crianças com um, dois ou três episódios de diarréia, associados à Giardia, mostraram um ritmo de crescimento (altura) mais lento. Num estudo indiano (60), a desnutrição não afetou a duração nem a incidência, mas sim a severidade da doença diarréica.

São apontados na literatura vários fatores que podem contribuir para o desencadeamento da doença diarréica. A diarréia

envolve alterações entre fatores do indivíduo, ambiente e microrganismos infecciosos.

A relação do indivíduo com o ambiente é comentada, apontando alguns fatores de risco. O primeiro a ser citado é o status sócio-econômico. Na literatura, este é associado ao aumento do risco para doença diarréica (39,41,60,89). Em regiões de baixo poder aquisitivo, a maioria das casas tem um abastecimento de água limitado (quantidade) que, associado à contaminação fecal da mesma (qualidade), facilita o aporte de microrganismos. Muitas famílias moram distantes das fontes de água e outros precisam racionar a quantidade utilizada.

É citada ainda (20,39) a necessidade de 20 a 30 litros de água/pessoa/dia para ser considerada a possibilidade de reduzir a morbidez por diarréia.

As fontes de água, freqüentemente, são contaminadas por matéria fecal humana e animal. Isto é bem documentado pela presença de *Escherichia coli* enterotoxigênica na água ou alimento em número que já poderia indicar uma dose infecciosa de 10^5 a 10^7 organismos.

A alimentação precária e inadequadamente armazenada bem como a eliminação de dejetos devem ser considerados aspectos importantes decorrentes do fator sócio-econômico.

Em Cali, na Colômbia (39), as taxas de diarréia foram 36% e 127% mais altas nas casas com latrinas e sem destino dos dejetos, respectivamente, do que em casas com instalação sanitária.

O segundo fator de risco apontado é o desmame no período em que a criança é mais vulnerável. O leite materno, além das propriedades antiinfecciosas, representa também uma fonte não

contaminada de líquidos e alimento. Numa área em Pernambuco, em 1980, 42% das crianças foram aleitadas até um mês de idade e 75% pararam até o sexto mês. As causas do desmame são numerosas e complexas. Algumas incluem maior participação das mães na força de trabalho, necessitando uma volta precoce a este: o modelo preconizado por muitos anos dando preferência ao leite artificial e à separação da mãe e criança no momento do nascimento também pode ser apontado como causa. Com a diminuição do estímulo, o leite materno seca. O custo elevado do leite artificial provoca excessivas diluições. Os aspectos culturais também influem no tipo de alimento introduzido no período do desmame, muitas vezes pobre em calorias.

O terceiro fator de risco é a idade das crianças. Embora as taxas variem entre diferentes populações, o pico de incidência ocorre entre seis e dezoito meses de idade, refletindo a idade da perda de proteção do leite materno e aumento da exposição à contaminação ambiental. Crianças maiores e adultos resistem melhor em áreas endêmicas, adquirindo alguma imunidade a vários agentes, entre eles as rotavíruses e certas cepas de *Escherichia coli*.

Também constituem fator de risco importante os determinantes genéticos do paciente. Foram estudadas as diferenças individuais quanto à suscetibilidade para infecções e demonstradas diferentes suscetibilidades na célula do hospedeiro para colonização bacteriana (39). Na epidemiologia da cólera foi sugerido que a doença pode ser mais severa em indivíduos do grupo sanguíneo O (39).

Outros determinantes da suscetibilidade do hospedeiro incluem acidez gástrica, flora intestinal, motilidade intestinal e status

imunológico normais. Estes fatores de resistência normal são freqüentemente alterados pelas drogas ou vacinas.

Outro aspecto que demonstra um fator cíclico da doença diarréica é a sazonalidade. Os fatores responsáveis pelos diferentes patógenos nas estações são incertos. Alguns sugerem que as chuvas disseminariam o organismo para as águas e as chuvas "pesadas" limpariam o meio, reduzindo a taxa da doença, particularmente com a *Escherichia coli* toxigênica e parasitas (39,47). Nos meses quentes, as infecções bacterianas são mais freqüentes; em contraste, a doença por Rotavírus ocorre predominantemente nos meses de inverno (51).

Estes são, potencialmente, alguns fatores de risco que levariam a desenvolver mais doença diarréica; no entanto, ainda muitos outros poderiam ser citados.

Embora tendo consciência da complexidade do problema, que exige para sua solução a interação de diversas áreas do conhecimento, este trabalho propõe-se a estudar alguns aspectos epidemiológicos na diarréia infantil em nosso meio; dentre eles, fatores demográficos, sócio-econômicos e clínicos. Nestes últimos, houve a preocupação em observar a evolução da doença e alguns prováveis fatores prognósticos. Ao elaborar o instrumento de trabalho, optou-se em identificar, como agravantes ou protetores da diarréia, a idade das crianças, peso ao nascer, aleitamento materno, grau de nutrição, tempo de permanência da criança com a mãe, renda familiar e escolaridade da mãe ou responsável.

A expectativa com o trabalho foi de que, conhecendo melhor alguns dos fatores que interferem na evolução da doença, se possa

ter maior chance de prevenir complicações que comprometam o desenvolvimento futuro da criança.

1. OBJETIVOS

1.1. GERAL

Identificar e seguir todos os casos de diarreia (ver definição no Anexo) que provenham da demanda do serviço de atenção primária no período de 19 de janeiro de 1987 a 20 de janeiro de 1988, de modo a caracterizá-los em relação a fatores demográficos, sócio-econômicos e clínicos (incidência de cronificação e sua relação com fatores prognósticos).

1.2. ESPECÍFICOS

- 1.2.1. Caracterizar a amostra por idade, sexo, posição sócio-econômica e renda familiar.
- 1.2.2. Caracterizar a amostra de acordo com o grau de nutrição e quadro clínico da diarreia.
- 1.2.3. Estimar a incidência da diarreia crônica na amostra em estudo.
- 1.2.4. Identificar os fatores prognósticos da diarreia, como idade, grau de nutrição, aleitamento materno, peso ao nascer, renda familiar, tempo de permanência com a mãe, escolaridade da mãe ou responsável.

1.2.5. Descrever as formas terapêuticas utilizadas.

1.2.6. Caracterizar as interações necessárias com níveis de maior complexidade do sistema de saúde.

2. MATERIAL (POPULAÇÃO) E MÉTODO

2.1. POPULAÇÃO

O estudo foi desenvolvido em uma vila periférica de Porto Alegre pertencente ao Distrito 4 pela atual divisão da área metropolitana no SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Fizeram parte da amostra todas as crianças de 0 a 5 anos portadoras de diarréia e que procuraram a Unidade Sanitária da Vila 1^o de Maio, da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, para atendimento médico, no período compreendido entre 19 de janeiro de 1987 a 20 de janeiro de 1988. A população desta vila, situada no bairro Glória-Embratel, é de aproximadamente 6.000 habitantes, segundo o Censo de 1980 do IBGE.

2.2. MÉTODO

Definida a população, passaram-se a estabelecer os critérios de inclusão, quais sejam:

- a) idade;
- b) ser morador desta vila;
- c) ser portador de diarréia (ver definição no Anexo);
- d) procurar a Unidade Sanitária para tratamento de diarréia no período de janeiro de 1987 a janeiro de 1988.

Os critérios de exclusão foram:

- a) recém-nascidos com fezes líquidas e aleitamento exclusivo (ver definição no Anexo);
- b) desconhecimento do conceito de diarreia.

Para definir o tamanho da amostra, foi realizada uma estimativa dos atendimentos realizados nesta Unidade Sanitária durante os meses de verão, nos anos de 1985 e 1986. No trimestre dezembro-janeiro-fevereiro, a média entre os dois anos foi de 150 casos de diarreia entre crianças de 0 a 5 anos.

Baseados neste número de ocorrência, esperava-se atingir nos doze meses compreendidos entre janeiro de 1987 e janeiro de 1988, um número aproximado de 200 casos, no mínimo; no entanto, neste período o número registrado foi de apenas 73 casos.

Optou-se pela metodologia do estudo de coorte não controlada, por ser o estudo que menos vícios de seleção e aferição propicia para os objetivos deste trabalho: tem direção lógica natural e desenha o seguimento dos participantes. Neste estudo, toda a população tem o fator em estudo. É um modelo freqüentemente utilizado para determinar a incidência ou complicação e descrever o curso clínico ou história natural de uma doença.

Os protocolos foram elaborados com base nos objetivos do trabalho e no plano de seguimento dos pacientes observados. A partir dos conceitos de diarreia, os conteúdos e as datas dos protocolos foram organizados da seguinte maneira:

O 1º protocolo era aplicado na primeira entrevista com o responsável da criança que a trazia para consulta na Unidade

Sanitária. Este era realizado em qualquer momento da doença diarréica, isto é, tanto no primeiro dia como durante o seu prolongamento. Consta de dados de identificação da criança e responsável e, logo após, uma pergunta sobre o que o(a) entrevistado(a) entende por diarréia. Se esta resposta se enquadrava dentro dos critérios, seguia-se adiante; caso contrário, esta criança era excluída da pesquisa.

No seguimento do protocolo, perguntava-se sobre a diarréia (características, duração, sintomas associados, medicamentos utilizados, fatores desencadeantes), peso ao nascer, alimentação, dados sobre história médica pregressa da criança, dados sócio-econômicos da família, escolaridade da mãe ou pai e tempo de permanência da criança com a mãe; em seguida, realizava-se o exame físico. Após definido o diagnóstico, era estabelecida a conduta, já uniformizada na medida do possível, em todo o estudo (ver Anexo, protocolos 1 a 6).

O 2º protocolo era aplicado no 7º dia da doença com o objetivo de acompanhar o período autolimitado da doença, em geral de um a dez dias. Quando a necessidade do caso exigia, eram marcadas consultas extras, independente dos períodos preestabelecidos para a aplicação dos protocolos.

O 3º protocolo ocorria no 14º dia: tinha o objetivo de avaliar a evolução e já podia apontar uma provável cronificação da doença.

O 4º protocolo era efetuado no 26º dia da doença e o 5º, no 43º dia, sempre com o objetivo de acompanhar a criança em relação

aos sinais e sintomas que a doença pudesse estar perpetuando, apresentar recidivas ou não evidenciar. Dependendo da evolução da criança, eram tomadas atitudes para resolver ou prevenir complicações.

O 6º e último protocolo era efetuado no 60º dia, isto é, dois meses após, tempo suficiente para o acompanhamento e avaliação da história natural da doença, concretizando um diagnóstico de cura ou de cronificação. Todas as crianças foram pesadas nas seis visitas e a altura, verificada no 1º e 6º protocolos.

A partir da definição da metodologia do estudo e da realização dos protocolos, partiu-se para trabalhar com as diferentes comunidades envolvidas.

Em primeiro lugar, apresentou-se a idéia do trabalho para a equipe de saúde da Unidade Sanitária e líderes comunitários da Vila 1º de Maio, que apresentaram uma excelente receptividade.

O segundo passo em relação ao treinamento de pessoal foi capacitar os auxiliares, médicos e demais profissionais que trabalhavam na recepção da Unidade Sanitária para receber todos os casos de diarreia infantil. A Unidade Sanitária atende das 8 às 18 horas, diariamente.

O terceiro passo foi selecionar e treinar os entrevistadores. Foram escolhidos estudantes de Medicina do 10º semestre que faziam estágio obrigatório em Medicina Comunitária. A participação na pesquisa era voluntária. Em alguns momentos foi possível remunerá-los através de bolsas do Projeto Rondon ou PROPESP, mas nem sempre

isto foi possível. O médico-chefe desta Unidade também participou como entrevistador das mães ou responsáveis.

Toda a equipe de entrevistadores foi exaustivamente treinada para o preenchimento dos protocolos.

No decorrer do ano, ocorreram algumas trocas de entrevistadores nas equipes. Todos os primeiros protocolos foram preenchidos sob supervisão da autora e as dúvidas, discutidas em reuniões semanais.

A obtenção das medidas antropométricas também foi objeto de cuidado especial no preparo dos entrevistadores.

As crianças eram pesadas durante as seis entrevistas. Como a primeira era na Unidade Sanitária, esta pesagem era feita em balança pediátrica marca Filizola. Em geral, as medidas seguintes eram procedidas nos domicílios e utilizada a balança CMS tipo SALTER, especialmente projetada para este tipo de pesquisa domiciliar (101). As crianças de até 2 anos eram deitadas para a medição, com um antropômetro da SSMA e, após esta idade, eram medidas em pé, utilizando-se uma fita métrica.

As balanças eram aferidas com pesos-padrão. Qualquer discrepância era identificada e corrigida na medida do possível.

Toda conduta médica era discutida por um médico-supervisor. Todos os protocolos já previam diferentes situações da doença diarréica, mas não de doenças concomitantes.

Foi iniciado um estudo piloto em duas áreas geográficas distintas: uma na Unidade Sanitária Nonoai e outra na própria

Unidade Sanitária 1º de Maio. O primeiro serviu para tomar a decisão de concentrar o estudo em apenas uma vila. Com a metodologia de coorte, seriam perdidos muitos pacientes no seguimento, pois a demanda do posto era de áreas distintas e distantes. No geral, o estudo piloto atingiu seus objetivos, propiciando que fossem refeitas várias questões dos protocolos.

Após estas etapas, iniciou-se a pesquisa propriamente dita, em 19 de janeiro de 1987, com a aplicação do 1º protocolo. A criança que já na primeira entrevista fosse diagnosticada com diarreia crônica passaria a seguir a conduta do 3º protocolo em diante. Na maioria dos casos as entrevistas de seguimento (2º ao 6º protocolo) foram através de visitas domiciliares. Este foi um processo bastante difícil, no qual se constatava, muitas vezes, que a informação era inadequada ou inverídica em relação aos endereços fornecidos na Unidade Sanitária. As visitas domiciliares, em muitas ocasiões, se deram à noite, nos fins de semana, em outras vilas ou bairros, pelo fato da mãe ou responsável pela criança trabalhar fora e não poder comparecer.

A computação e análise dos dados foram realizadas através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science), o Teste do qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, estes últimos quando possível. Estabeleceu-se o nível de significância de p menor que 0,05.

3. RESULTADOS

3.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

Nesta primeira parte do estudo, tratar-se-á de descrever o perfil da criança de 0 a 5 anos - moradora da Vila 1º de Maio, sujeito desta pesquisa - quanto à idade, sexo, posição sócio-econômica, renda familiar. Complementando, foram incluídas variáveis como escolaridade da mãe ou responsável, tempo de permanência com a mãe, peso ao nascer e aleitamento materno.

Tabela 1

Distribuição das crianças por faixa etária

MESES	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
0 ┊ 6	12	16,4	16,4
6 ┊ 12	18	24,7	41,1
12 ┊ 18	10	13,7	54,8
18 ┊ 24	11	15,1	69,7
> = 24	22	30,1	100,0
TOTAL	73	100,0	-

A Tabela 1, que trata da distribuição das crianças, por faixa etária, que compareceram à Unidade Sanitária da Vila 1º de Maio com problemas diarréicos, mostra uma concentração do problema predominantemente até os 18 meses de idade, onde o percentual acumulado é de 54,8. Há uma grande freqüência relativa na faixa dos 6 aos 12 meses, representando 24,7% dos casos.

Em relação ao sexo, a amostra é composta de 41 meninos (56,2%) e 32 meninas (43,8%).

A posição sócio-econômica da família foi definida através da inserção nos processos de produção, circulação ou coadjuvantes do componente que recebesse a maior renda (14). As famílias foram classificadas como pertencentes a uma das classes sociais listadas na Tabela 2, logo a seguir.

A operacionalização deste conceito utiliza, para a inserção de cada família em uma determinada classe social, os seguintes dados a respeito de seu chefe (pessoa de maior renda): tipo de ocupação, ramo de atividade, posição em relação aos meios de produção, renda mensal, tipo de estabelecimento (autônomo), número de empregados (se empregador) e escolaridade. A partir destes dados, as famílias foram classificadas em uma das seguintes classes sociais (ou frações de classe):

1) Pequena burguesia tradicional (quatro famílias, representando 5,5%) composta pelos indivíduos que possuem a capacidade de se auto-sustentarem de maneira independente por disporem de meios de produção próprios. Baseia-se na utilização de mão-de-obra familiar. São exemplos os proprietários de armazéns, de oficinas

mecânicas ou de outros estabelecimentos de pequeno porte, além de profissionais, como eletricitas e encanadores, trabalhando por conta própria.

2) Proletariado (34 famílias, 46,6%), incluindo todos os agentes sociais que estão submetidos a uma relação de exploração, vivendo exclusivamente da venda de sua força de trabalho. Pode ser dividido em duas frações:

a) proletariado típico (23,3% do total, 17 famílias): trabalhadores que desempenham atividades diretamente vinculadas com a produção e o transporte de mercadorias, como, por exemplo, pedreiros, operários, motoristas;

b) proletariado não típico (23,3% do total, 17 famílias, exatamente igual ao anterior): assalariados que têm relação indireta com a produção; por exemplo, funcionários administrativos de indústrias e trabalhadores no comércio e serviços.

3) Subproletariado (35 famílias, 47,9%): inclui todos os agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual obtêm salários e/ou rendimentos inferiores ao custo mínimo da produção da força de trabalho. Temos como exemplo os empregados domésticos, os serventes na indústria da construção civil e os "biscateiros".

Tabela 2
Posição sócio-econômica familiar

CLASSE SOCIAL	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
Pequena burguesia tradicional	4	5,5	5,5
Proletariado típico	17	23,3	28,8
Proletariado não típico	17	23,3	52,1
Subproletariado	35	47,9	100,0
TOTAL	73	100,0	-

Por renda familiar foi computado o ganho mensal da família, compreendendo o que cada indivíduo recebia diretamente do trabalho, mais outras fontes de renda, como aluguéis, mesada ou pensão.

A comparação foi feita com o salário mínimo do mês em que o dado foi coletado.

Tabela 3
Renda familiar

SALÁRIOS MÍNIMOS	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
< 1	7	9,5	10,3
1 ┤ 3	36	49,3	63,2
3 ┤ 6	17	23,3	88,2
6 ┤ 9	7	9,6	98,5
> = 9	1	1,4	100,0
NSR (1)	5	6,8	-
TOTAL	73	100,0	-

(1) Não souberam responder.

Esta tabela evidencia que 63,2% da população recebia até três salários mínimos, o que confirma os resultados da Tabela 2.

Em relação à escolaridade, foi perguntado aos responsáveis da criança, inicialmente sobre alfabetização, e as respostas assim se concentram: 61 pessoas (83,5%) eram alfabetizados; oito (11%) escreviam só o nome e 4 (5,5%), nada; e 10 pessoas (13,69%) tinham o 1º grau completo.

Tabela 4
Nível de escolaridade

ANOS DE ESTUDO	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
0 anos (analfabetos)	4	5,5	5,5
1 ┤ 5	30	41,1	46,6
5 ┤ 9	35	47,9	94,5
> = 9	4	5,5	100,0
TOTAL	73	100,0	-

Pode-se constatar que praticamente 50% dos responsáveis pelas crianças estudadas tinham completado as séries iniciais do 1º grau e quatro ingressaram no 2º grau.

Ao observar a relação entre as variáveis renda familiar, posição sócio-econômica e escolaridade, verifica-se que os níveis mais baixos de escolaridade, como analfabetos, 1º grau completo e incompleto, estão associados ao subemprego, à construção civil e serviços de servente; o nível mais alto, o 2º grau, à ocupação por conta própria.

Ao investigar o tempo de permanência da mãe com a criança, em casa ou no trabalho, encontram-se os seguintes achados: a mãe não saía de casa em 39 casos (53,4%) e trabalhava fora em 33 dos casos (45,2%). Destas, duas levavam a criança junto para o trabalho (2,7% do total).

Para observar o tempo de afastamento da mãe, construiu-se a tabela a seguir.

Tabela 5
Afastamento da mãe durante o período da diarreia

HORAS	FREQUÊNCIA	%
Sem afastamento	42	57,5
4 - 7	3	4,1
7 - 10	9	12,3
> = 10	19	26,0
TOTAL	73	100,0

A maioria das mães fica em casa com seus filhos. Dentre as que trabalham, o maior número passa oito horas ou mais fora do lar.

Tabela 6
Distribuição das crianças segundo o peso ao nascer

PESO (G)	FREQUÊNCIA	% ACUMULADO
< 2.500	12	16,4
≥ 2.500	53	72,6
NSR (1)	8	100,0
TOTAL	73	-

(1) Não souberam responder.

Neste estudo, encontraram-se 16,4% das crianças (12 casos) com baixo peso ao nascer (menor que 2.500g).

Ao perguntar se as mães tinham aleitado seus filhos, 64 (87,7%) responderam que sim e apenas sete (9,6%) afirmaram que não haviam aleitado.

Ao analisar o tempo de aleitamento, constatou-se que 18 das crianças (24,7%) que respondiam positivamente foram aleitadas por menos de um mês. Para efeito de análise, baseando-se em estudos anteriores (45,66,85), decidiu-se agrupar o tempo de aleitamento da seguinte forma: de 0 a 3 meses, desmame precoce; de 3 a 6 meses, período razoável a ótimo; a partir desta data, período "ganho" (lucro).

Tabela 7

Distribuição das crianças segundo o tempo de aleitamento materno

MESES	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
0 (\overline{AM})	7	9,6	9,6
< 1	11	15,0	24,6
1 → 3	19	26,0	50,6
3 → 6	11	15,1	65,7
6 → 12	14	19,2	84,9
12 → 24	7	9,6	94,5
> = 25	4	5,5	100,0
TOTAL	73	100,0	-

\overline{AM} = sem leite materno

A Tabela 7 demonstra que a maioria das crianças iniciaram a amamentação, mas 50%, isto é, exatamente a metade desta amostra chega amamentada até a idade de 3 meses, caracterizando o desmame

precoce. A partir do 4º mês, permanecem sendo aleitadas 34,3% das crianças até o final do 1º ano e, a partir desta idade, 11 crianças continuam sendo amamentadas, representando 15,1% do total.

Na amostra, apenas 18 (24,7%) crianças apresentavam diarreia e permaneciam sendo amamentadas no momento da pesquisa.

Tabela 8

Distribuição das crianças segundo aleitamento materno no momento da pesquisa

CRIANÇAS	FREQUÊNCIA	% ACUMULADO
Aleitando	18	24,7
Desmamados	55	75,3
TOTAL	73	100,0

Das crianças amamentadas durante o(s) episódio(s) de diarreia, observou-se que nos menores de 6 meses o aleitamento parcial (definido pela introdução de leite artificial) predominou. No período de 6 a 12 meses ocorreu o contrário. Nesta faixa etária, as crianças receberam mais aleitamento exclusivo. Acima de 1 ano ocorreu o esperado, com predominância no aleitamento parcial. O teste estatístico não mostrou significância.

Tabela 9

Distribuição das crianças em aleitamento exclusivo ou parcial no momento da pesquisa

MESES	ALEITAMENTO EXCLUSIVO		ALEITAMENTO PARCIAL	
	Nº	%	Nº	%
0 - 6	1	12,5	4	40
6 - 12	6	75,0	2	20
> 12	1	12,5	4	40
TOTAL	8	100,0	10	100

3.2. QUADRO CLÍNICO

Neste segundo momento será caracterizado o quadro clínico dos casos, iniciando pela descrição de sua distribuição de acordo com os meses do ano

Tabela 10

Distribuição das crianças segundo os meses do ano em que deram entrada na pesquisa

MESES	FREQUÊNCIA	%
Novembro a abril	49	67
Maió a outubro	24	33
TOTAL	73	100

NOTA: De 8/4/1987 a 2/6/1987 ocorreu greve na SSMA/RS, não havendo atendimento de pacientes, ou seja, não ocorreu entrada de casos.

A tabela demonstra um aumento da incidência de casos nos meses quentes. No entanto, esta afirmativa é limitada levando em conta o período de greve, em que não houve registro de casos.

Em relação ao tempo de início da doença e de procura ao posto de saúde, isto é, a entrada dos casos de diarreia neste estudo, verifica-se, conforme Tabela 11, que 58,9% dos casos procuraram atendimento médico até o terceiro dia de início da doença. Entre o quarto e oitavo, 30,1% o fizeram e 9,6% chegaram após o 15º dia da doença.

Tabela 11

Distribuição das crianças segundo o número de dias de diarreia na primeira entrevista

DIAS	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
0 ┤ 4	43	58,9	58,9
4 ┤ 9	22	30,1	89,0
9 ┤ 16	1	1,4	90,4
> 16	7	9,6	100,0
TOTAL	73	100,0	-

Constata-se que 89% da amostra procurou atendimento médico nos primeiros oito dias da doença. Dentre os que buscaram recurso médico, oito (11,0%) foram considerados como casos crônicos, prevalentes em relação ao estudo (cronificação da doença).

Para registrar o tempo de duração da diarreia durante todo o trabalho, descreveu-se o número de episódios diarréicos e o número total de dias de doença. Os episódios estão descritos na tabela a seguir.

Tabela 12
Distribuição das crianças segundo o número de episódios de diarreia até o final do estudo

Nº DE EPISÓDIOS	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
1	30	46,2	46,2
2	19	29,2	75,4
3	14	21,5	96,9
4	2	3,1	100,0
TOTAL	(1) 65	100,0	-

(1) Estão excluídos os oito casos prevalentes que entraram no estudo já com diarreia crônica (sete com um só episódio e um com mais de quatro episódios).

Constata-se que quase a metade da amostra teve apenas um episódio (46,2%); os demais 29,2% apresentaram até dois episódios e 24,6% (16 casos) entraram dentro da definição de diarreia crônica por apresentarem três ou mais episódios de diarreia em menos de dois meses.

O estudo de número de dias totais com diarreia demonstra, segundo a Tabela 13, que apenas metade da amostra (50,7%, 37 casos) fica dentro do número de dias preconizados para uma diarreia aguda, doença em geral autolimitada (ver definição no Anexo). Os outros 36 casos (49,3%) se caracterizaram por apresentar diarreia durante 27% (1/6) do período de seguimento.

Tabela 13

Distribuição das crianças segundo o número total de dias de diarreia

Nº DE DIAS	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
1 - 5	18	24,7	24,7
6 - 13	19	26,0	50,7
14 - 21	16	21,9	72,6
21 - 46	11	15,1	87,6
46 - 60	7	9,6	97,2
> 60	2	2,7	100,0
TOTAL	73	100,0	-

Não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os dias totais de diarreia e a faixa etária das crianças, conforme se pode constatar na tabela abaixo:

Tabela 14

Distribuição das crianças conforme o número total de dias de diarreia em relação à faixa etária

DIAS TOTAIS DE DIARRÉIA	≤ 12 MESES		> 12 MESES	
	Nº	%	Nº	%
1 a 15	18	58,1	24	57,1
> 15	13	41,9	18	42,9
TOTAL	31	100,0	42	100,0

Um dos objetivos do seguimento das crianças com diarreia era poder observar a história natural da doença. Para avaliar o comportamento clínico da mesma, na primeira consulta as crianças foram diagnosticadas como casos agudos ou crônicos. Na última entrevista do seguimento, o diagnóstico inicial era fortalecido ou alterado, conforme a evolução da doença. Os diagnósticos usados em todos os cruzamentos foram os definidos no 6º protocolo, ou seja, na última entrevista do seguimento.

Sempre que foi efetuado cruzamento com diagnóstico do último protocolo de seguimento, este foi feito com apenas 70 pacientes, porque os outros três casos foram perdidos no seguimento por mudança de endereço (dois trocaram de cidade e um foi levado pela mãe, sem deixar o endereço).

Tabela 15
Distribuição das crianças segundo diagnóstico inicial e final, por tipo de diarreia

TIPOS DE DIARRÉIA	DIAGNÓSTICO INICIAL		DIAGNÓSTICO FINAL			
			Diarreia aguda		Diarreia crônica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diarreia aguda	58	82,9	35	100	23	65,7
Diarreia crônica	8	11,4	-	-	8	22,9
Não especificado	4	5,7	-	-	4	11,4
TOTAL	(1)70	100	35	100,0	35	100,0

(1) Foram perdidos um caso prevalente de diarreia crônica e dois de diarreia aguda.

A Tabela 15 evidencia que os casos diagnosticados como agudos na 1ª entrevista, em número de 58 (82,9%), bem como os quatro casos que no início não puderam ter seu diagnóstico definido (5,7%) passaram em número de 27 (38,6%) para o diagnóstico de doença crônica no decorrer do trabalho. Os casos crônicos no início eram oito (11,4%).

Ao calcular o índice de cronificação foram excluídos os oito casos considerados prevalentes. Este índice foi extremamente elevado na amostra (43%).

No final do estudo, excluindo os três casos que foram perdidos, o número de doença aguda e crônica foi igual a 35 (50%).

Quanto às características das fezes, estas foram avaliadas em relação à consistência, frequência e presença de catarro (muco) e sangue. Todos estes aspectos foram cruzados com diagnósticos da doença. A Tabela 16 apresenta o tipo de fezes relacionado com a cronificação da doença.

Tabela 16

Distribuição das crianças segundo a consistência das fezes e tipo de diarreia

CONSISTÊNCIA DAS FEZES	D I A R R E Í A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Líquidas	16	45,7	23	65,7	39	55,7
Semilíquidas	14	40,0	8	22,9	22	31,4
Pastosas	5	14,3	4	11,4	9	12,9
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

O teste do qui-quadrado não mostrou diferença estatisticamente significativa em relação à consistência das fezes com a evolução da doença diarréica.

Encontrou-se em 75,7% (53 dos pacientes) o número de até seis evacuações/dia. Em 15,7% (11 dos casos) ocorreram sete a nove evacuações/dia e 8,2% (6 crianças) tiveram mais de dez evacuações/dia.

Após o cruzamento entre o número de evacuações durante 24 horas e o diagnóstico da diarreia, não se obteve significância estatística.

Tabela 17
Distribuição das crianças segundo o número de
evacuações por dia e tipo de diarréia

NUMERO DE EVACUAÇÕES	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
1 a 3	9	27,3	8	23,6	17	25,3
4 a 6	18	54,5	16	46,0	34	50,7
7 a 9	5	15,2	5	15,2	10	15,0
> =10	1	3,0	5	15,2	6	9,0
TOTAL	33	100,0	34	100,0	(1)67	100,0

(1) Três casos não souberam informar.

O Teste de Fisher e o risco relativo foram realizados em todos os cruzamentos possíveis (Tabela 40, mais adiante) e não houve significância em nenhuma das associações.

A Tabela 18 demonstra a presença ou não de catarro (muco) nas fezes.

Tabela 18
Distribuição das crianças segundo a presença de
muco nas fezes e tipo de diarreia

PRESENÇA DE MUCO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	12	36,4	10	28,6	22	32,4
Não	21	63,6	25	71,4	46	67,6
TOTAL	(1)33	48,5	35	51,5	68	100,0

(1) Dois casos não souberam informar.

Ocorreu a presença de muco nas fezes em 32,4% (22 das crianças), das quais 12 na situação aguda e 10 na crônica. Estes dados por si já evidenciaram nesta amostra a não associação de muco com o comportamento da doença (aguda ou crônica).

A estatística reforçou que a relação não é significativa.

A presença de sangue nas fezes ocorreu em apenas quatro casos (5,5%) e também os resultados foram semelhantes entre os casos de diarreia aguda e crônica.

Examinando os sintomas associados à diarreia apresentados pelas crianças estudadas nesta pesquisa e relatadas pelas suas mães, tais como febre, vômitos, dores abdominais ou cólicas, constatou-se que, quanto à febre, 31 casos (43,1%) apresentaram hipertermia (mais que 37,5°C) no relato da primeira consulta.

Um dos objetivos deste estudo era verificar se a diarreia manifestava-se clinicamente diferente em relação à cronificação. Os dados distribuídos na Tabela 19 mostram que a presença ou não de febre foi semelhante em relação aos casos agudos e crônicos. Os dados distribuídos na Tabela 19 não mostraram diferença significativa.

Tabela 19
Distribuição das crianças segundo a presença de febre e tipo de diarreia

PRESENÇA DE FEBRE	D I A R R E Í A					
	Aguda		Crônica		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Sim	17	50,0	12	34,3	29	42,0
Não	17	50,0	23	65,7	40	58,0
TOTAL	34	49,3	35	50,7	(1)69	100,0

(1) Foi perdida a informação de um paciente.

Quanto à dor abdominal, 42 crianças (63,6%) a manifestaram; destas, os números, quando verificados em relação à evolução da doença, foram muito semelhantes, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 20

Distribuição das crianças segundo a presença de dor abdominal e tipo de diarreia

PRESENÇA DE DOR ABDOMINAL	D I A R R Ê I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	20	66,7	20	60,6	40	63,5
Não	10	33,3	13	39,4	23	36,5
TOTAL	30	47,6	33	52,4	(1)63	100,0

(1) Em sete pacientes não se obteve a informação.

A manifestação de vômitos ocorreu em 40 casos (54,8%). Ao compará-los com os diagnósticos de doença aguda ou crônica, os números novamente foram muito semelhantes (Tabela 21).

Tabela 21

Distribuição das crianças segundo a presença de vômitos e tipo de diarreia

PRESENÇA VÔMITOS	D I A R R Ê I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	21	60,0	19	54,3	40	57,1
Não	14	40,0	16	45,7	30	42,9
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

Vários sintomas concomitantes a este episódio de diarreia foram constatados em 23 crianças (33,8%). Entre estes ocorreram coriza, tosse, dor de ouvido, "alergia", etc. Estes dados foram citados espontaneamente pela pessoa entrevistada.

A Tabela 22 tem por objetivo destacar os sintomas associados e mais freqüentes, podendo estes ocorrer isoladamente ou não.

Tabela 22
Freqüência dos sintomas

SINTOMAS	FREQUÊNCIA	%
Febre	31	43,1
Dor abdominal	42	63,6
Vômitos	40	54,8
Outros	23	33,8

A desidratação caracterizada por alguns sinais ao exame físico - mucosas secas, olhos encovados, turgor da pele diminuído e fontanela afundada - teve baixa incidência na amostra estudada.

Observaram-se cinco (7,1%) crianças desidratadas e novamente, ao correlacioná-las frente ao diagnóstico de doença aguda ou crônica, não se encontraram diferenças, conforme descrito na Tabela 23.

Tabela 23
Distribuição das crianças segundo a presença de desidratação e tipo de diarreia

PRESENÇA DE DESIDRATAÇÃO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	2	5,7	3	8,6	5	7,1
Não	33	94,3	32	91,4	65	92,9
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

3.2.1. Grau de Nutrição

Para avaliar o grau de nutrição das crianças, inicialmente usou-se a classificação de Gomez (67,94) que utiliza o peso ideal para a idade. Estas duas variáveis foram avaliadas em todas as crianças, o que não ocorreu em relação à altura. Esta foi perdida em 11 crianças.

A Tabela 24 resume o grau de nutrição das crianças deste estudo. Avalia a desnutrição em três graus, segundo Gomez, entre crianças de 0 a 4 anos, conforme o déficit de 10 a 24% (primeiro grau), de 25 a 40% (segundo grau) ou maior do que 40% (terceiro grau).

Tabela 24

Distribuição das crianças segundo o grau de nutrição
(Classificação de Gomez)

GRAUS DE NUTRIÇÃO	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
Normal (maior que 90%)	45	61,7	61,7
Desnutrido 1º grau (76 a 90%)	23	31,5	93,2
Desnutrido 2º grau (61 a 75%)	5	6,8	100,0
Desnutrido 3º grau (menor ou igual a 60%)	0	-	-
TOTAL	73	100,0	-

Encontraram-se 38,3% das crianças desnutridas, segundo Gomez, nesta amostra, sendo a maioria de grau leve (31,5%) e poucos (6,8%), moderados; nenhum desnutrido grave.

A seguir, cruzou-se esta classificação com a evolução da diarreia e, segundo demonstração na Tabela 25, não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os graus de nutrição.

Tabela 25
Distribuição das crianças segundo grau de nutrição
e tipo de diarreia

GRAUS DE NUTRIÇÃO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	20	57,1	25	71,4	45	64,3
Grau I	13	37,1	7	20,0	(1)20	25,6
Grau II	2	5,7	3	8,6	5	7,1
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

(1) As três crianças perdidas no seguimento desta pesquisa eram desnutridas Grau I.

Considerando as limitações que uma análise do aspecto nutricional traz, quando se verifica apenas peso/idade, decidiu-se observar este mesmo grupo populacional através dos indicadores peso, altura e idade.

O primeiro - altura para a idade - indica se a altura está baixa para a idade; se a criança vem crescendo pouco, há muito tempo, tem desnutrição crônica.

O peso para a altura indica se a criança apresenta um peso inadequado para sua altura; uma perda recente sugere desnutrição aguda.

Utilizaram-se os percentuais referendados pela OMS (15).

Nas Tabelas 26 e 27 a amostra está exemplificada sob estes aspectos.

Tabela 26
Distribuição das crianças segundo altura/idade

% ALTURA/IDADE	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
< 85	2	3,2	3,2
85 ┤ 90	3	4,8	8,1
90 ┤ 95	12	19,4	27,4
95 ┤ 100	45	72,6	100,0
TOTAL	(1)62	100,0	-

(1) 11 casos não tinham registro de altura.

Na tabela acima, considerando altura baixa aquela igual ou inferior a 95%, ter-se-á uma incidência de desnutridos crônicos de 27,4%.

Tabela 27
Distribuição das crianças segundo peso/altura

% PESO/ALTURA	FREQUÊNCIA	%	% ACUMULADO
80 ┆ 85	2	3,2	3,2
85 ┆ 90	11	17,8	21,0
90 ┆ 95	18	29,0	50,0
95 ┆ 100	31	50,0	100,0
TOTAL	(1)62	100,0	—

(1) 11 casos não tinham registro de altura.

Na Tabela 27, ao estabelecer que o peso inadequado para a altura é igual ou menor que 90%, encontra-se uma incidência de desnutridos recentes de 21%.

Outra análise possível com estes indicadores é a que se baseia na classificação de Seone e Lathan (12).

A Tabela 28 resume os achados em relação às crianças desnutridas, segundo Seone e Lathan.

Tabela 28
Distribuição das crianças segundo classificação de
Seone e Lathan

GRAUS DE NUTRIÇÃO	FREQUÊNCIA	%
Normal	42	67,8
Desnutrição aguda atual (P/I↓; A/IN; P/A↓)	9	14,5
Desnutrição crônica atual (P/I↓; A/I↓; P/A↓)	3	4,8
Desnutrição crônica passada (P/I↓; A/I↓; P/A N)	8	12,9
TOTAL	(1)62	100,0

(1) 11 casos não tinham registro de altura.

Desta maneira, encontra-se uma frequência de desnutrição de 32,2%, semelhante à de Gomez (38,3%). Confirma-se, portanto, uma elevada frequência de desnutrição nesta amostra.

Novamente tentou-se observar significância com a evolução da diarreia, que não foi obtida, conforme se pode ver na Tabela 29.

Tabela 29

Distribuição das crianças segundo grau de nutrição da classificação de Seone-Lathan e tipo de diarreia

GRAUS DE NUTRIÇÃO	D I A R R E Í A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	23	67,7	19	73,0	42	70,0
Desnutrição aguda atual	7	20,6	1	3,8	8	13,4
Desnutrição crônica atual	1	2,9	2	7,8	3	5,0
Desnutrição crônica passada	3	8,8	4	15,4	7	11,6
TOTAL	34	100,0	26	100,0	(1)60	100,0

(1) Duas crianças, uma com desnutrição crônica passada e outra com desnutrição aguda atual, foram perdidas no seguimento.

3.3. FATORES PROGNÓSTICOS

Perseguindo o quarto objetivo - o de identificar fatores de risco para a cronificação da doença diarreica - avaliar-se-ão as variáveis que pareceram mais relevantes para tal. Entre elas, idade, grau de nutrição (já descritos nas Tabelas 24, 25, 26, 27, 28 e 29), aleitamento materno, peso ao nascer, renda familiar, escolaridade e tempo de permanência com a mãe. Decidiu-se cruzar tais variáveis com os diagnósticos de evolução da doença aguda para crônica.

3.3.1. Idade

Em relação à idade, observe-se a Tabela 30.

Tabela 30
Distribuição das crianças segundo a idade e
tipo de diarreia

MESES	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 ┊ 6	7	20,0	4	11,4	11	15,7
6 ┊ 12	9	25,7	9	25,7	18	25,7
12 ┊ 18	3	8,6	6	17,1	9	12,9
18 ┊ 24	5	14,3	6	17,1	11	15,7
>= 24	11	31,4	10	28,6	21	30,0
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

Observando as caselas, pode-se constatar que os números são muito semelhantes, não se podendo observar tendências, apenas constatar novamente que a maior concentração de crianças doentes ocorre até os 18 meses de idade.

3.3.2. Aleitamento Materno

Ao observar-se o aleitamento materno, nota-se que o número de crianças que recebeu leite humano era elevado (89,9%): 62 crianças da amostra (Tabela 31).

Tabela 31
Distribuição das crianças segundo a presença de
aleitamento materno e tipo de diarreia

PRESENÇA DE ALEITAMENTO MATERNO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	31	91,2	31	88,6	62	89,9
Não	3	8,8	4	11,4	7	10,1
TOTAL	34	49,3	35	50,7	(1)69	100,0

(1) Um caso não soube informar.

Não ocorreu diferença entre a evolução da doença e a presença do aleitamento. Decidiu-se então avaliar o aleitamento materno em relação à sua duração. Para tal, considerou-se como desmame precoce crianças que foram amamentadas até o 3º mês de vida e como aleitadas as crianças que seguiram tendo leite humano além do 3º mês (Tabela 32).

Tabela 32

Distribuição das crianças segundo o tempo efetivo de aleitamento e tipo de diarreia

TEMPO EFETIVO	D I A R R E Í A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desmame precoce	17	48,6	19	54,3	36	51,4
Aleitado	18	51,4	16	45,7	34	48,6
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

Embora o número de amamentados fosse elevado, o seu tempo de duração foi ineficaz (51,4%). Não ocorreu diferença significativa estatisticamente. Nos aleitados, a incidência de diarreia aguda foi de 51,4% e de crônica, 45,7%.

Descreve-se também a duração do aleitamento materno nesta população relacionada à evolução da doença.

Tabela 33
Distribuição das crianças segundo meses de
aleitamento e tipo de diarréia

MESES DE ALEITAMENTO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
0 - 3	17	48,6	19	54,3	36	51,4
3 - 6	4	11,4	6	17,1	10	14,3
6 - 12	11	31,4	3	8,6	14	20,0
12 - 24	3	8,6	4	11,4	7	10,0
> =25	-	-	3	8,6	3	4,3
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

A partir desta tabela, detalhado melhor o tempo de duração do aleitamento, confirma-se que mais da metade da amostra (51,4%) não aleita de modo satisfatório, atingindo no máximo o 3^o mês de vida do bebê. Os números são muito semelhantes até o 6^o mês do aleitamento. No período dos 6 aos 12 meses, coincidindo com a principal época do desmame e introdução de outros alimentos, parece existir uma tendência de proteção do leite humano em relação à doença crônica (31,4% para 8,6%). Nos meses que ultrapassam o primeiro ano de vida, os números são semelhantes e o leite, como fator de proteção, também perde progressivamente a importância à medida que aumenta a idade.

Persistiu-se na busca de evidência entre o aleitamento e a diarreia. Desta vez utilizaram-se no cruzamento apenas as crianças que estavam sendo aleitadas no momento do estudo (Tabela 34).

Tabela 34

Distribuição das crianças segundo a presença de aleitamento no episódio de diarreia relacionado ao seu tipo

SITUAÇÃO	D I A R R E I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aleitando	9	25,7	7	20,0	(1)16	22,9
Desmamado	26	74,3	28	80,0	54	77,1
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

(1) Os dois pacientes perdidos no seguimento estavam sendo aleitados no momento da pesquisa.

Mais uma vez não se encontrou diferença estatística significativa entre o aleitamento presente e a evolução da doença.

3.3.3. Peso ao Nascer

Ao observar a variável peso ao nascer em relação à evolução da doença, não se encontrou diferença relevante. Apesar da incidência de baixo peso ao nascer na amostra ser elevada (18,5%), os números absolutos são pequenos para a avaliação de prognóstico (Tabela 35).

Tabela 35
Distribuição das crianças segundo o peso ao nascer
e tipo de diarréia

PESO AO NASCER (g)	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 2.500	4	14,3	7	20,0	(1)11	17,5
≥ 2.500	24	85,7	28	80,0	(1)52	82,5
TOTAL	28	44,4	35	55,6	63	100,0

(1) Um caso foi perdido no seguimento.

3.3.4. Renda Familiar

A renda familiar, devido às características da população de periferia urbana, além de ser muito baixa (conforme Tabela 36), é também homogênea. Portanto, ao cruzar-se com a evolução da diarréia, não se observa significância.

Tabela 36
Distribuição das crianças segundo a renda familiar
e tipo de diarreia

RENDA FAMILIAR (SM)	D I A R R E Í A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 3	20	64,5	24	70,6	44	67,7
> = 3	11	35,5	10	29,4	21	32,3
TOTAL	31	47,7	34	52,3	(1)65	100,0

(1) Cinco pessoas não souberam informar.

3.3.5. Escolaridade

Ao avaliar a escolaridade do responsável pela criança relacionada à doença diarreica, encontra-se uma única tendência: na amostra, quatro mães eram analfabetas, sendo que todas tiveram seus filhos com evolução crônica da doença. Quando se compara com anos de estudo, não houve diferença estatística, conforme evidencia a Tabela 37.

Tabela 37

Distribuição das crianças segundo os anos de estudo dos responsáveis relacionados ao tipo de diarreia

ANOS DE ESTUDO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 anos	-	-	4	11,4	4	5,7
1 - 5 anos	16	45,7	12	34,3	28	40,0
5 - 9 anos	17	48,6	17	48,6	34	48,6
> = 9 anos	2	5,7	2	5,7	4	5,7
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

Ao concentrar a escolaridade em duas variáveis, isto é, agrupando 0 a 4 anos e mais que 4 anos de estudo, encontra-se uma amostra idêntica em relação à evolução da doença.

Tabela 38

Distribuição das crianças segundo os anos de estudo dos responsáveis relacionados ao tipo de diarreia

ANOS DE ESTUDO	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4	16	45,7	16	45,7	32	45,7
> = 4	19	54,3	19	54,3	38	54,3
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

3.3.6. Tempo de Permanência com a Mãe

O tempo de permanência da criança junto com a mãe foi cruzado com a evolução da doença. Constatou-se um maior número de casos de doentes que tinham a presença da mãe (Tabela 39).

Tabela 39

Distribuição das crianças segundo a permanência com a mãe e o tipo de diarreia

PERMANÊNCIA DA MÃE EM CASA	D I A R R É I A					
	Aguda		Crônica		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	18	51,4	23	65,7	41	58,6
Não	17	48,6	12	34,3	29	41,4
TOTAL	35	50,0	35	50,0	70	100,0

Não houve diferença estatística significativa entre o afastamento da mãe e a evolução da doença.

Tabela 40
 Resultado do Teste de Fisher: cruzamento das
 13 variáveis e tipo de diarreia

VARIÁVEIS	D I A R R E Í A				Teste de Fisher
	Aguda		Crônica		
	Nº	%	Nº	%	
Muco nas fezes (Sim/Não)	12	31,4	10	28,6	N.S.
Febre (Sim/Não)	17	50,0	12	34,3	N.S.
Dor abdominal (Sim/Não)	20	66,7	20	60,6	N.S.
Vômitos (Sim/Não)	21	60,0	19	54,3	N.S.
Desidratação (Sim/Não)	2	5,7	3	8,6	N.S.
Aleitamento Materno (Sim/Não)	31	91,2	31	88,6	N.S.
Tempo efetivo A.M. (≤ 3 meses/ > 3 meses)	18	51,4	16	45,7	N.S.
Aleitamento Materno na crise (Sim/Não)	9	25,7	7	20,0	N.S.
Meses de aleitam. (< 6 meses/ ≥ 6 meses)	21	60,0	25	71,4	N.S.
Peso ao nascer ($< 2.500g$ / $\geq 2.550g$)	4	14,3	7	20,0	N.S.
Renda familiar (< 3 SM/ ≥ 3 SM)	20	64,5	24	70,6	N.S.
Escolaridade (4 anos/ ≥ 4 anos)	16	45,7	16	45,7	N.S.
Permanência c/mãe (Sim/Não)	18	51,4	23	65,7	N.S.

N.S. = Não significativo.

Na Tabela 40 está realacionado, de modo sucinto, o cruzamento das variáveis com o Teste de Fisher, distribuído no decorrer dos resultados em diversas tabelas. Conforme já referido ao longo do relato dos resultados, não houve significância estatística em nenhum dos cruzamentos.

3.4. FORMAS TERAPÊUTICAS UTILIZADAS

3.4.1. Medicação e Medidas Domiciliares

Durante as entrevistas, a pessoa que trouxe a criança à consulta era perguntada sobre o que esta estava recebendo em casa. A resposta devia ser espontânea e era codificada conforme os critérios estabelecidos: sais de reidratação oral (SRO), chás, antidiarréicos, antibióticos, etc.

Encontram-se listados na Tabela 41 os achados que resumem a medicação e/ou medidas utilizadas por esta população frente a um episódio de diarreia.

Tabela 41
Medicação e/ou medidas caseiras

MEDICAÇÃO E/OU MEDIDAS CASEIRAS	FREQUÊNCIA	%
SRO	32	43,8
Chás	50	68,5
Antidiarréicos	19	26,0
Antibióticos	1	1,4
Outros	10	13,7
Altera alimentação	29	39,7
Suspende alimentação	8	11,0

Esta tabela demonstra que havia uma preocupação dos responsáveis em hidratar a criança, tanto através de SRO (43,8%) como de chás (68,5%). Uma criança (1,4%) usou antibioticoterapia e um número razoável (26%) permaneceu usando antidiarréicos.

Quanto ao hábito alimentar, constatou-se que quase 50% destas crianças sofrem modificações, seja em relação a alterações de seu alimento (39,7%), seja numa atitude mais radical de suspendê-lo (11% dos casos).

O chá (68,5%) ainda permanece como a principal arma no arsenal terapêutico das classes populares. O uso de ervas (fitoterapia) mantém seu espaço através dos séculos, apesar do avanço terapêutico na prática médica.

3.4.2. Conduta e/ou Medicação Prescritas

No final de cada protocolo, havia condutas padronizadas em relação à evolução da doença diarréica. Dependendo da história natural de cada caso, condutas distintas, mas já previstas pelo estudo, eram aplicadas.

A Tabela 42 resume a medicação que foi administrada quando da aplicação do 1º protocolo.

Tabela 42
Conduta e/ou medicação prescrita na primeira consulta
(Protocolo 1)

CONDUTA E/OU MEDICAÇÃO	FREQUÊNCIA	%
SRO	73	100,0
AAS	30	41,1
Acetaminofen	2	2,7
Metoclopramida	3	4,1
Leite de frango	3	4,1
Metronidazol	6	8,2
Alimentação livre	70	95,8
Outra conduta	16	21,9

Em todos os casos foram administrados sais de reidratação oral. Algumas medicações sintomáticas foram administradas quando havia presença de febre (AAS, em 41,1%, e Acetaminofen, em 2,7%); se vômitos, Metoclopramida, em 4,1%. Os casos diagnosticados como

crônicos na primeira entrevista eram avaliados e muitas vezes recebiam Metronidazol* (8,2%) pela história ou exame parasitológico compatível com *Giardia lamblia*. Outros casos crônicos (4,1%) já recebiam o leite de frango em função da provável intolerância alimentar.

Quanto à alimentação, era estimulada a manutenção da mesma, exceto naqueles casos em que deveria ser realizada alguma dieta especial na suspeita de intolerância protéica, a dissacarídeo, ou ao glúten.

Todos os casos (21,9%) que apresentaram doenças associadas ao quadro diarréico foram medicados para tal.

A medicação administrada aos pacientes bem como a conduta em relação à educação para prevenir a diarréia estão citados na Tabela 43.

A educação para prevenir a diarréia foi desenvolvida com as mães que cuidavam das crianças, a partir de um programa desenvolvido na Índia (7) e de material instrucional da SSMA/RS sobre diarréia.

* É a medicação da CEME distribuída pela Secretaria da Saúde e indicada para combater a *Giardia lamblia*.

Tabela 43

Distribuição dos casos segundo a medicação prescrita e
conduta educativa no decorrer do estudo

MEDIDAS	PROTOCOLOS					
	1	2	3	4	5	6
SRO	73	18	12	16	7	4
Antibiótico	0	4	3	1	2	2
Metronidazol	6	0	13	14	8	12
Leite de frango	3	0	9	6	6	9
Outra conduta	16	3	9	11	15	16
Educação preventiva	0	25	38	44	53	55

As medicações foram prescritas para o mesmo paciente duas ou mais vezes, quando não havia adesão do mesmo ao tratamento; por este motivo, construiu-se a Tabela 44, demonstrando os casos sem repetição de prescrições.

Tabela 44
Distribuição dos casos segundo a medicação
administrada durante o estudo

MEDIDAS	PROTOCOLOS						TOTAL
	1	2	3	4	5	6	
Antibiótico	0	4	1	1	1	1	8
Metronidazol	6	0	12	6	1	4	29
Leite de frango	3	0	9	3	4	2	21
Outra conduta	16	2	6	5	6	4	39

3.5. INTERAÇÕES COM OUTROS NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE

O sexto objetivo caracteriza as interações necessárias com outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

3.5.1. Nível Secundário de Atenção à Saúde

Para tal iniciar-se-á comentando o número de exames complementares solicitados.

Cabe ressaltar que todos os exames foram realizados nos laboratórios de referência do distrito sanitário a que pertence a Vila 1^o de Maio. Com isto, afirma-se que a investigação básica destas crianças não requereu, na maioria das vezes, ultrapassar o nível secundário de atenção à saúde.

Os exames solicitados mais freqüentemente foram: hemograma, exame comum de urina, urocultura, exame parasitológico de fezes,

pesquisa de açúcares redutores nas fezes, pH fecal e coprocultura. Em alguns casos, solicitaram-se outros mais especializados, tipo proteinograma, imunoglobulinas e xilosemia.

Na Tabela 45, cita-se o número de exames solicitados durante o seguimento do trabalho. Destes, alguns tiveram a solicitação repetida, seja porque a mãe ou responsável não tinha conseguido levar a criança ao laboratório ou tinha perdido a requisição do exame, seja porque não acreditava que exames pudessem contribuir para resolver a doença do pequeno paciente.

Tabela 45

Número de exames solicitados nas diferentes entrevistas

PROTOCOLOS	EXAMES SOLICITADOS	
	Nº	%
1	9	12,5
2	1	1,4
3	8	11,1
4	10	13,9
5	5	6,9
6	9	12,5
TOTAL	42	58,3

O número de pacientes que recebeu solicitações de exames laboratoriais totalizou 28, durante todo o estudo. O número total de 42 exames da Tabela 45 foram as solicitações repetidas pelos motivos expostos anteriormente.

Todos os casos que persistiram com diarréia crônica no final do estudo foram encaminhados para investigação e biópsia intestinal.

3.5.2. Nível Terciário de Atenção à Saúde

Ao descrever o índice de hospitalizações (8,2%), encontrou-se o número de seis pacientes internados. Destes, três eram meninos e três, meninas. Dois foram internados por doença cardiológica; um, por pneumonia e desidratação e os outros três, para investigação de diarréia crônica. Estes últimos (4,1%) tinham menos de 18 meses de idade.

Na alta hospitalar, dois tiveram diagnóstico de giardíase e um, de doença celíaca.

Um paciente (portador de cardiopatia congênita), após a conclusão do estudo, foi ao óbito num pré-operatório de cirurgia cardíaca.

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho teve por objetivo trazer uma contribuição para um melhor entendimento da história natural da doença diarréica infantil em nosso meio. Os aspectos epidemiológicos, clínicos e fatores prognósticos foram registrados de uma amostra da população que procurou o serviço de atenção primária em vila periférica de Porto Alegre.

A diarréia foi a principal causa de doença e morte infantil no mundo até as primeiras décadas deste século. Não é mais considerado um problema de saúde pública nos países desenvolvidos, devido às melhores condições sanitárias do meio, de água potável, controle dos alimentos, bebidas e meios de higiene pessoal e pública. Entretanto, nos países do Terceiro Mundo (Ásia, África e América Latina), bem como nos países em transição para o primeiro grupo, não tem sido possível implementar medidas para o controle da doença diarréica. No mínimo, 750 milhões de casos de episódios diarréicos por ano e 5 milhões de mortes ocorrem, na maioria, em crianças menores de 5 anos.

Pelo fato da doença diarréica não ser de notificação compulsória para o serviço de vigilância epidemiológica e também porque muitos casos são de evolução benigna e autolimitada, é

compreensível que exista uma grosseira subestimativa do número de casos.

Neste trabalho, ocorreu uma superestimativa do número de casos de doença diarréica que procurariam a Unidade durante o ano do estudo, baseados em estatísticas de dois anos anteriores, onde o "n" esperado seria de, no mínimo, 200 casos; na prática, obtiveram-se apenas 73 pacientes. Esta informação, por si só, justificaria um estudo que analisasse qual(is) o(s) fator(es) que fizeram com que a incidência de casos de diarréia infantil neste ambulatório diminuísse.

O primeiro fator que desponta (e que foi novidade), neste período (1987/88), foi a campanha realizada pelos meios de comunicação sobre o "soro caseiro"; concomitantemente ocorreu a diminuição progressiva de mortalidade por doença diarréica no Rio Grande do Sul (100). Os demais fatores - como, por exemplo, qualidade do atendimento médico, equipes de trabalho comunitário, poder aquisitivo da população, saneamento básico - não devem ter mudado. O propósito não foi estudar tal fato, mas certamente necessita-se de futuras investigações para respondê-lo.

A sazonalidade da doença nesta amostra (Tabela 10) também não foi claramente evidenciada pelas peculiaridades que ocorreram durante o ano (greve da Unidade Sanitária de 8/4 a 2/6/1987). Aproximadamente 67% da amostra ocorreu nos meses de novembro a abril, e os outros 33%, de março a outubro. Sabe-se que este fator bem como seus agentes etiológicos vão depender da área geográfica estudada. Em algumas regiões, a sazonalidade da diarréia é bem definida (2,59,105).

Os meses de novembro a abril correspondem ao maior índice de mortalidade infantil por diarreia em nosso meio (64,100). No Rio Grande do Sul, em 1988, ocorreram 3.975 internações e 75 mortes por diarreia. Os coeficientes de mortalidade por doença diarreica no Estado foram, em 1984, de 9,9/10 mil habitantes e 4,4/10 mil habitantes, em 1988 (64).

Em algumas áreas de clima temperado, as infecções diarreicas por vírus (Rotavírus) são responsáveis por 80% dos casos nos meses mais frios (51).

Em outras regiões da Ásia, a cólera ocorre em diferentes estações do ano, com a mesma frequência (87). Num estudo realizado no Ceará (61), ocorreram com maior frequência episódios diarreicos por *Escherichia coli* enterotoxigênica no período de janeiro a fevereiro, coincidindo com uma maior precipitação pluviométrica (88). No Rio Grande do Sul parece que o maior número de atendimentos por diarreia e desidratação cresce nos meses quentes, concordando com alguns estudos que afirmam que os agentes causadores em clima quente são predominantemente bacterianos (59,100).

4.1. PERFIL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

No primeiro momento da pesquisa, houve a preocupação em apresentar o pequeno morador desta vila periférica, isto é, o perfil geral da população estudada no que se refere à idade, sexo, posição sócio-econômica (ocupação), renda familiar, escolaridade, peso ao nascer, aleitamento materno e tempo de permanência com a mãe.

A diarréia acomete principalmente crianças em torno do primeiro ano de vida, mais especialmente na idade do desmame. Neste período, observa-se que a mortalidade é maior e as conseqüências nutricionais, mais graves (50,59,60). Gamble (47) descreve a taxa de mortalidade nos primeiros dois anos de vida como "a desvantagem de ser pequeno".

Na amostra (Tabela 1), 54,8% das crianças concentram-se na faixa de 18 meses de idade. Quanto ao sexo, ocorreu um discreto predomínio dos meninos (56,2%); fato semelhante ocorreu com os dados estatísticos sobre mortalidade infantil (22). Não existe nenhuma explicação científica consistente para este fato.

Para complementar o perfil da população em análise, sob o ponto de vista sócio-econômico, foi feito um estudo das formas utilizadas para que esta possa manter um nível mínimo de sobrevivência. Para tanto, foi necessário examinar o tipo de trabalho realizado, condições e pessoas envolvidas, observando-se, ao mesmo tempo, tais situações enquanto "categorias" (classes sociais) articuladas ao processo de acumulação.

A definição de classe social em estudos epidemiológicos sofre diferentes interpretações e também uma padronização inadequada de famílias ou indivíduos através dos questionários. Nesta pesquisa optou-se pelo conceito utilizado pelo grupo de trabalho de Bronfman (14), descrito no Anexo.

As limitações impostas pela técnica de entrevistas através de questionários e as dificuldades metodológicas de atingir indicadores confiáveis tornaram quase impossível a tarefa de opera-

cionalizar o conteúdo integral do conceito, obrigando a restringir o mesmo ao nível econômico. Foram identificados grupos sociais e, assim, definida a "posição sócio-econômica" e a forma pela qual esta afeta o comportamento dos indivíduos.

O achado de 47,9% da população pertencerem ao subproletariado e 46,6% se encontrarem dentro das subdivisões do proletariado (Tabela 2) identifica a problemática de instabilidade social e econômica em que vivem estas famílias.

Ao registrar a renda familiar desta população (Tabela 3), constatou-se que 63% recebiam até seis salários mínimos (aproximadamente 95 dólares, no paralelo); até dois salários mínimos concentrava 88% das famílias.

Ao relacionar as Tabelas 2 e 3, verifica-se que a maioria da amostra se concentra entre as posições sócio-econômicas de subproletariado e proletariado, percebendo em torno de até dois salários mínimos. Este dado fortalece a renda familiar como indicador sócio-econômico, pois não apresenta a mesma complexidade analítica da classe social, sendo mais fácil de ser mensurada.

O nível de escolaridade (Tabela 4) em 89% da amostra foi de 1º grau incompleto.

Vários trabalhos (56,62,66,101) abordam estas relações e corroboram com os "ditos populares" como: "Baixos salários, pouca saúde, os males do Brasil são", de Mário de Andrade, em Macunaíma, ou uma marcha de Carnaval, cantada por Emilinha Borba na década de 40:

"Tomara que chova três dias sem parar/ A minha grande mágoa é lá em casa não ter água/ E eu preciso me lavar/ De promessa eu ando cheio/ Quando conto a minha vida/ Ninguém quer acreditar/ Trabalho e não me canso/ Eu me canso é de pensar/ Que lá em casa não tem água/ Nem pra eu cozinhar".

Seguindo o conceito de saúde definido na introdução do trabalho e pensando acerca dos dados encontrados pelas pesquisas, a saúde é o resultante:

a) da educação: no Brasil a taxa de analfabetismo na população maior que 15 anos, em 1983, oscilou entre o Nordeste, com média de 48%, e o Sudeste, com média de 20% (62) o Rio Grande do Sul, com 15% em 1987 (76);

b) da renda: segundo o PNADs (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios, do IBGE) de 1983, 47,5% da população economicamente ativa têm rendimento de 0 a 1 salário mínimo e 82% ganham de 0 a 3 salários mínimos; no Rio Grande do Sul, em 1987, os de 0 a 3 salários ficam em 40% (76);

c) do trabalho: sabe-se que existem 11 milhões de desempregados e de subempregados nas cidades e 12 milhões de camponeses sem terra na área rural (Comissão Nacional de Reforma Agrária, 1984);

d) do saneamento: observa-se que 75% da população urbana na região Sul possuem instalação sanitária, enquanto que apenas 28,2% da população urbana nordestina dispõem deste tipo de serviço.

Portanto, os dados apresentados corroboram com alguns dos achados neste estudo e indicam uma realidade econômica e social que propicia a importância do tema que está sendo abordado.

No Nordeste, 40% das mortes em menores de um ano são devidas às diarreias e, no Sudeste, 41% dessas mortes referem-se a problemas gestacionais e de parto (62). No Rio Grande do Sul, 38% das mortes se devem a afecções do período perinatal e 17%, a doenças infecciosas intestinais (33).

Neste estudo, utilizou-se a variável tempo de permanência com a mãe por acreditar ser um provável fator prognóstico na evolução da doença diarreica. Vive-se numa sociedade onde o encargo de cuidar e educar a criança nos primeiros anos de vida é predominantemente da mãe. Ao obter este dado, encontra-se que mais da metade das mães (57,5%) ficavam em casa com seus filhos (Tabela 5).

Outra variável de extremo valor é o "peso ao nascer" (Tabela 6); esta tem crescido em importância, demonstrando que crianças com baixo peso ao nascer têm maior risco de adoecer e morrer do que os nascidos com peso adequado (98,101).

Na década de 70, num estudo sobre mortalidade infantil em países latino-americanos, Puffer e Serrano (80) verificaram que o baixo peso ao nascer estava associado com o risco de morte infantil e neonatal; constataram que 45% das mortes infantis ocorriam entre crianças de baixo peso. Num estudo de coorte realizado por Mardones com crianças chilenas em 1987 (55), este atribui um risco relativo de 20% às crianças com baixo peso ao nascer em relação ao retardo de crescimento.

Neste estudo, registraram-se 16,4% das crianças com baixo peso ao nascer, evidenciando diferenças em relação a achados em outros estudos. Nos Estados Unidos, em 1981 (85), a incidência de

baixo peso ao nascer foi de 6,8%. No estudo longitudinal realizado em Pelotas em 1982 (101), foi de 9,0% para todos os nascidos vivos. Em algumas cidades do Nordeste do Brasil oscila entre 10 e 14%, semelhante a algumas cidades do Estado de São Paulo (9).

4.2. O PAPEL DO ALEITAMENTO MATERNO

A consideração da forma de aleitamento da criança em estudos sobre o processo saúde-doença na infância tem várias justificativas.

Em primeiro lugar, estas proviriam dos estudos sobre as propriedades específicas do leite humano; e, em segundo, daqueles estudos que comprovam a vantagem da criança aleitada no seio.

Leonardo Mata (7) cita, entre algumas propriedades excepcionais do leite humano, a ação antiinfeciosa. Muitos elementos capazes de proteger contra bactérias patogênicas, vírus e parasitas são encontrados somente no colostro e no leite materno, não estão presentes na mesma quantidade ou qualidade em outros leites animais, nem foram sintetizados ou imitados pela ciência moderna. As substâncias antiinfeciosas podem ser:

a) específicas, tais como imunoglobulinas (IgG, IgM, IgD e principalmente IgA) e talvez linfócitos do ciclo enteromamário (104) que influenciam a defesa imunológica e celular;

b) não específicas, como lisozima, lactoferrina e fatores bífidos, que tornam o leite humano um meio impróprio para a sobrevivência das bactérias ou tornam o intestino inadequado para o crescimento de agentes patógenos. Além disso, a composição de

eletrólitos no leite humano torna desnecessário dar água à criança mesmo em clima quente e seco. Isso reduz o risco de ingerir água contaminada.

O autor ainda aponta os fatores nutricionais, afirmando que o colostro e o leite materno têm propriedades bioquímicas únicas, como, por exemplo, um elevado teor de lactose e de lipídios. A composição protéica do leite humano é perfeita, sendo improvável um desequilíbrio de aminoácidos. Além disso, o leite humano contém substâncias que ligam ferro, zinco e outros elementos, permitindo que sejam facilmente absorvidos; ao mesmo tempo protege essas substâncias do uso pelas bactérias. A composição bioquímica única do leite humano protege contra a deficiência nutricional e proporciona um crescimento adequado, mesmo entre bebês de zona rural e favelas, até 4 ou 6 meses de idade, comparáveis aos bebês europeus e norte-americanos. (85)

Entre os fatores do comportamento cita o contato íntimo entre mãe e filho logo após o parto e que estimula uma amamentação bem-sucedida. A sucção é mais forte durante a primeira hora após o parto e não há nenhuma dificuldade em iniciar a amamentação mesmo com mães que antes não queriam amamentar. A sucção precoce do colostro estimula a produção de prolactina e a síntese do leite. também fortalece indiretamente a autoconfiança materna, é necessária para liberar a oxitocina e o fluxo de leite. A amamentação reforça o amor entre mãe e filho durante o período de criação e, mais tarde, se reflete durante a vida.

Além disso, como fator econômico, a amamentação simplifica a alimentação em comunidades pobres, pois não requer refrigeração,

mamadeiras, combustível e dinheiro para comprar os substitutos do leite materno. Uma análise de custo-benefício mostra que a amamentação é mais barata do que qualquer outro alimento. A isto pode-se acrescentar a economia com transporte, remédios e hospitalização provocados por maior incidência de doenças em bebês alimentados por mamadeira.

Atualmente existem revisões sobre o papel do aleitamento materno na definição das condições infantis, como as de Feachem e Koblinsky (45), Lebenthal (49), Jason (44) e Seward (85).

Durante milhões de anos de existência da espécie humana, exceto nos últimos 150 anos, a alimentação ao seio representou a forma natural e quase exclusiva de se alimentar o ser humano em seus primeiros meses de vida.

Nos países desenvolvidos, o aleitamento artificial toma espaço no final do século passado. Tal forma de alimentação, entretanto, era associada a altíssimas taxas de mortalidade infantil. Neste século, com a melhoria das condições de higiene das cidades e com o desenvolvimento de fórmulas lácteas mais apropriadas, foram atenuados os riscos associados ao aleitamento artificial e observa-se grande expansão desta forma de alimentação. Esta continua progredindo até o início da década de 70, quando apenas uma minoria de crianças era amamentada. Na década de 70, em resposta à crescente tomada de consciência acerca das vantagens do aleitamento materno, inicia-se um movimento de retorno à amamentação.

Na Noruega, país onde talvez seja mais clara a mudança, a percentagem de crianças amamentadas aos 6 meses de idade subiu, entre 1973 e 1982, de 10% para 48%. Tal fato tem determinado que atualmente a relação entre nível sócio-econômico e freqüência de amamentação seja francamente positiva nos países desenvolvidos (66). Por outro lado, deve-se ter cuidado com a análise das pesquisas citadas na literatura. Existem críticas que vão desde a imprecisão da terminologia usada até a metodologia aplicada nas investigações.

Para exemplificar a complexidade das análises do ponto de vista epidemiológico, devem-se observar os resultados aparentemente contraditórios, mas verdadeiros. Países onde a prática do aleitamento natural é baixa, como na Suécia e nos Estados Unidos (11), a mortalidade infantil encontra-se entre os níveis mais baixos, enquanto em países como Bangladesh (13) e Kuwait (78), onde a prática em algumas regiões se mantém elevada, as taxas de mortalidade também são elevadas, pois outros fatores que afetam a alimentação - educação, saneamento, água potável e melhores condições de higiene - também interferem.

Dados sobre a evolução das práticas de amamentação nos países não desenvolvidos são mais escassos e permitem generalizações menos seguras do que os efetuados para os países desenvolvidos.

No Brasil, não há dados disponíveis, como um todo, sobre a situação atual da prática de amamentação. Entretanto, alguns inquéritos desenvolvidos em centros urbanos (66,87,101) indicam que o tempo mediano de aleitamento materno é muito curto, ficando entre um e três meses.

4.2.1. Padrão Alimentar da Amostra

Constatou-se que 50% das mães (Tabela 7) haviam amamentado seu filho até o terceiro mês, coincidindo com trabalhos nacionais (66,87,101). Entretanto, quase 25% destas crianças tinham sido aleitadas apenas até o final do primeiro mês. Dentro do período ideal de amamentação, considerado até o 6º mês, houve apenas 15% das crianças. Procurou-se observar na Tabela 8 aquelas crianças que permaneciam sendo aleitadas ao seio no(s) período(s) do(s) episódio(s) diarréico(s). Destas, 24% continuavam sendo aleitadas. Neste grupo, analisou-se a presença do aleitamento exclusivo e parcial (Tabela 9), não encontrando diferença estatística significativa.

Algumas discrepâncias foram observadas como, por exemplo, o fato das crianças até seis meses estarem usando leite artificial associado em 40% dos casos e, acima de 6 meses de idade, o aleitamento exclusivo estar presente em 75% dos casos.

Estes achados remeteram para a busca de respostas. Encontraram-se na literatura inúmeros trabalhos desenvolvidos sobre a evidência do efeito protetor do leite materno em países industrializados e subdesenvolvidos para a doença diarréica.

Estudos epidemiológicos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento revelam menor incidência de doença diarréica (3,5 a 5 vezes nos primeiros seis meses), otite média aguda (2,5 a 3 vezes no primeiro ano de vida) e infecções respiratórias agudas (1,1 a

2,3 vezes no primeiro ano de vida) nas crianças amamentadas em comparação com as crianças que tomam mamadeira (34,46).

Fergusson (46) conduziu um estudo de coorte na Nova Zelândia, por dois anos, em crianças durante os primeiros quatro meses de vida: as exclusivamente aleitadas ao seio receberam menos atendimento médico por gastroenterite do que as crianças alimentadas por mamadeira (4,5% x 16,4%, p menor que 0,1).

Para o sintoma gastrointestinal isolado (com ou sem consulta médica), a diferença entre aleitados ou não tornou-se maior (6,8% x 34%, p menor que 0,001). Estas diferenças permanecem significativas após controle para fatores potencialmente de confusão, como fatores familiares e sociais (educação materna, um ou dois pais na família e standard de vida). A taxa de hospitalização não foi diferente entre os dois grupos.

Cunningham (45) conduziu um estudo de coorte retrospectivo das crianças nascidas durante 1974 e 1976, no Hospital de Bassett (Nova Iorque). As crianças aleitadas tinham menos episódios de diarreia e vômitos, em 1.000 pacientes/semana (3,5 [22/6,202]) que crianças alimentadas por mamadeira (6,9 [137/19,954]; p menor que 0,1).

Chandra (17) conduziu um estudo prospectivo de 30 crianças canadenses aleitadas e 30 não aleitadas nos primeiros 24 meses de vida. Crianças exclusivamente aleitadas nos dois primeiros meses tinha menos episódios do que crianças não aleitadas (5/30 x 16/30; p menor que 0,1).

Ainda podem ser citados outros estudos (6,13,58,105,114) evidenciando a importância do aleitamento materno na doença diarréica. Poder-se-ia até achar que a evidência do aleitamento materno na proteção da doença diarréica e mortalidade infantil é persuasivo, embora muitas questões permaneçam sem resposta.

4.2.2. Dúvidas que persistem sobre Aleitamento Materno

Se o aleitamento está associado com baixa mortalidade infantil, qual é o "tempo ótimo" para o processo de desmame?

Há uma idade em que o efeito protetor do leite materno é menos significativo clinicamente?

O que são alimentos "ótimos" no período de desmame para áreas e culturas diferentes?

Qual é o esquema ideal para adicionar alimentos na dieta infantil durante o desmame?

Quais são os agentes infecciosos específicos contra os quais o leite humano é protetor?

O quanto o efeito protetor do leite materno é direto (atribuído aos componentes do leite humano) e o quanto é indireto (atribuível ao "não contato" com o organismo patogênico)?

A proteção conferida pelo leite materno persiste após a amamentação cessar? Qual é a duração de tal "proteção residual"? Esta varia pela idade, quando o aleitamento materno termina, ou com os alimentos (alimentos sólidos e/ou substitutos do leite materno) adicionados à dieta?

Quanto da proteção contra infecções gastrointestinais conferidas pelo leite materno é atribuível ao melhor status nutricional das crianças aleitadas?

Devido aos numerosos fatores envolvidos - saúde da mãe, estado nutricional, qualidade e quantidade de leite produzido, peso ao nascer, idade gestacional e saúde - a idade que a criança necessita de outros nutrientes para o crescimento, pois o leite sozinho torna-se inadequado, pode variar entre populações e entre indivíduos da mesma população.

Os alimentos alternativos podem trazer uma importante fonte de exposição à infecção para a criança; contudo, a extensão pelos quais eles são os únicos responsáveis pelo aumento da gastroenterite no período do desmame (quando a proteção passiva de anticorpos maternos está declinando) é difícil de assegurar.

A prática do aleitamento para o crescimento infantil é um assunto complexo e depende de uma série de fatores (por exemplo, exposição a infecções, condições sócio-econômicas, contaminação ambiental, condições sanitárias, peso ao nascer, nutrição materna, história pré-natal) para ser considerado e suas inter-relações devem ser mais exploradas.

4.3. QUADRO CLÍNICO

No segundo momento, caracteriza-se o quadro clínico dos casos.

As crianças procuraram o Serviço de Saúde (Tabela 11) em aproximadamente 90% dos casos entre 0 e 8 dias da doença. A partir

da história tomada na primeira entrevista com o médico, foram diagnosticados oito casos de diarreia crônica como prevalentes no estudo.

4.3.1. Tempo de Duração da Diarreia

Para caracterizar o tempo de duração da diarreia durante o estudo, optou-se por dois registros. O primeiro foi o número de episódios de diarreia (Tabela 12): 75% da amostra apresentou até dois episódios durante todo o período; 25% tiveram três ou mais episódios em dois meses, caracterizando o que se denomina diarreia crônica.

O segundo registro foi o número total de dias com diarreia (Tabela 13), o que gerou uma mediana de 13 dias. A partir do tempo de duração, verificou-se que a relação deste dado com a faixa etária das crianças não demonstrou nenhuma diferença (Tabela 14).

A diarreia acomete crianças em geral no primeiro ano de vida e, conseqüentemente, deixa seqüelas mais graves neste período (2,45,87,89). Vários estudos abordam a incidência de diarreia. Em Cuba, foi revelada uma taxa de 15 episódios/criança/ano, entre os menores de seis meses, e de 275 episódios/100 crianças, entre os maiores de seis meses (88). Na Guatemala, Mata observou uma incidência de oito episódios por criança com idade inferior a 3 anos (87). Num trabalho de revisão Snyder e Merson (89) observaram que a incidência média por criança/ano na Guatemala e Costa Rica foi de um episódio diarréico em menores de 5 meses; 2,3 episódios para crianças entre 6 e 11 meses, diminuindo para 1,4 em crianças de 2 anos e 1,1 e 0,5 em crianças com idade de três e quatro anos, res-

pectivamente, corroborando com a idéia de que as crianças menores de um ano são as mais suscetíveis à diarreia.

Num estudo no Ceará (61) ocorreu uma incidência média de 4,5 a 7,5 episódios diarréicos/criança/ano no grupo de menores de 6 meses; de 7 a 9,5 episódios na faixa de 6 a 11 meses; de 6 a 7,5 entre crianças de um a dois anos e de 4 a 5 episódios entre 2 e 4 anos. Um estudo longitudinal realizado no município de São Paulo, deparou-se com uma incidência de 7,6 episódios diarréicos/100 crianças/mês. A incidência mensal de diarreia foi de 6% para crianças menores de 6 meses; 5,5% na faixa de 6 a 12 meses; 9,5% entre 12 e 24 meses e 12% para crianças de 24 a 36 meses (66).

Num estudo em Manaus, encontrou-se no grupo com menos de 3 anos aproximadamente 60% dos episódios de diarreia registrados, sendo a Taxa de Ataque de diarreia entre 0,2 a 4,8 episódios/pessoa/ano (36).

Estes dados demonstram que em várias regiões, inclusive a nossa, a diarreia crônica é uma doença endêmica.

4.3.2. Evolução para a Cronificação

A atenção está aumentando em direção à diarreia crônica ou persistente como causa de morbidez e mortalidade nos países subdesenvolvidos.

Muitos estudos (60,61,87,88) têm definido modelos epidemiológicos e etiológicos da diarreia aguda nos países tropicais, contudo muito pouco se sabe sobre diarreia crônica ou recorrente,

a qual tem um impacto potencialmente maior no estado nutricional e desenvolvimento do que a diarreia aguda.

Num estudo em crianças menores de 2 anos na Indonésia (61), provou-se que a maioria de todos os episódios diarreicos se resolve em uma semana (84%), 10 e 3% de todos os casos se estendem por 10 a 14 dias, respectivamente. Uma proporção de casos semelhantes se estende por mais de duas semanas (3,4%). Em um estudo em Bangladesh, 23% de todas as diarreias duraram mais de duas semanas (61). Num estudo em Singapura, 20% dos desnutridos abaixo de percentil 10 cronificaram (105).

Embora os achados etiológicos sejam limitados nestas séries, demonstram que a doença diarreica crônica pode estar associada com um número diferente de bactérias, vírus e parasitas entéricos, freqüentemente em combinação com um ou outro.

A diarreia bacteriana em geral é mais prolongada e tem conseqüências nutricionais maiores do que a diarreia viral (38,73).

Um estudo em Bangladesh (105) testou amostras de fezes durante a diarreia para Rotavírus, patógenos bacterianos e parasitas. A diarreia devido à *Shigella* e *Escherichia coli* enterotoxigênica (ECET) teve os maiores efeitos adversos no crescimento linear. Neste estudo, 7% das diarreias associadas a ECET duraram mais de 20 dias, comparadas com 16% dos episódios de diarreia associada com *Shigella*. A última resultou em perda crônica de sangue e proteínas séricas. A diarreia por *Escherichia coli* enteropatogênica (ECEP) foi associada com um distúrbio mais profundo da microflora jejunal, comparada com a diarreia por Rotavírus.

Quanto ao crescimento linear referido acima, este estudo também mostrou que uma criança seria 2cm mais alta, aos 5 anos de idade, do que outra que tivesse episódios de diarreia 13 dias, de cada 100 (a taxa local de prevalência). Cada episódio da diarreia crônica (um mês) estava associado a uma perda de 0,6cm de crescimento linear, compatível com a interrupção do crescimento durante a doença e com pouco ou nenhum crescimento após a recuperação (105).

Entre os patógenos mais freqüentes que levaram a diarreia aguda evoluir para crônica, incluíam-se *Escherichia coli* enterotoxigênica (61), Rotavírus (43,75) e *Campylobacter jejuni* bem como *Escherichia coli* invasiva (73), *Aeromonas citotoxigênica*, *Cryptosporidium* e *Shigella*. Também uma causa bem reconhecida de diarreia crônica foi a *Giardia lamblia* (72,77,102). Ainda considerado como causa potencial foi o *Clostridium difficile* (91).

O papel dos helmintos permanece incerto para diarreia crônica.

É tentador especular que múltiplos patógenos devam produzir insultos cumulativos e mais comumente resultem em diarreia prolongada. Múltiplos patógenos foram mais freqüentes em crianças com diarreia crônica (33%) do que em crianças com diarreia aguda (19%), mas devido a números pequenos esta diferença não é significativa (61).

Há indícios de que uma variedade de patógenos está associada com diarreia crônica. A contribuição destes agentes permanece incerta devido à perda de registros em relação à persistência destes

organismos nas coproculturas. Um insulto continuado de uma infecção persistente poderia causar diretamente a diarreia ou uma infecção inicial, especialmente na presença de desnutrição, ou poderia iniciar um ciclo de dano contínuo da mucosa devido a outros fatores, tais como intolerância à lactose, alergia à proteína do leite ou supercrescimento bacteriano (19). O papel destes mecanismos na perpetuação da diarreia permanece sendo estudada.

Também muitas crianças com infecções do trato urinário, otite média ou infecções respiratórias têm diarreia como principal manifestação de doença. A diarreia também pode ser sintoma inespecífico de condições não infecciosas, desde anormalidades anatômicas do intestino, volvo e duplicação (39), como a diarreia crônica inespecífica. Esta é caracterizada por ciclo de perdas fecais, freqüentemente acompanhado de algum sintoma atópico, mas que, apesar da persistência, a criança não apresenta parada no crescimento (19,21).

Enquanto grandes avanços têm sido obtidos na diarreia aguda, em relação à etiologia e tratamento do risco de vida na desidratação, embaraçosamente, pouco é conhecido sobre a diarreia crônica. A principal falha ocorre na compreensão dos modelos de freqüência e epidemiologia, bem como a etiologia, patogênese ou impacto da diarreia crônica. Por exemplo, sabe-se que a *Escherichia coli* enterotoxigênica ocorre predominantemente na estação quente ou úmida dos trópicos, mas tal modelo sazonal é desconhecido para doença crônica. Enquanto alguns têm sugerido que a preexistência de desnutrição pode predispor a uma doença mais prolongada e outros levantam a possibilidade de que a criança com

diarréia protraída pode ter células epiteliais mais suscetíveis à colonização microbiana (8), a maioria concorda que a diarréia crônica é um problema relativamente comum, importante e pobremente compreendido, especialmente entre crianças dos países em desenvolvimento. Mais informações são necessárias para determinar a freqüência relativa da doença recorrente, a sazonalidade, os grupos etários e os fatores de risco ambientais para diarréia crônica.

Nos países industrializados, a mortalidade de crianças hospitalizadas por diarréia ainda excede 1%, e metade destas dá-se por complicações da diarréia crônica (53).

Em países como a Índia, a diarréia crônica constitui 10% das admissões totais relacionadas a desordens diarréicas (83).

Destas crianças, 35,3% desenvolvem recorrência da diarréia após a reintrodução da dieta. Isto perpetua o ciclo vicioso da infecção, desnutrição e morbidez prolongada. Muitas combinações dietéticas são tentadas, pois são necessárias de 120-160kcal/kg para ganhar peso satisfatoriamente durante o período de convalescença até atingir ou exceder seu peso anterior à doença.

A maioria das crianças no estudo realizado em Madras, na Índia (83), com Grau III e IV de desnutrição, levaram dois a três meses para retomar o crescimento e, algumas vezes, quatro a seis meses para atingir um peso adequado para a idade.

4.3.2.1. Incidência de cronificação na amostra

Ao atingir o objetivo de seguir todas as crianças com diarreia para observar a história natural da doença nesta população, obtiveram-se achados relevantes.

Da amostra, 43% das crianças evoluíram para a cronificação (Tabela 15). Este dado foi a comprovação científica do que se supunha, empiricamente, há algum tempo, a respeito desta. Além da alta incidência, no final do estudo, ao comparar a doença aguda e crônica, registraram-se números iguais: 35 casos agudos e 35 casos crônicos (incluindo os prevalentes). Esta incidência de cronificação remete para dados comparativos na literatura.

Na Índia (83), a diarreia crônica representa 10% do total das admissões relacionadas à doença diarreica no Hospital para crianças de Egmore, em Madras.

Num trabalho efetuado por Walker-Smith, no Hospital Queen Elizabeth para crianças em Londres (105), com o objetivo de analisar o atraso na recuperação dos pacientes após uma gastroenterite, encontrou-se uma frequência de recuperação demorada em 10% das crianças admitidas. O trabalho conclui que infecções, em especial intercorrentes continuadas superpostas, são responsáveis pela maioria dos casos de retardo na recuperação mais do que intolerâncias alimentares temporárias. Também encontrou-se intolerância à lactose, associada com organismos infecciosos, sugerindo que a infecção, mais do que a sensibilização à proteína do leite de vaca, era a responsável.

Dois estudos realizados por Bhan (105), numa comunidade rural da Índia e num Hospital em Nova Delhi, apresentaram a incidência de 5% de diarreia crônica. Os fatores de risco avaliados, como desnutrição, amamentação, consumo de cereais precoce e utilização de SRO, não influenciaram a incidência de diarreia prolongada.

A diarreia crônica mostrou não ser um problema incomum nas crianças dos países subdesenvolvidos. A definição de diarreia crônica pode variar de autor para autor, baseada em sua experiência clínica, mas geralmente (8,26,49,51,53,57,83,105) existe concordância de que qualquer criança com diarreia por mais de duas semanas está tendo diarreia crônica. A etiopatogênese tende a ser multifatorial. O aumento da suscetibilidade para infecções na presença de desnutrição, associada a um mecanismo imunológico relativamente deficiente, pode contribuir para sérias conseqüências da diarreia crônica nestas crianças, pequenas e vulneráveis.

4.3.2.2. Patogênese da diarreia crônica

As anormalidades estruturais causadas por uma gastroenterite viral são semelhantes às aquelas encontradas em doença celíaca, com atrofia das vilosidades, hipertrofia da cripta e infiltrado inflamatório (38,49,53). Estudos em animais mostram a invasão viral no epitélio intestinal, com replicação e eliminação dos enterócitos das vilosidades. Estas são substituídas por uma migração prematura de células da cripta menos diferenciadas, as quais causam uma alteração da superfície mucosa com distúrbios no transporte sódio-glicose. Uma diminuição severa na área absorvente efetiva após uma gastroenterite viral foi demonstrada por exames de

biópsias do intestino delgado. A atividade da dissacaridase, particularmente a lactase, localizada na borda em escova da microvilosidade, é conseqüentemente insuficiente e a má absorção secundária de lactose pode persistir por algum tempo (16). Os carboidratos não digeridos provocam grandes volumes de água para dentro do lúmen intestinal, resultando em diarréia crônica (18,29).

A presença de açúcares não absorvidos no lúmen também encoraja a proliferação da microflora entérica no intestino delgado, a qual provoca, mais adiante, má absorção e diarréia. No cólon, a fermentação bacteriana de açúcares não digeridos produz ácido lático, libera hidrogênio e diminui o pH fecal.

Na diarréia causada pela *Escherichia coli* enterotoxigênica ou cólera, a secreção ativa de grandes quantidades de cloreto de sódio e água é estimulada pelo AMPcíclico. Outras causas de diarréia secretória na criança são a cloridorréia congênita, hiperplasia da célula não beta da ilhota, produzindo peptídeo intestinal vasoativo, e tumor (produtor de hormônio). Embora o AMPc possa não estar envolvido na gastroenterite por Rotavírus ou doença celíaca, a diarréia secretora também ocorre, talvez porque haja proliferação de células imaturas da cripta que apresentam problema de "vazamento" eletrolítico (53).

A má absorção de gordura na diarréia crônica usualmente produz esteatorréia, mas também pode ocorrer sem evidência clínica. Em alguns casos, isto pode ser devido à má absorção de sais biliares na circulação entero-hepática ou sua desconjugação pela bactéria; a depleção de sais biliares leva à formação micelar inadequada.

A má absorção protéica é outro fator importante e pode ser devido à redução da atividade da enteroquinase e tripsina ou enteropatia perdedora de proteína com perda de proteínas plasmáticas, bem como a descamação aumentada da mucosa intestinal.

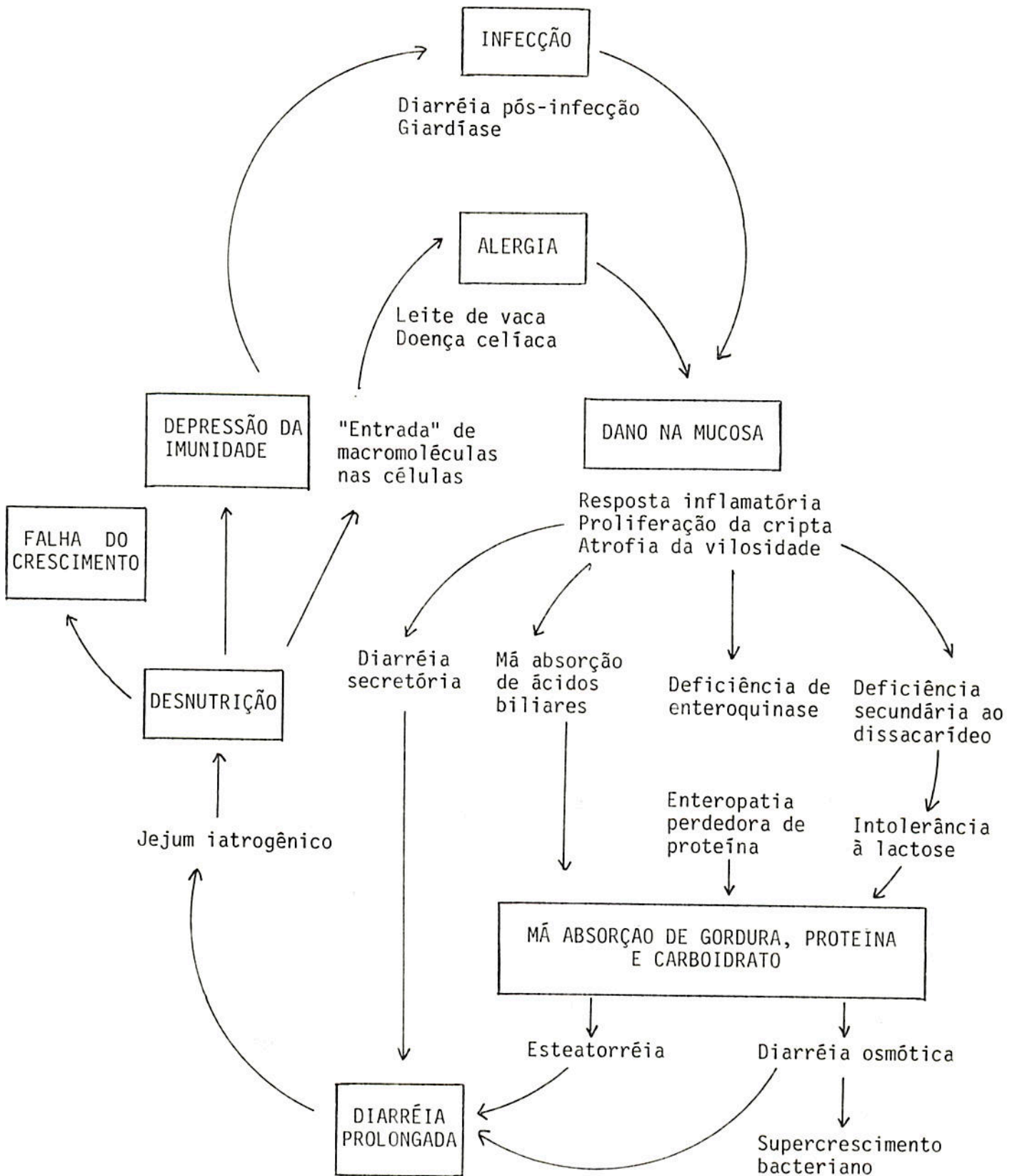
Se o balanço nitrogenado negativo persiste devido à prolongada confiança na administração de soluções orais livres de proteínas ou de soluções de glicose-eletrólitos endovenosa, a perda de peso, a desnutrição e a deficiência no crescimento se acentuarão.

A desnutrição protéico-calórica por si só favorece o prolongamento da diarréia, a intolerância a dissacarídeos, a má absorção de gordura, proteína, carboidratos e vitaminas. Portanto, a mucosa do intestino delgado na desnutrição típica varia do encurtamento inespecífico da vilosidade do marasmo à lesão intestinal plana no Kwashiorkor como no Espru.

Então, a desnutrição não só contribui para retardar a recuperação da diarréia crônica, mas é a sua principal consequência.

A desnutrição secundária com relação a proteínas ou outros nutrientes específicos leva à defesa insuficiente do hospedeiro, particularmente na diminuição da imunidade celular mediada, anticorpos secretórios, função fagocitária e níveis de complemento; em consequência, aumenta a suscetibilidade para infecções futuras. Este ciclo vicioso da diarréia - má absorção, desnutrição, imunidade deficiente e infecção - tem efeitos sérios, não só na morbidez imediata, mas também, a longo prazo, no desenvolvimento intelectual e no comportamento (32,53,68).

Hipótese da causa nutricional na patogênese da diarréia prolongada



4.3.3. Sinais e Sintomas

A desidratação é um sinal clínico de grande relevância no índice de complicações metabólicas e óbitos da diarreia aguda (69,90,113). Um dos estudos da OMS afirma que 60 a 70% dos 5 milhões de crianças que morrem anualmente por diarreia (menores de 5 anos) o fazem diretamente em relação à desidratação (5). Em estudos realizados em comunidades da Gâmbia e Bangladesh (90,105), a desidratação é relatada somente em 4 a 9% de todos os episódios de diarreia. Esta amostra evidenciou 7% das crianças com desidratação.

Poder-se-ia discutir sobre a baixa incidência de desidratação encontrada em comunidades onde as mães já estão corretamente orientadas sobre a importância da hidratação oral e a instituem precocemente. Desta maneira, a desidratação, sozinha, raramente é causa de risco de vida na diarreia.

Nem sempre a consistência das fezes, o peso fecal e/ou a frequência auxiliam na determinação do prognóstico da diarreia. Para se ter certeza da severidade da diarreia na criança, além do relato da mãe ou aparência das fezes, também deve haver uma atenção especial nos efeitos agudos ou a longo prazo, tais como desidratação, má absorção, desnutrição e distúrbio no desenvolvimento.

Em função dos sintomas e sinais clínicos evidenciados em pacientes com diarreia, alguns trabalhos (23,54,57,69,110) tentam predizê-los em relação à etiologia. McCarthy (23), por exemplo,

estipulou três variáveis que teriam melhor relação com diarreia causada por bactérias. Estas seriam: o aparecimento súbito da diarreia; a frequência maior que quatro evacuações/dia; ausência de vômito antes do surgimento da diarreia. A partir dos achados, os autores criaram pontuações para dois grupos: alto risco e baixa probabilidade de diarreia bacteriana. A partir do primeiro grupo, realizavam coproculturas. Este exame teve sua necessidade reduzida em 84% dentro deste esquema.

Guerrant e colaboradores (110) utilizavam outros parâmetros, como, por exemplo, nos casos de diarreia crônica, especialmente quando acompanhada por perda de peso ou sangue nas fezes, ou paciente imunocomprometido. Poderia então ser considerada uma investigação para parasitas como *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides* ou *Cryptosporidium* ou outras etiologias não infecciosas.

Parece que todas estas "predições" devam ser realizadas com muita cautela, pois todo envolvimento com fatores etiológicos necessita estudos bem mais complexos do que apenas os microbiológicos.

Dos casos clínicos neste estudo, nenhum foi significativo para considerações isoladas (Tabelas 16 a 23).

4.3.4. Grau de Nutrição

O passo seguinte do estudo consistiu em analisar o grau de nutrição destas crianças e sua relação com a doença diarreica.

4.3.4.1. Desnutrição e diarreia

Serão abordados alguns aspectos teóricos sobre o binômio desnutrição e diarreia.

A avaliação do crescimento é considerada a medida que melhor define grau de nutrição dos indivíduos nos primeiros anos de vida (66). Alterações mínimas do estado nutricional - desencadeadas por deficiências alimentares ou infecções de repetição - repercutem no crescimento infantil. Por outro lado, estudos sobre o desenvolvimento de crianças com desnutrição (secundária no início da vida) provocada não por carência alimentar, mas por alguma doença crônica que prejudicou o aproveitamento dos alimentos, mostram que a má nutrição, quando desvinculada de um contexto de privação global, interfere muito menos no desenvolvimento cognitivo. Em muitos casos, não se relataram diferenças perceptíveis em relação a crianças normais (68).

Estudos realizados em países subdesenvolvidos demonstraram (65) que a desnutrição protéico-calórica (DPC), hoje denominada energético-protéica (DEP), é a deficiência nutricional de maior disseminação e conseqüências para a saúde e que ela é basicamente causada pelo subconsumo de alimentos (4,6,12,27,60,65-68,84,92, 94, 101,109,111).

Apoiado nestas demonstrações, encontra-se um modelo conceitual de determinância do estado nutricional elaborado pelo Comitê Misto FAO/OMS/UNICEF de Especialistas em Nutrição (1976), que assim se expressa:

"O estado nutricional de um indivíduo depende, em grande parte, de seu consumo de nutrientes, no qual influem sobremaneira os hábitos alimentares da família; por sua vez, o consumo alimentar da família depende da sua capacidade para obter quantidades adequadas de alimentos, capacidade que está condicionada em grande medida pelo nível de produção alimentar da própria família ou pela sua capacidade de compra de alimentos no mercado" (65).

A OMS (67) define desnutrição como:

"um espectro de condições patológicas causadas pela falta concomitante de calorias e de proteínas em proporções variáveis, que ocorre mais freqüentemente em lactentes e pré-escolares e comumente associada a infecções".

Chandra (58) acrescenta:

"Subnutrição e infecção, individualmente, mas freqüentemente juntas, são os maiores contribuintes para um aumento significativo da morbimortalidade infantil por todo mundo, particularmente nas crianças menos privilegiadas".

A diarréia associada à desnutrição é causa importante de morbimortalidade infantil em países menos desenvolvidos. A interação entre as duas causas foi extensamente estudada (6,8,17,32,60,61,92,105) e a complexidade da relação não foi compreendida inteiramente.

A mortalidade por diarréia é um sério problema de saúde pública, nas sociedades carentes; por exemplo, na zona rural de El Salvador, a diarréia foi responsável por mais de 50% das mortes em crianças de 1 a 4 anos (80).

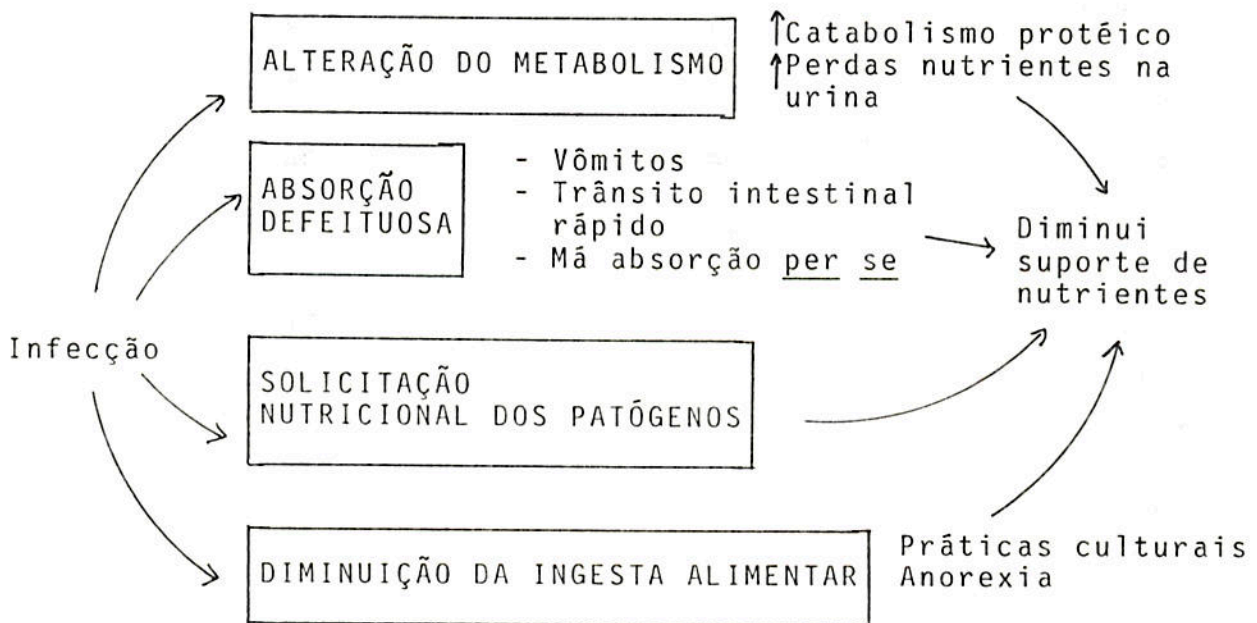
Num estudo da Guatemala (59), o pico máximo de diarréia ocorria dos 6 aos 12 meses de idade, as crianças passavam 13% da sua vida com diarréia, o que corresponde a 3,5 semanas de diarréia num

período de seis meses. A maior prevalência coincide com o período de desmame, o que significa uma maior quantidade de alimentos contaminados e ingestão nutricional inadequada.

4.3.4.2. Infecção na nutrição

Para exemplificar ainda mais os efeitos da infecção na nutrição, tome-se um trabalho também realizado na Guatemala (59). O mesmo demonstra que, em crianças de 15 a 60 meses de idade, a diarreia por si só consome 160kcal/dia. O déficit energético estimado para estas crianças, segundo proposto pela FAO/OMS, levando em consideração seu peso corporal, era de 225kcal/dia.

Estão resumidos no quadro abaixo os efeitos da infecção na nutrição:



FONTE: MARTORELL, R. (59).

Estes são alguns dos mecanismos da doença que interferem no crescimento físico. Primeiro, uma variedade de agentes infecciosos, incluindo bactérias e vírus, tem demonstrado produzir alterações no metabolismo dos nutrientes (84). Entre estas, encontram-se distúrbios no metabolismo protéico. Quando a doença é severa e prolongada, infecções levam à deleção da massa corporal. Há também semelhantes perdas urinárias de elementos intracelulares, como potássio, magnésio e fósforo. É óbvio que, se há diarreia e vômitos, e se estes são freqüentes e severos, levam rapidamente ao desequilíbrio hidroeletrólítico.

Um segundo mecanismo pelo qual a doença afeta a reserva de nutrientes é a limitação de sua absorção. A perda de nutrientes através dos vômitos pode ser marcada. Por outro lado, as doenças diarreicas são também acompanhadas pela má absorção de açúcares, nitrogênio, gorduras e micronutrientes (59,84).

Uma terceira espécie de mecanismo, particularmente aplicável a infestações, é que o microrganismo que causa a doença utiliza significativas quantidades de nutrientes para seu próprio crescimento e reprodução, competindo com as necessidades próprias do hospedeiro.

O último mecanismo citado é a diminuição da ingestão de alimentos. Um dos mais significativos impactos da doença no estado nutricional é o seu efeito sobre o apetite, um aspecto tão óbvio que seu completo significado na saúde pública não tem sido reconhecido.

4.3.4.3. Desnutrição energético-protéica e incidência de infecção

Os resultados de vários estudos populacionais (4,51,60,92) foram avaliados. Estudos de crianças de Bangladesh, Índia (103), Nigéria e Costa Rica não mostraram maior incidência de diarreia naquelas abaixo do seu peso ideal ou que pararam de crescer. Um estudo na Guatemala (27) mostrou maior incidência de diarreia nas crianças abaixo da altura ideal.

Estudos clínicos indicaram maior prevalência de diarreia (e provavelmente incidência) nos desnutridos severos, mas a conclusão geral é de que não há maior frequência de diarreia naqueles moderadamente nutridos (6,25,92).

Chandra (92) revisou as alterações imunológicas na desnutrição. Observou que, do sistema imunológico humoral, o sistema IgA é o mais afetado. Os níveis de IgA secretória são baixos na desnutrição energético protéica e, conseqüentemente, a resposta mucosa a patógenos no intestino, como a *Escherichia coli* e Rotavírus, por exemplo, é deficiente.

Não existem estudos que comparem a imunidade humoral ou celular em grupos de indivíduos com discreta ou moderada desnutrição em relação ao risco de controlarem a doença, ou seja, de alterarem a incidência da diarreia (37).

Infelizmente, poucos estudos tentam correlacionar o estado nutricional, incidência de doenças parasitárias e defesas do hospedeiro.

4.3.4.4. Desnutrição severa e diarréia

A associação de diarréia com desnutrição severa é praticamente mais danosa, porque a lesão intestinal parece resultar da combinação do dano da vilosidade pelo patógeno e retardo na regeneração epitelial, devido à nutrição deficiente da mucosa. Parece haver também uma maior perda fecal de água e sódio em desnutridos do que em melhor nutridos. Isto pode ser porque a mucosa intestinal no DEP é coberta por células relativamente imaturas, do tipo que se observa nas criptas, as quais são mais secretórias que as células normais do tipo colunas da vilosidade. Por exemplo, *Vibrio cholera* ou *Escherichia coli*, cujas toxinas se ligam à membrana do enterócito, penetram a célula e então aumentam a concentração de AMP cíclico, o qual pode produzir maior secreção intestinal no desnutrido.

Também nos severamente desnutridos os níveis de lactase são mais baixos, o que leva a maior estímulo osmótico, maior perda de eletrólitos e, portanto, mais rapidamente ocorre desidratação (92).

A perda de micronutrientes como zinco e folato levam ao transporte insuficiente de água e sódio, bem como à deficiência de zinco, induzindo, por exemplo, uma marcada resposta secretória na presença da toxina colérica.

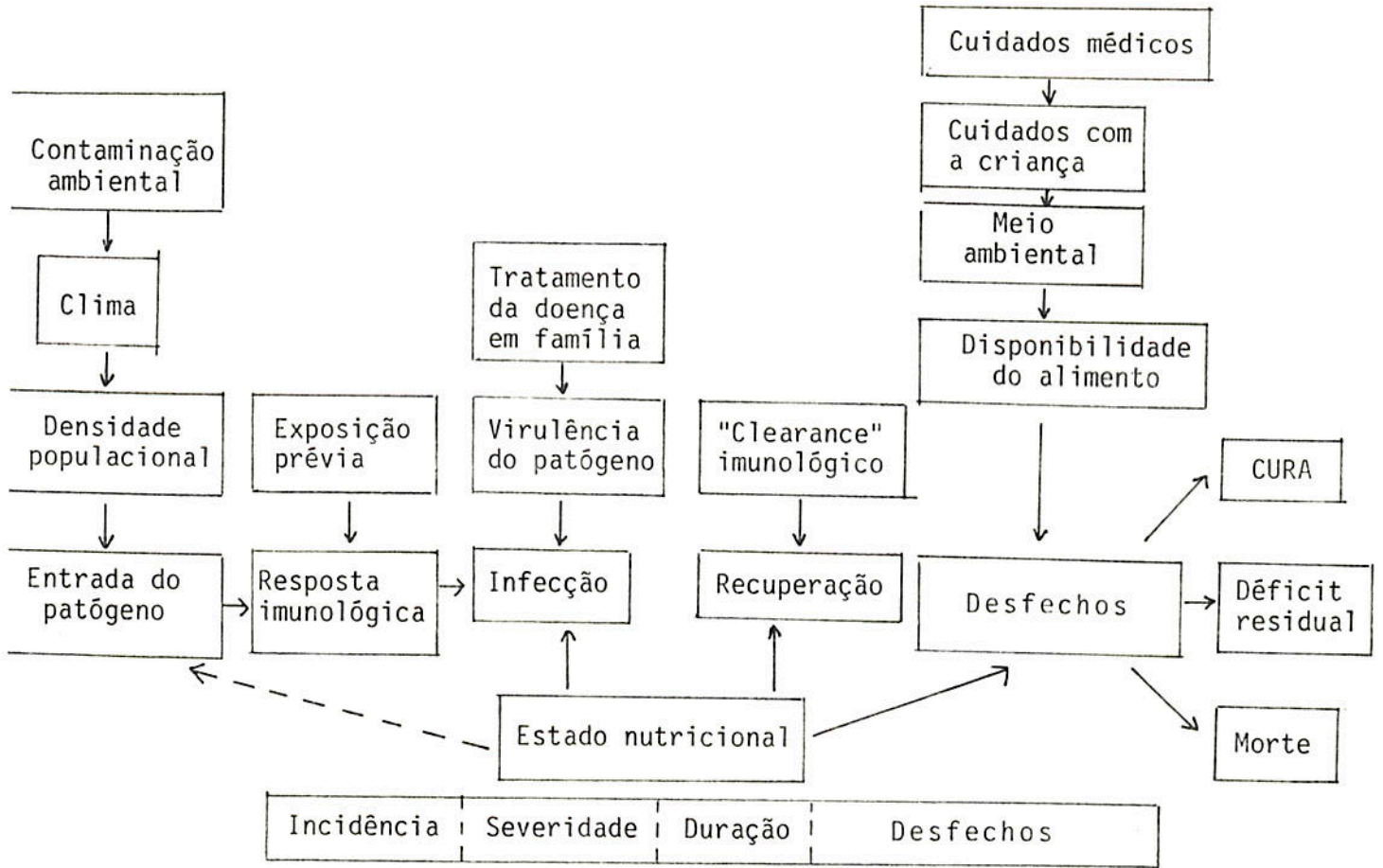
Nos severamente desnutridos ocorrem maiores infestações de *Ascaris*, *Giardia* e criptosporidiose (54,58,92) do que nos bem-nutridos da mesma população.

Portanto, o impacto da nutrição, quando doença severa, parece bem estabelecido, onde tanto a resposta fisiológica quanto a imunológica do hospedeiro ao patógeno é anormal. Contudo, o impacto da desnutrição leve a moderada ainda é conjectual (60,84,92,108).

4.3.4.5. Nutrição e complicações da diarreia

Alguns estudos evidenciaram que quanto maior o grau de desnutrição (segundo peso/idade, altura/idade e peso/altura), maior o risco de morrer. Crianças na Índia (60), entre 12 e 36 meses, foram gradativamente aumentando o risco de morrer, conforme fossem discretamente desnutridos (1 a 2 vezes), moderadamente (2 a 8 vezes) e severamente desnutridos (13 vezes)

O quadro a seguir resume os fatores que cooperam com a nutrição no aumento de complicações e mortalidade da doença infecciosa:



FONTE: TOMKINS, A. (92).

Os determinantes de mortalidade colocados no quadro merecem mais algumas considerações. A maneira como a doença é tratada varia entre países e entre diferentes comunidades de um mesmo país. Na década de 30, em Londres (92), tratava-se diarreia com a suspensão do aleitamento e outros nutrientes, administrando-se laxantes.

Estas práticas, tanto em relação à suspensão do alimento quanto à oferta de alimentos pobres pelo seu baixo valor nutricional no período do desmame, além do armazenamento inadequado de alimentos, estão presentes em muitas partes do mundo e têm efeitos profundos na sobrevivência (4,6,92). Numa revisão de trabalhos desenvolvidos em doze países, os técnicos da OMS (4) concluíram que o trabalho educacional desenvolvido através da comunicação "face a face" feita por trabalhadores recrutados e reforçada pelo rádio e outros meios de comunicação é o mecanismo mais efetivo. Há evidências sugerindo que a educação no período do desmame (avaliada por cálculos teóricos) pode diminuir as taxas de mortalidade em 2 a 12% nas crianças com menos de 5 anos.

Poucos trabalhos foram aprofundados em relação ao nível sócio-econômico da família das crianças que morrem (92). O peso e a altura da mãe foram considerados como indicadores de privação no nível da casa, aumentando ainda mais o poder discriminatório da antropometria na criança. Também não é considerado sistematicamente como um co-fator de risco para mortalidade. Mas em comunidades da África, onde há "estação de fome" (92), ou a nossa Amazônia, na "estação da seca" (36), onde os estoques de alimentos

são menores, ocorre também o maior tempo de separação entre a criança e a mãe, porque esta necessita muitas horas de trabalho fora do lar. Pressupõe-se que o cuidado com a criança pode deteriorar nestas condições. A atenção médica, sem dúvida, contribui para a diminuição da mortalidade por diarreia, principalmente depois da utilização ampla da terapia de reidratação oral.

O problema das famílias com crianças desnutridas é que estas são ainda menos privilegiadas, com maiores dificuldades para obter emprego, alimento, água potável, casas decentes ou acesso aos serviços básicos de saúde (92,108). Assim, o significado da desnutrição energético-protéica como um fator de risco para infecção diarreica não é visto apenas como uma influência biológica numa resposta imune ou função fisiológica durante um processo infeccioso, mas como um marcador para aqueles que estão sem reservas suficientes para sobreviver no meio.

4.3.4.6. Como medir o estado nutricional?

Numa população, devido a fatores genéticos, encontram-se indivíduos naturalmente magros ou baixos. Se esta população é sadia, estes indivíduos somam em torno de 2,5%. Se o número de crianças baixas e/ou magras em uma determinada comunidade aumenta, isto indica que existem fatores impedindo o desenvolvimento pleno de seu potencial genético (101). Os fatores são essencialmente de dois tipos: nutricionais (falta de alimentos ricos em calorias e proteínas) e de morbidade (a presença de doença, principalmente infecções). Por sua praticidade e baixo custo, a avaliação antropométrica propicia uma estimativa simples e segura da

prevalência da desnutrição. Classificou-se cada criança em relação a peso e altura ideais, isto é, comparando-os a um padrão de crescimento. O padrão atualmente recomendado pela Organização Mundial da Saúde é o do National Center for Health Statistics dos Estados Unidos (10,109,111), baseado em crianças norte-americanas. Atualmente sabe-se que até os 10 anos de idade, crianças de diferentes etnias apresentam o mesmo potencial de crescimento, desde que tenham condições nutricionais e ambientais adequadas (10,108). Isto justificaria um padrão estrangeiro na avaliação do crescimento de nossas crianças (101).

Dos indicadores existentes, o mais antigo e até hoje o mais utilizado é a adequação percentual do peso do indivíduo diante do peso esperado para a sua idade. A classificação proposta por Gomez e colaboradores, em 1942 (13), para avaliar o estado nutricional de crianças de 1 a 4 anos, segue sendo a mais empregada e prevê três graus para a desnutrição conforme o déficit, seja de 10 a 24% (1º Grau), de 25 a 40% (2º Grau) ou maior de 40% (3º Grau).

Hoje os melhores indicadores para avaliar estado nutricional são altura (ou comprimento) para idade - como indicador de desnutrição aguda ou crônica - e peso para altura - como indicador de desnutrição atual ou passada (12,94,101,109). Embora o peso para idade, citado anteriormente, seja a mais utilizada, tem a desvantagem de não distinguir entre a desnutrição aguda e crônica. Por outro lado, o peso para idade é um índice muito útil quando empregado em medidas periódicas, seriadas, em crianças menores de 5 anos.

Nicole Seone e Michael Lathan (12), em 1971, introduziram uma classificação que faz distinção entre desnutrição aguda e crônica,

ao mesmo tempo indicando se é atual ou passada. Tal classificação se baseia no fato de que um período carencial muito breve afeta apenas o peso da criança, ao passo que um longo lhe afetará também a altura. Assim, de acordo com Seone e Lathan, qualquer criança cujo peso (P) é inferior a 90% do padrão para a idade (I) é considerada desnutrida. Se a altura (A) é normal, trata-se de um caso de desnutrição aguda. Porém, se a altura já está afetada, tendo valor inferior a 95% do padrão para a idade, trata-se de desnutrição crônica. Todos os casos de desnutrição aguda são atuais, apresentando peso diminuído em relação à altura. Nos casos crônicos, entretanto, podem-se distinguir dois tipos: o passado e o atual. Se o peso em relação à altura é normal, conclui-se que houve desnutrição no passado. Se o peso é inferior a 90% do padrão para a altura, conclui-se que a criança está sofrendo um processo de desnutrição crônica e atual.

O quadro seguinte ilustra esta classificação:

RELAÇÕES	DESNUTRIÇÃO AGUDA ATUAL	DESNUTRIÇÃO CRÔNICA ATUAL	DESNUTRIÇÃO CRÔNICA PASSADA
P/I	Diminuído	Diminuído	Diminuído
A/I	Normal	Diminuído	Diminuído
P/A	Diminuído	Diminuído	Normal

Embora muito claro em relação à cronicidade e vigência da desnutrição, não pode ser considerada exatamente como uma classificação, pois não há distinção entre os graus de severidade.

Nesta amostra, encontrou-se um índice de desnutrição, segundo Gomez, de 38,3% (31,5% eram desnutridos de 1º Grau e 6,8%, de 2º Grau); com a classificação de Seone e Lathan, atingiu 32,2%; utilizando a variável altura/idade, 27,4% e peso/altura, 21% (Tabelas 24,27,28).

Todos estes dados, que oscilaram entre 38,3 e 21%, dependendo do parâmetro avaliado, situaram-se entre graus de desnutrição leve e moderada. Não houve, na população estudada, nenhum desnutrido severo. Os dados foram comparados com os de outros trabalhos nacionais. O IBGE, em 1982, usando os critérios de Gomez, encontrou em área urbana do Nordeste 44,7% das crianças menores de 5 anos com desnutrição de 1º Grau, enquanto 13,9% apresentavam desnutrição de 2º Grau. Em São Paulo, na área urbana, a prevalência foi de 32,1% (1º Grau) e 4,9% (2º Grau). Pela classificação de Waterlow, o mesmo estudo (88) encontrou a prevalência de 9,5% em São Paulo. Um estudo realizado por Giugliani (35), na Vila Gaúcha, pertencente ao município de Porto Alegre, cujo perfil sócio-econômico da população é muito semelhante a este estudo, encontrou 21,7% de desnutridos, entre menores de 5 anos pesquisados em sua moradia. Neste mesmo estudo, tal dado foi comparado com o achado de 1.040 crianças menores de 5 anos que consultaram nas Unidades Sanitárias do município de Porto Alegre; nesta amostra, Tourinho (35) encontrou 47,7% de crianças desnutridas. Leal e colaboradores (48) encontraram índices de 21,3% e 28,1% em populações urbanas gaúchas.

Ao se comparar os resultados do presente estudo, duas questões aparecem. A primeira diz respeito aos parâmetros utiliza-

dos para avaliar o grau de nutrição. Apesar das várias tentativas de padronização dos métodos de avaliação nutricional (94,109,111), ainda ocorre uma diferença nos achados. Deve-se, no entanto, estar atento para avaliar corretamente as "aparentes" discrepâncias.

Por exemplo, tomando a adequação peso/altura (Tabela 27), que é útil somente para detectar o estado corrente da desnutrição, encontram-se 21%; na classificação de Seone e Lathan para desnutrição atual, verificam-se 19% (Tabela 28). Portanto, sabe-se que nos estudos que avaliam só uma relação variável (como peso/idade) (Tabela 24), está-se sujeito a encontrar um índice mais elevado de desnutrição (38%).

Por outro lado, se for usado o parâmetro proposto por Waterlow (109) para países do Terceiro Mundo, que preconiza para peso/altura o limite de 80%, ao invés dos 90% tradicionalmente propostos, nesta amostra não se teria nenhum desnutrido. No entanto, com a Tabela 32, tem-se 21% de desnutridos, usando o critério clássico de peso/altura. Será que não se está "tapando o sol com a peneira"? Ou este parâmetro só pode ser utilizado adequadamente para grandes amostras populacionais que visam a outro enfoque?

A segunda questão a ser colocada é: seria possível que as diferenças observadas nos diferentes estudos, em relação à prevalência, sejam devidas à seleção das amostras? As crianças mais doentes procuram as instituições de saúde; assim sendo, nestes trabalhos a prevalência seria maior. Talvez esta afirmação possa ser verdadeira para a desnutrição pregressa, mas em relação

ã desnutrição atual não ocorreu diferença significativa nas diferentes amostras em nosso meio (35,48).

4.3.4.7. Nutrição e evolução da diarréia

Ao relacionar o grau de nutrição com a evolução da doença diarréica, não se obteve correlação. Poder-se-ia dizer que houve uma tendência entre o desnutrido agudo atual prevalecer mais na diarréia aguda (20,6%) do que na crônica (3,8%), mas os números encontrados foram muito pequenos e nada se pode afirmar a respeito (Tabelas 25 e 29).

Aceita-se que as diarréias provocam uma queda no estado nutricional e que episódios sucessivos podem comprometer o desenvolvimento físico infantil, conduzindo à desnutrição. Contudo, é ainda inconclusivo de que o risco de desenvolver quadros diarréicos seja maior em crianças desnutridas. Nestas, porém, um episódio diarréico é mais grave pela sua maior duração.

4.4. FATORES PROGNÓSTICOS

O quarto objetivo, que levanta a hipótese de alguns fatores de risco para a cronificação da doença neste estudo, acrescentou mais dúvidas do que respostas.

As variáveis foram selecionadas a partir da ênfase dada em trabalhos mundiais, onde são propostas medidas de intervenção para prevenir a doença diarréica (4,25,28,45,59,74).

4.4.1. Idade

O primeiro fator relacionado com a cronificação foi o da idade; nenhuma tendência foi observada, a não ser a incidência maior, já citada anteriormente, de crianças doentes até os 18 meses de idade (Tabela 30).

4.4.2. Aleitamento Materno

O papel do aleitamento materno tão difundido para diarréia aguda ainda não está plenamente compreendido para a diarréia crônica.

Existem estudos que consideram a "diarréia do desmame" (59,105) como crises agudas de diarréia com reincidência freqüente dos sintomas. Este padrão de morbidez encaixa-se provavelmente dentro do conceito de diarréia crônica. Este problema se caracteriza por começar na época do desmame das crianças amamentadas com leite humano. Independente do inegável valor do leite materno, algumas das maiores taxas de diarréia infantil se mantêm em sociedades onde a amamentação é mantida até o segundo ano de vida (13,78).

A presença do aleitamento per si nada contribui em relação à cronificação (Tabela 31); verificou-se a mesma variável quanto ao tempo efetivo de aleitamento (meses de duração) (Tabela 32). Nesta observação (Tabela 33), encontrou-se uma tendência de proteção do leite materno exatamente na época do desmame (6 aos 12 meses). Quanto à presença do aleitamento no episódio da diarréia rela-

cionado ao diagnóstico final (Tabela 34), este foi quase idêntico entre doença aguda e crônica.

No presente trabalho não ocorreu associação entre a presença do aleitamento materno e a evolução da diarreia. Talvez futuros estudos não eliminem a possibilidade desta associação. É aceitável que o efeito da doença diarreica no crescimento de uma criança alimentada exclusivamente no seio seja diferente de uma que já tenha sido desmamada ou esteja em fase de desmame.

No entanto, sabe-se que mesmo crianças exclusivamente aleitadas podem contrair diarreias bacterianas e por Rotavírus. Portanto, esta variável isolada não influencia a cronificação da doença.

4.4.3. Baixo Peso ao Nascer

A terceira variável relacionada à evolução da doença foi o baixo peso ao nascer. Não foi encontrada associação (Tabela 35). Uma hipótese provável seria o fato de haver trabalhado com números pequenos. Na Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (88) foi observado que entre 1.269 óbitos neonatais por diarreia, em oito países, o baixo peso ao nascer foi uma causa associada em 49% deles, variando esta proporção de 28%, na Bolívia, até 80% na Jamaica. No estudo realizado em Pelotas (10), o risco relativo de morte associado com baixo peso ao nascer foi de 2,5 para diarreia. São poucos os trabalhos que descrevem a associação de baixo peso ao nascer e diarreia. Talvez pelo comprometimento da resposta imune nestes recém-nascidos, existam fatores que podem estar relacionados à maior suscetibilidade a infecções.

4.4.4. Posição Sócio-Econômica

A renda familiar, outra variável cruzada com a evolução da doença (Tabela 36) não demonstrou diferença conforme era o esperado, em função da população desta vila ser homogênea quanto aos seus ganhos.

Diferenças importantes são observadas quando se analisa a frequência de doença diarréica e diferentes estratos sócio-econômicos da população. A incidência de diarréia se eleva com a diminuição do nível sócio-econômico das famílias, conforme estudo epidemiológico realizado no município de São Paulo (66) e Salvador (71).

Num trabalho desenvolvido em Porto Alegre (41), o percentual de óbitos por doença intestinal na população favelada variou de 53%, quando em populações vizinhas a um arroio, para 16% na população favelada e para 7% na não favelada. Estes dados contribuem para apreciar as diferenças de mortalidade e morbidez num mesmo grupo populacional e, no último exemplo, a questão geográfica diferente em uma mesma situação econômica mudou drasticamente o índice de mortalidade nesta área.

O grau de escolaridade relacionado ao diagnóstico não evidenciou diferenças (Tabelas 37 e 38).

Na revisão realizada por Feachem e Ashworth (4) sobre a "educação sobre o desmame", concluiu-se que a educação do desmame pode melhorar o estado nutricional das crianças, mas estes resul-

tados não dependem apenas do grau de escolaridade, mas principalmente de pesquisas para melhor interferir nos diferentes aspectos culturais de cada população.

4.4.5. Tempo de Permanência com a Mãe

Para surpresa, a variável tempo de permanência com a mãe não evidenciou diferenças na evolução da doença e até apresentou uma tendência a cronificar nas crianças cujas mães não trabalhavam fora (Tabela 39).

Este fato remete para mais uma reflexão sobre a qualidade de atenção materna dedicada a estas crianças nesta população.

Numa coorte desenvolvida no Chile, seguindo 1.150 crianças nascidas em janeiro de 1982 (55), o fator de risco para evolução do crescimento infantil que teve o mais alto valor preditivo foi o "desinteresse materno pela criança". A qualificação desta variável foi observada pela verbalização do desejo de "livrar-se" do filho ou nas atitudes da mãe, tais como tratos "bruscos" com a criança, incapacidade de dar-lhe ternura, insensibilidade frente ao choro, às vezes com recusa de dar-lhe o peito.

Este estudo não teve por objetivo entrar nestes detalhes da relação mãe-filho; compreende-se também que a "medida" desta variável é bastante complexa, mas crê-se que este fator de risco deveria ser melhor estudado e, por si só, solicitaria intervenções imediatas para tratar a mãe, o pai quando presente e a família.

4.5. CONDUTAS UTILIZADAS

No quinto objetivo foram descritas as medicações utilizadas por esta população frente a um episódio de diarreia (Tabela 41). O interessante foi constatar que a preocupação com a hidratação da criança é o passo inicial, tanto científica (7,69,113) quanto empiricamente. As crianças utilizaram soro de reidratação oral em 44% dos casos e chás em 68%.

Observou-se como a população desta área tratava a diarreia e prevenia a desidratação. Foram consideradas três regras básicas sugeridas pela OMS (69,113) para avaliar os achados, ou seja:

- 1) Aumentar a ingestão de líquidos e seguir com o leite materno.
- 2) Continuar oferecendo alimentos, inclusive leite para os desmamados.
- 3) Observar se a criança apresenta sinais de desidratação.

Pareceu que a primeira e terceira regras eram bem conhecidas (+ 70%), mas o desconhecimento da segunda regra, que se refere a alterar (40%) ou suspender (11%) a alimentação frente à diarreia, atingiu metade da amostra.

As mães ou responsáveis pelas crianças ainda se encontram presos a muitos "conceitos" populares, e até reforçados pelos médicos de há mais ou menos 10 anos atrás, de que na diarreia aguda a pausa alimentar era importante.

Quanto ao hábito alimentar, constatou-se que quase 50% destas crianças sofreram modificações, tanto em relação a alterações do seu alimento (39,7%) quanto a uma atitude mais radical de suspender o mesmo em 11% dos casos (Tabela 41).

Associada aos aspectos culturais existe a real inapetência da criança com diarreia. A criança perde o apetite e, conseqüentemente, é difícil de alimentar. Essa situação reforça o pensamento trazido pelas mães e auxiliares de saúde: "os alimentos não são assimilados pelo organismo e os intestinos precisam descansar".

Tal fato leva ao rápido agravamento do estado nutricional naqueles já desnutridos (59); em poucas horas, depleta eletrólitos e a médio prazo esgota outras reservas calórico-energéticas. A suspensão da alimentação na vigência de um episódio diarréico pode levar uma criança rapidamente à hipoglicemia e agravo da desidratação.

Uma criança, mesmo sem apetite, em geral mama com prazer, pois, além de nutrir, isto a reconforta quando não está bem. Após os seis meses de idade é necessário supri-la também com alimentos semi-sólidos, o que torna esta tarefa mais árdua para a mãe.

Ao analisar o padrão de consumo de medicamentos desta população frente a um quadro diarréico, encontrou-se apenas um caso (1,4%) usando antibiótico e 26% (19 crianças) utilizando fármacos antidiarréicos (por exemplo, Imosec, Lomotil e Elixir paregórico). Talvez o uso destes fármacos se deva não só ao desconhecimento da sua ineficácia pelas mães, mas também à deficiente formação

terapêutica dos profissionais médicos e farmacêuticos. Num trabalho realizado por Giovani (apud Victora e cols.) (101), no Brasil, o padrão da automedicação é em grande parte influenciado pelo profissional. Também um estudo desenvolvido anteriormente nesta mesma vila, em 1988 (82), sobre adesão ao tratamento médico, evidenciou que 54% da demanda desta Unidade Sanitária seguia rigorosamente o que lhe era prescrito.

Todos os casos desta população foram tratados. Nos casos de diarreia aguda, o objetivo principal era evitar a desidratação. Nos casos de diarreia crônica, era pesquisada a causa e tratada conforme fosse preciso.

Optou-se por usar a medicação fornecida pela SSMA, através da CEME, sempre que possível, para favorecer o acesso da mesma à população. Todas as crianças receberam terapia de reidratação oral (TRO), com a fórmula preconizada pela OMS/UNICEF, para prevenir ou tratar a desidratação.

Embora a TRO seja descrita como o "maior avanço médico do século", e sem dúvida contribuiu para diminuir em 60% as taxas de admissão hospitalar por diarreia, bem como de 40 a 50% as taxas de letalidade intra-hospitalar (69), em relação à diarreia crônica parece não modificar seu curso. Ghai, em Nova Delhi (105), demonstrou que a proporção dos casos de diarreia crônica que utilizaram sais de reidratação oral era a mesma dos que não usaram SRO.

Em todos os casos, a partir do 2º protocolo (Tabela 43), conforme a evolução, eram abordados aspectos educativos sobre a pre-

venção da doença diarréica. Esperava-se no mínimo duas entrevistas para conhecer um pouco mais a estrutura familiar da criança para então conversar sobre educação em saúde.

Adotou-se esta conduta por acreditar:

a) que este seria um passo a mais na troca de informações com esta comunidade;

b) que os aspectos educativos, quando bem abordados com uma população, podem auxiliar a diminuição da morbi-mortalidade da doença (4,20,96), embora não fosse intenção, nesta pesquisa, avaliar tal fato;

c) distribuir envelopes com sais de reidratação oral sem instruções adequadas pode prejudicar mais do que beneficiar;

d) educar para que as pessoas mudem seu comportamento é uma tarefa difícil, pretenciosa, mas importante.

O comportamento e os costumes relacionados ao uso da água, com o saneamento e hábitos de higiene pessoal, são difíceis de abordar e requerem muito tato.

Das crianças que cronificaram a diarréia (Tabela 44), 29 (39%) receberam Metronidazol pela provável presença de *Giardia lamblia*, constatada pelo exame parasitológico de fezes, durante ou previamente ao estudo, ou porque havia outra criança portadora que morava na mesma casa.

Num trabalho desenvolvido na Índia (1) em crianças admitidas no Hospital por diarréia crônica, foi encontrada *Giardia* em 36%

dos casos. Cita outros estudos indianos que oscilaram entre 20 e 33% dos casos com giardíase. Numa pesquisa na África, em Lesotho, realizada por holandeses (91), a presença de Giardia em escolares foi de 30%. Neste estudo, os autores concluem que a intolerância à lactose apresentada por estas crianças com diarréia foi significativamente maior nas portadoras de giardíase.

Sabe-se de toda a polêmica que esta prescrição possa levantar, ou melhor, da Giardia lamblia poder ou não ser o agente causador deste quadro. No entanto, como o objetivo deste estudo não é etiológico e ter sido realizado tratamento contra a Giardia nas crianças portadoras, optou-se por uniformizar a conduta nestes casos.

Foi indicado leite de frango em 21 casos. Tal fato foi decidido mais em função da evolução clínica de cada criança do que da comprovação laboratorial de intolerância à lactose ou à proteína do leite de vaca. Algumas poucas vezes conseguiu-se a confirmação laboratorial de substâncias redutoras nas fezes (infelizmente não era realizado cliniteste na Unidade Sanitária e/ou a domicílio).

O leite de frango foi bem aceito pelo binômio mãe/filho: para obtê-lo a mãe não precisava sair da vila, tinha mais opções para melhorar o paladar (mamadeira doce ou papa com sal) e era de menor custo.

Sabe-se que na síndrome pós-enterite o tratamento devido às implicações fisiopatológicas é essencialmente dietético (8,53,105). Sabe-se também que, apesar de alguns autores como Gerrard (8) encontrar 20% das crianças com intolerância ao leite

de vaca que também eram intolerantes ao leite de soja, este dado é bem menos incidente em outros serviços (8,52):

a) a intolerância ao carboidrato foi observada por Lifshitz e colaboradores (51) em 78% de um grupo de lactentes com gastroenterite;

b) esta, quando presente, deve ser rapidamente tratada (50,51) para evitar as complicações clínicas decorrentes do prolongamento da diarreia, desidratação e acidose metabólica, desnutrição, proliferação bacteriana no intestino delgado, etc.;

c) qualquer outra causa de diarreia crônica - doença celíaca, infecção por *Giardia lamblia*, desnutrição energético-protéica, etc. - pode levar à intolerância alimentar;

d) atualmente, outros alimentos além do leite de vaca e soja podem causar enteropatias por sensibilização alimentar temporária do intestino delgado, provocando diarreia crônica e desnutrição. Estes incluem glúten, frango, ovos, carne, arroz e peixe (105).

Estes pacientes devem ser tratados com dietas livres de lactose e, se preciso, proteína por um período limitado de tempo e necessário para não incorrer num aporte calórico inadequado para estas crianças.

Portanto, todas as crianças do estudo foram encaminhadas, na medida do possível, à procura do(s) fator(es) desencadeante(s) de sua doença.

As oito vezes em que foram utilizados antibióticos, estes foram prescritos em função de doenças associadas à diarreia, do

tipo otite média aguda, infecção respiratória, impetigo e infecção urinária.

4.6. INTERAÇÕES COM OUTROS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

No sexto objetivo caracterizaram-se as interações com outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

4.6.1. Exames Complementares

Em relação aos exames complementares (Tabela 45), todos são realizáveis num centro de referência secundária, como o foi neste estudo o PAM-3 da Vila dos Comerciantes. Se houvesse uma maior organização a nível primário, exames como parasitológico de fezes, pesquisa de açúcares redutores nas fezes e pH fecal (106) poderiam ser realizados no momento da consulta, trazendo muitos benefícios para os pacientes.

Encontraram-se dificuldades na realização dos exames, mas certamente por questões administrativas e não técnicas. Por exemplo, um determinado paciente era encaminhado e conseguia realizar os exames solicitados; já outros pacientes não. As coproculturas foram exames, em geral, inúteis, não só pela pouca especificidade, mas pela demora ou inexistência do resultado. Num estudo realizado em Denver (81), o autor propõe um esquema de avaliação diagnóstica que reduz a necessidade de coprocultura para 1/6 das crianças sintomáticas, indentificando 80% daquelas que têm patógenos fecais e excluindo os casos desnecessários. O tempo dispendido entre a co-

leta e o resultado oscilou entre 8 a 20 dias. Este dado fortalece a idéia do médico a nível de atenção primária ser ainda mais qualificado, para poder por si só atingir a cifra de resolução dos problemas de 89 a 90% esperada pela Conferência de Alma-Ata (70,93).

4.6.2. Hospitalizações

A incidência de hospitalização por diarreia foi de 4,1%: três crianças foram hospitalizadas para, naquele período, concluírem a investigação de diarreia crônica. Duas tiveram diagnóstico de giardíase e uma, de doença celíaca. As três crianças tinham menos que 18 meses. Este percentual de hospitalização foi considerado pequeno em relação ao número de crianças com diarreia crônica. No estudo desenvolvido em São Paulo (66), a incidência de internações por diarreia nas crianças de 0 a 6 meses foi de 1,58 internações/100 crianças/mês. No grupo entre 6 e 12 meses foi 4,4 vezes maior. Este dado evidencia a maior gravidade em crianças menores, principalmente no período do desmame. No estudo de Pelotas (101), as internações por diarreia em crianças até 20 meses de idade foi de 8,9%. As variáveis que estavam associadas com a maior incidência de internações eram:

a) renda familiar (renda menor que um salário mínimo implicava 40% das crianças destas famílias internadas);

b) peso ao nascer (crianças com menos de 2.000g tinham um risco duas vezes maior de serem hospitalizadas que as de peso normal).

4.7. DIFICULDADES, CONTRIBUIÇÃO E SUGESTÕES

Uma dificuldade enfrentada no estudo foi o número relativamente pequeno de casos em comparação à previsão inicial. Aliado a este fato, no ano da pesquisa (1987/88), ocorreu uma greve na Unidade Sanitária de quase dois meses (abril-maio). Talvez sem esta paralisação o número tivesse chegado a pelo menos 100 casos.

Embora não tenha sido uma limitação para o estudo, o acompanhamento dos casos foi outra dificuldade encontrada pelos entrevistadores, fazendo com que tivesse que ter não só o espírito de Sherlock Holmes, como muitas vezes atravessar a cidade, já que as populações periféricas apresentam alto índice de migração (33,56). A perda de casos comprometeria a validade do estudo de coorte utilizado nesta pesquisa.

A contribuição dada por este estudo, além de ser o primeiro realizado em Porto Alegre com o objetivo de melhor entender a história natural da diarreia, pretende servir para alertar os profissionais ligados à saúde para o alto índice de cronificação evidenciado.

O fato de não ter mostrado associação com nenhum dos fatos prognósticos estudados pode ter ocorrido por duas razões: o número reduzido de casos e os fatores não serem prognósticos na evolução da doença. Sugere-se, portanto, um outro estudo comparativo, com as devidas correções, em outras amostras de nosso meio, associando a este um estudo etiológico.

Ainda para o futuro, a partir da curiosidade suscitada ao longo da pesquisa, propõe-se um estudo sobre a eficácia do leite de frango na diarreia crônica em nosso meio.

Sugere-se, também, a definição de um parâmetro único pela Sociedade Brasileira de Pediatria para avaliar o grau de nutrição em nossas crianças.

Finalmente, sugere-se:

a) que a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul forneçam o material mínimo para equipar os postos de atenção primária em relação à investigação da síndrome diarreica;

b) informar e discutir com os médicos que atuam a nível de atenção primária sobre o índice de cronificação encontrado e a importância de uma história clínica completa.

4.8. COMENTÁRIO FINAL

A diarreia, como já foi ilustrado, é uma importante causa da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, contribuindo para a desnutrição. Nestas crianças, ela aparece freqüentemente associada à alimentação inadequada, cuidados higiênicos precários, contaminação ambiental, práticas alimentares distintas, desmame precoce e conceitos errôneos em relação ao jejum durante o episódio de diarreia.

Das observações pode-se concluir que, a partir da população estudada, o termo que mais se adequa é "síndrome diarréica", uma vez que um episódio de diarréia provoca no indivíduo uma seqüência de respostas hormonais, metabólicas e imunológicas, gerando um custo nutricional.

O conhecimento científico sobre a síndrome da diarréia crônica ainda é muito pequeno frente à multiplicidade de fatores que implicam a sua gênese (etiologia).

Qual o verdadeiro impacto da diarréia na criança? E como solucioná-lo? A resposta para esta questão está muito voltada para o desenvolvimento e aplicação de técnicas intervencionistas que lidem pelo menos com a tríade desnutrição - infecção - imunidade. É preciso promover imunização, educação e saúde, alimentação adequada, produção agrícola, saneamento, suprimento de água confiável e imunopotenciação.

Acredita-se que a aplicação do conhecimento científico em conjunção com estratégias intervencionistas disponíveis poderão diminuir o impacto das taxas de morbi-mortalidade nas áreas mais carentes.

CONCLUSÕES

1) A ocorrência de diarréia em crianças de 0 a 5 anos na Unidade Sanitária da Vila 1º de Maio, no período de janeiro de 1987 a janeiro de 1988, foi pequena (73 casos) em relação a anos anteriores.

2) As crianças de até 18 meses de idade foram mais acometidas por diarréia do que os maiores (até 60 meses), mas a faixa etária não influiu na cronificação da doença.

3) O perfil sócio-econômico da população evidenciou que esta é composta por trabalhadores em atividades de menor status com ganhos mensais muito baixos e escolaridade precária. É uma amostra homogênea em relação a este parâmetro; não ocorreu associação entre este perfil e a evolução da diarréia.

4) Em relação ao quadro clínico, a caracterização das fezes e os sintomas associados não delinearão nenhum parâmetro para a história natural da doença.

5) A taxa de cronificação da diarréia aguda de 43% foi muito elevada nesta população.

6) Ao investigar alguns dos prováveis fatores prognósticos da cronificação, podemos concluir que:

- a) o tempo de permanência com a mãe não se evidenciou significativo na evolução da doença, remetendo a reflexões sobre a qualidade deste tempo mãe-filho;
- b) o baixo peso ao nascer teve frequência relativa elevada (16,4%) nesta amostra, mas não demonstrou relação com a cronificação da diarreia;
- c) o grau de nutrição destas crianças demonstrou um percentual de desnutrição atual (20%) semelhante a outros estudos no Rio Grande do Sul. Não foi constatada nos desnutridos maior incidência ou gravidade em relação à síndrome diarreica. Ocorreu uma tendência entre o desnutrido agudo atual prevalecer mais na diarreia aguda (20,6%) do que na crônica (3,8%);
- d) o aleitamento materno, nem mesmo quando presente no episódio diarreico, contribuiu para esclarecer as inúmeras dúvidas sobre o seu efeito protetor na evolução da doença;
- e) o desmame precoce atingiu 50% das crianças desta amostra.

7) O conhecimento da população sobre a importância de hidratar foi constatado em 68% das crianças, enquanto 11% suspenderam a alimentação e 39% a alteraram durante o episódio de diarreia.

8) O índice de hospitalizações por diarreia foi pequeno (4%) considerando a incidência da diarreia crônica nesta amostra.

9) Da maioria das crianças que cronificaram, 85% conseguiram ser tratadas e investigadas partindo do nível de atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGARWAL, V. K.; AGARWAL, D.K.; SRIVASTVA, A.C.; GUPTA, S.C.; NIGAM, D.K.; PANDEY, R.C. Some observations of chronic diarrhoea-laboratory, radiological, and histological study (Part II). Indian Pediatrics, Bombay, 16(9):791-796, 1979.
2. ARAYA, M.; FIGUEROA, G.; ESPINOZA, J.; MONTESINOS, N.; SPENCER, E.; BRUNSER, O. Acute diarrhoeal disease in children under 7 years of age in a peri-urban slum of Santiago, Chile. The Journal of Hygiene, London, 95(2):457-467, 1985.
3. ARAYA, M.; FIGUEROA, G.; ESPINOZA, J.; ZARUR, X.; BRUNSER, O. Acute diarrhoea and asymptomatic infection in chilean preschoolers of low and high socio-economic strata. Acta Paediatrica Scandinavica, Stockholm, 75(4):645-651, 1986.
4. ASHWORTH, A. & FEACHEM, R. G. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: weaning education. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 63(6):1115-1127, 1985.
5. ASPECTOS estratégicos para la implantación de un programa nacional de hidratación oral en diarreas. (Editorial) Boletín Médico del Hospital Infantil de México, México, 42(8):463-465, 1985.
6. ASSOCIAÇÃO Brasileira de Tecnologia Alternativa na Proposição da Saúde - TAPS. Falando de diarreia. Tradução da Equipe da TAPS. São Paulo : AHRTAG, 1985. 52.p. v.1.
7. ASSOCIAÇÃO Brasileira de Tecnologia Alternativa na Proposição da Saúde - TAPS. Falando de diarreia. Tradução da Equipe da TAPS. São Paulo : AHRTAG, 1985. 46.p. v.2.

8. BARBIERI, D. & KODA, Y. K. L. Diarréia crônica na infância. São Paulo : Sarvier, 1986. 285.p.
9. BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; VAUGHAM, J.P.; ESTANISLAU, H.J. Bajo peso al nacer en el municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 102(6):541-553, 1987.
10. BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TEIXEIRA, A.M.B.; WAUGHAN, J.P. Mortalidade infantil em Pelotas-RS; fatores de risco e formas de prevenção; estudo longitudinal das crianças nascidas em 1982 em Pelotas-RS. Jornal de Pediatria, São Paulo, 63(4):186-191, 1987.
11. BARROS F^o, A.A.; BARBIERI, M. A.; SANTORO, J. R. Influência da Duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 99(6):594-604, Dec. 1985.
12. BLANCK, D.; MAINHARDT, L.M.M.; CARVALHO, P.R.A. Desnutrição protéico-calórica infantil. Revista CASL, Porto Alegre, 37(U):37-69, 1976.
13. BRIEND, A.; WOJTYNIAK, B.; ROWLAND, M.G.M. Breast feeding, nutritional state, and child survival in rural Bangladesh. British Medical Journal, London, 296:879-882, Mar. 1988.
14. BRONFMAN, M.; LOMBARDI, C.; VICTORA, C. G.; FACCHINI, L. A.; BARROS, F.C.; BÉRIA, J.U.; TEIXEIRA, A.M.B. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. Revista Saúde Pública, São Paulo, 22(4):253-265, 1988.
15. CAMERON, M. & HOFVANDER, Y. Body measurements (Appendix 1). In: . Manual of feeding infants and young children. 3.ed. Oxford : Oxford University Press, 1983. p.174-186.
16. CASPARY, W.F. Diarrhoea associated with carbohydrate malabsorption. Clinics in Gastroenterology, London, 15(3):631-655, July, 1986.
17. CHANDRA, R. K. ed. Food intolerance. New York : Elsevier, 1984. 260.p.
18. CHRONIC diarrhea in children; a nutritional disease. (Editorial) The Lancet, London, 1(8525):143-144, Jan., 1987.

19. CICHOWICZ-EMMANUELLI, E. Chronic non-specific diarrhea of infancy. Boletín Asociación Médica de Puerto Rico, San Juan, 74(5/6):178-181, 1982.
20. CLEMENS, J. D. & STANTON, B. F. An educational intervention for altering water-sanitation behaviors to reduce childhood diarrhea in urban Bangladesh. I. Application of the case-control method for development of an intervention. American Journal of Epidemiology, Baltimore, 125(2):284-91, 1987.
21. COHEN, S. A.; HENDRICKS, K. M.; MATHIS, R. K.; LARAMEE, S.; WALKER, A. Chronic nonspecific diarrhea: dietary relationships. Pediatrics, Evanston, IL, 644(4):402-407, Oct., 1979.
22. DE LA LASTRA, E.A.R.; LLORENS, X.J.S.; ULLOA, C.B. Correlación clínico-bacteriológica de la diarrea aguda infantil. Revista Médica de Panamá, Panamá, 11(3):193-198, 1986.
23. DeWITT, T.G.; HUMPHREY, K.F.; McCARTHY, P. Clinical predictors of acute bacterial diarrhea in young children. Pediatrics, Evanston, IL, 76(4):551-556, 1985.
24. DONNARD, J. F. Em que consistem os cuidados de saúde primários; princípios gerais. Revista da FSESP, São Paulo, 24(2):85-88, 1979.
25. ESREY, S.A.; FEACHEM, R.G. & HUGHES, J.M. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: improving water supplies and excreta disposal facilities. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 63(4):757-72, 1985.
26. FAGUNDES-NETO, U.; WEHBA, J.; VIARO, T. Diarréia protraída - II. Alterações ultra-estruturais do intestino delgado. Jornal de Pediatria, São Paulo, 56(3):112-116, 1984.
27. FARTHING, M. J. G.; MATA, L.; URRUTIA, J. J.; KRONMAL, R.A. Natural history of Giardia infection of infants and children in rural Guatemala and its impact on physical growth. The American Journal of Clinical Nutrition, Bethesda, MD, 43:395-405, Mar. 1986.
28. FEACHEM, R.G.; HOGAN, R.C.; MERSON, M.H. Diarrhoeal disease control: reviews of potential interventions. Bulletin of

- the World Health Organization, Geneva, 61(4):637-640, 1983.
29. FITZGERALD, J. F. & CLARK, J. H. Chronic diarrhea. Pediatrics Clinics of North America, Philadelphia, 29(1):221-231, 1982.
 30. FLAHAULT, D. Un equipe integrada y funcional para la asistencia primaria de salud. Crón. OMS, 30:481-485, 1976.
 31. FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E.H. Prognóstico. In: _____. Epidemiologia clínica. Porto Alegre : Artes Médicas, 1989. cap.6. p.145-172.
 32. FLORES, T.M.V. Relações entre graus nutricionais de crianças de periferia e níveis cognitivos alcançados em provas de Piaget sobre a contradição. São Paulo, SP, Universidade de São Paulo, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, 1984. 77p. Diss. Dout. Psicologia.
 33. FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Segregação urbana e mortalidade em Porto Alegre. Coordenado por Tanya M. de Barcellos, Porto Alegre, 1986. 206.p.
 34. GIUGLIANI, E. Aleitamento materno. In: DUNCAN B. B.; SMITH, M.I.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre, 1990. (no prelo)
 35. GIUGLIANI, E.R. J.; ROTTA, A. T.; RIBEIRO, A. M.; MELLO, C.; MOREIRA, C.; DIAS, C.C.C.; PRYTALUK, T.M. Percepção materna sobre a adequação do peso e da altura de crianças menores de 5 anos em uma vila periférica de Porto Alegre. Porto Alegre, 1989. (no prelo)
 36. GIUGLIANO, L.G.; BERNARDI, M.G.P.; VASCONCELOS, J.C.; COSTA, C.A.; GIUGLIANO, R. Longitudinal study of diarrhoeal disease in a peri-urban community in Manaus (Amazon-Brazil). Annals of Tropical Medicine and Parasitology, London, 80(4):443-450, 1986.
 37. GRACEY, M. Enfermedad diarreica y desnutrición. Tradução por Dr. Eduardo César Gerding. Buenos Aires : Panamericana, 1987. 224 p. Tradução de: Diarrhoeal disease and malnutrition. A clinical update.

38. GRYBOSKI, J. & WALKER, W.A. Gastrointestinal problems in the infant. Philadelphia : Saunders, 1983. 765.p.
39. GUERRANT, R. L. & McAULIFFE, J. F. Special problemas in developing countries. In: GORBACH, S.L. ed. Infectious diarrhea. Boston : Blackwell, 1986. cap.19. p.287-308.
40. GUERRANT, R.L. Unresolved problems and future considerations in diarrheal research. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(Suppl.1):155-161, Jan./Feb., 1986.
41. GUIMARÃES, J.J.L. & FISCHMANN, A. Desigualdades da mortalidade infantil entre favelados e não favelados no município de Porto Alegre, RS - Brasil 1980. SSMA, Porto Alegre, 1980.
42. HABICHT, J. P.; MARTORELL, R.; YARBROUGH, C.; MALINA, R.M.; KLEIN, R.E. Height and weight standards for preschool children. how rlevant are ethnic differences in growth potential? The Lancet, Philadelphia, 1:611-615, Apr. 6, 1974.
43. HJELT, K.; NIELSEN, O. H.; PAERREGAARD, A.; GRAUBALLE, P.C.; KRASILNIKOFF, P.A. Acute gastroenteritis in children attending day-care centres with special reference to Rotavirus infections. II. Clinical Manifestations, Acta Paediatrica Scandinavica, Stockholm, 76:763-768, 1987.
44. JASON, J. M.; NIEBURG, P.; MARKS, J.S. Mortality and infectious disease associated with infant-feeding practices in developing countries. Pediatrics, Evanston, IL, 74:702-727, 1984.
45. KOBLINSKY, M. A. & FEACHEM, R.G. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 62(2):271-291, 1984.
46. KOVAR, M. G.; SERDULA, M. K.; MARKS, J.S.; FRASER, D.W. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. Pediatrics, Evanston, IL, 74:615-638, 1984.
47. KUMATE, J. & ISIBASI, A. Pediatric diarrheal diseases: a global perspective. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(Suppl.1):21-28, Jan. 1986.

48. LEAL, C.A. et alii. Avaliação da eficácia do atendimento médico sobre a desnutrição, morbidade e mortalidade em crianças de 0-5 anos numa amostra populacional da grande Porto Alegre, RS. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 24(4):280-4, out./dez., 1980.
49. LEBENTHAL, E. ed. Textbook of gastroenterology and nutrition in infancy. New York : Raven Press, 1981. v.2. 1133.p.
50. LEVINE, M. M.; LOSONSKY, G.; HERRINGTON, D.; KAPER, J. B.; TACKET, C.; RENNELS, M.B.; MORRIS, J.G. Pediatric diarrhea: the challenge of prevention. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(Suppl.1):29-43, Jan./Feb., 1986.
51. LIFSHITZ, F. Afecções em gastroenterologia pediátrica. Tradução de Ulysses Fagundes Neto. São Paulo : Panamed, 1983. 410.p.
52. LLOYD-STILL, J. D. Chronic diarrhea of childhood and the misuse of elimination diets. The Journal of Pediatrics, St. Louis, 95(1):10-13, July, 1979.
53. LO, C.W. & WALKER, W. A. Chronic protracted diarrhea of infancy: a nutritional disease. Pediatrics, Evanston, IL, 72(6):786-800, 1983.
54. MACFARLANE, D. E. & HORNER-BRYCE, J. Cryptosporidiosis in wellnourished and malnourished children. Acta Paediatrica Scandinavica, Stockholm, 76:474-477, 1987.
55. MARDONES-RESTAT, Francisco & MARDONES, Gloria Jones de. Predicción de fallas del crecimiento en niños menores de un año. Boletín of la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 103(5):450-462, nov. 1987.
56. MARQUES, L. & BASTANI, R.F. Projeto Juriti: Diagnóstico básico da Vila Nossa Senhora de Fátima e Avaliação do Campus Aproximado. Relatório Preliminar. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 1984.
57. MARTIN, J. & BLASER, M. D. Infectious diarrheas: acute, chronic, and iatrogenic. (Editorial). Annals of Internal Medicine, Philadelphia, 105(5):785-787, 1986.

58. MARTINS F^o, J. Interação alimentação-infecção na gênese da desnutrição infantil; papel do leite humano. Jornal de Pediatria, São Paulo, 59(1):90-92, 1985.
59. MARTOREIL, R. Nutrition-infection interactions and human growth. In: The Annual Meeting of the Human Biology Council, 1979, San Francisco, CA, 1979.
60. MATHUR, R.; REDDY, V.; NAIDU, A. N.; RAVIKUMAR; KRISHNAMACHARI, K.A.V.R. Nutritional status and diarrhoeal morbidity: a longitudinal study in rural indian preschool children. Human Nutrition: Clinical Nutrition, London, 39C:447-454, 1985.
61. McAULIFFE, J. F.; SHIELDS, D. S.; SOUSA, M. A.; SAKELL, J.; SCHORLING, J.; GUERRANT, R.L. Prolonged and recurring diarrhea in the northeast of Brazil: examination of cases from a community-based study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, New York, 5(6):902-906, 1986.
62. MINAYO, M.C.S. org. A saúde em estado de choque. 3.ed. Rio de Janeiro : FASE, 1986. 128.p.
63. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diarréia e desidratação, o que fazer? Folheto explicativo sobre diarreia. Brasília, D.F., 1987.
64. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Um país doente. Informe Epidemiológico, Brasília, 1989.
65. MONTEIRO, C.A. Os determinantes da desnutrição infantil no vale do Ribeira. Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas, 29:57-75, 1979.
66. MONTEIRO, C.A. O aleitamento materno. In: _____. Saúde e nutrição das crianças de São Paulo. São Paulo : Hucitec, 1988. p.55-70.
67. MONTEIRO, C.A. & BENÍCIO, M.H.D'A. Epidemiologia da desnutrição protéico calórica. In: NÓBREGA, F. Desnutrição intra-uterina e pós-natal. São Paulo : Panamer, 1981. cap.10.
68. MOYSÉS, M.A. & LIMA G.Z. Desnutrição e fracasso escolar; uma relação tão simples? Revista da Associação Nacional de Educação, 5(1):57-61, 1982.

69. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de tratamiento de la diarrea. Washington : OMS, 1987. 177.p. n.13.
70. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados Primários de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, 6-12 de set., 1978.
71. PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N.; CABRAL, V.; MOTA, I.A.; NEVES, R. B. B. Mortalidade infantil proporcional, Salvador, Bahia, Brasil. Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 103(2):113-122, 1987.
72. PALIS, N. O. M. Giardíase: uma importante causa de diarréia crônica. Jornal de Pediatria, São Paulo, 55(4):317-320, 1983.
73. PENNY, M.E.; HARENDRA DE SILVA, D.G.; McNEISH, A. S. Bacterial contamination of the small intestine of infants with enteropathogenic Escherichia coli and other enteric infections: a factor in the aetiology of persistent diarrhoea? British Medical Journal, London, 292:1223-1226, May, 1986.
74. PHONBOON, K.; KUNASOL, P.; CHAYANIYAYODHIN, T.; SRISOMPORN, D. Surveillance of diarrhoeal diseases in Thailand. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 64(5):715-720, 1986.
75. PITSON, G. A.; GRIMWOOD, K.; COULSON, B. S.; OBERKLAID, F.; HEWSTONE, A.S.; JACK, I.; BISHOP, R.F.; BARNES, G.L. Comparison between children treated at home and those requiring hospital admission for Rotavirus and other enteric pathogens associated with acute diarrhea in Melbourne, Australia. Journal of Clinical Microbiology, Washington, 24(3):395-399, 1986.
76. PNAD - Plano Nacional de Amostras Domiciliares. Rio de Janeiro : FIBGE, 1988. v.11. n.5.
77. POLEY, J. R. & ROSENFELD, S. Malabsorption in giardiasis: presence of a luminal barrier (mucoid pseudomembrane). A scanning and transmission electron microscopic study. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, New York, 1(1):63-79, 1982.
78. PORTOIAN-SHUHAIBER, S. Infantile diarrhoea due to water complementation of breast and bottle feeding. Archives of Disease in Childhood, London, 61:1215-1218, 1986.

79. PRABHAKAR, K. Lactose intolerance. Letter to the Editor. Indian Pediatrics, Bombay, 19(5):453-454, 1982.
80. PUFFER, R.R. & SERRANO, C.V. Patterns of mortality in childhood. Washington : OPAS, 1973. n.262.
81. RADETSKY, M. Laboratory evaluation of acute diarrhea. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(2):230-238, 1986.
82. RICHTER, F. M.; MOTTA, J. I.; COSTI, J. C.; STRAPAZON, J.L.; VIANNA, M.W.S.M.; KNIJNIK, D.; DUNCAN, B.B. Adesão ao tratamento em uma vila popular de Porto Alegre. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 32(3):178-184, 1988.
83. SANTHANAKRISHNAN, B. R. & UMADEVI, L. Chronic protracted watery diarrhea in malnourished children. Indian Pediatrics, Bombay, 23:515-519, July, 1986.
84. SANTOS, J.I. Nutritional implications and physiologic response to pediatric diarrhea. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(Suppl.1):152-154, Jan. 1986.
85. SEWARD, J. F. & SERDULA, M. K. Infant feeding and infant growth. Pediatrics, Evanston, IL, 74:728-762, 1984.
86. SILVA, G.R.; VIANNA, S.M.; NOGUEIRA, R.P. Relatório Final. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, D.F., 17 a 21 de março de 1986. 22.p.
87. SILVA, L.R. Diarréia aguda em crianças até cinco anos. Um estudo epidemiológico etiológico e clínico em Salvador, BA. Salvador, BA, Universidade Federal da Bahia, Curso de Pós-Graduação, 1988. 163.p. Tese Doutor. Medicina.
88. SILVA, L.R.; MOTA, E.; SANTANA, C. Diarréia aguda na criança. Rio de Janeiro : Medsi, 1988. 158.p.
89. SNYDER, J.D. & MERSON, M.H. The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease: a review of active surveillance data. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 60(4):605-613, 1982.
90. STANTON, B.F.; ROWLAND, M. G. M.; CLEMENS, J.D. Oral rehydration solution - too little of too much? The Lancet, Philadelphia, 1(8523):33-34, 1987.

91. TOLBOOM, J. J. M.; KABIR, H.; MOLATSELI, P.; ANDERSON, J.; ARENS, T.; FERNANDES, J. Lactose malabsorption and giardiasis in Basotho School Children. Acta Paediatrica Scandinavica, Stockholm, 76:60-65, 1987.
92. TOMKINS, A.M. Protein-energy malnutrition and risk of infection. Proceeding of the Nutrition Society, London, 45:289-304, 1986.
93. TORNERO, N.; SOARES, D.; MAGALHÃES, L.; GUTIERREZ, P. Uma experiência de assistência sanitária primária. Revista Saúde em Debate, São Paulo, 1978. n.6.
94. TOURINHO, H. Desnutrição na infância. In: DUNCAN B. B.; SMITH, M.I.; GIUGLIANI, E. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre, 1990. (no prelo)
95. VARAVITHYA, W. & RAMABOOT, S. Diarrhoeal diseases in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, Bangkok, 69(supl.2):46-49, Oct. 1986.
96. VARAVITHYA, W.; PICHAIPAT, V.; MANGKLASIRI, R.; THANOMSINGH, P.; PAVABUTARA, P. Early home oral rehydration therapy (ORT) in primary health care. Journal of the Medical Association of Thailand, Bangkok, 69(supl.2):137-144, 1986.
97. VATHANOPHAS, K.; INDRASUKHSRI, T.; BUNYARATABANDHY, P.; SUTHIENKUL, O.; VARAVITHYA, W. The study of socio-economic, behavioural and environmental factors related to diarrhoeal diseases in children under 5 in congested areas of Bangkok Metropolis. Journal of the Medical Association of Thailand, Bangkok, 69(supl.2):156-162, Oct., 1986.
98. VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; MARTINES, J.C.; BÉRIA, J. U.; VAUGHAN, J.P. As mães lembram o peso ao nascer de seus filhos? Revista de Saúde Pública, São Paulo, 19:195-200, 1985.
99. VICTORA, C.G. Aspectos práticos do planejamento de inquéritos epidemiológicos. Revista Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, 1(1):14-20, 1987.
100. VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C. Estacionalidad de defunciones infantiles por enfermedades diarreicas y respiratorias en el sur de Brasil, 1974-1978. Boletín de

- 1a Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 99(2):99-110, 1985.
101. VICTORA, C. G.; BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. Epidemiologia da desigualdade; um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras. São Paulo : Hucitec, 1988. 187.p.
 102. VISVESVARA, G.S. Giardiasis in children (Editorial). Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 1(4):463-465, 1982.
 103. WALIA, B.N.S.; GANGULY, N.K.; MAHAJAN, R.C.; DEVENDER JUMAR; MADAN, I.J.; GAMBHIR, S.K.; KANWAR, S.S. Morbidity in preschool giardia cyst excretors. Tropical and Geographical Medicine, Haarlen, 38:367-70, 1986.
 104. WALKER, A. Effect of colostrum on the maturation of intestinal host defenses. In: LEBENTHAL, E. Textbook of gastroenterology and nutrition in infancy. Gastrointestinal development and perinatal nutrition. New York : Raven Press, 1981. v.1. cap. 21. p.225-238.
 105. WALKER-SMITH, J.A. & McNEISH, A.S. Diarréia e desnutrição na infância. Tradução por Ivan Mário Braun. Rio de Janeiro : Revinter, 1989. 272.p. Tradução de: Diarrhoea and malnutrition in childhood.
 106. WALKER-SMITH, J. Doenças do intestino delgado na infância. 2.ed. Tradução por Dr. Israel Lemos. São Paulo : Manole, 1980. 394.p. Tradução de: Diseases of the small intestine in childhood.
 107. WALSH, J.A. & WARREN, K.S. Selective primary health care; an interim strategy for disease control in developing countries. Disease Control in Developing Countries, 301(8):967-974, 1979.
 108. WATERLOW, J.C. Some aspects of childhood malnutrition as a public health problem. British Medical Journal, London, 4:88-90, 1974.
 109. WATERLOW, J. C.; BUZINA, R.; KELLER, W.; LANE, J. M.; NICHAMAN, M.Z.; TANNER, J.M. The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 55(4):489-98, 1977.

110. WILLIAMS, E.K.; LOHR, J.A.; GUERRANT, R.L. Acute infectious diarrhea. II. Diagnosis, treatment and prevention. Pediatric Infectious Disease, Baltimore, 5(4):458-465, 1986.
111. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reference data for the weight and height of children. In: _____. Measuring change in nutritional status. Geneva, 1983.
112. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diarrhoeal diseases controle programme. Weekley Epidemiological Record, Geneva, 58:337-344, 1983.
113. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Treatment and prevention of acute diarrhoea; guidelines for the trainers of health workers. Geneva, 1985. 36.p.
114. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving infant feeding practices to prevent diarrhoea or reduce its severity; research issues. Geneva : WHO, Apr., 1988. p.1-11.

ANEXO

1. DEFINIÇÕES

Muitos problemas residem na perda de uma definição comum da diarreia. Do grego "diarrhoia" (fluir através de), a diarreia de 2.000 anos atrás era dita como "uma descarga do alimento não digerido em estado líquido", mas até hoje muitas outras definições quantitativas são evasivas. A palavra "diarreia" implica uma mudança do hábito intestinal do indivíduo. Neste estudo, decidiu-se optar pelas seguintes definições:

Diarreia - é uma alteração do hábito intestinal caracterizada pela diminuição da consistência das fezes, devido à presença de maior conteúdo hídrico.

Exclui-se deste critério o modelo de fezes normais da criança, adaptado de Fitzgerald (29), cujas características são:

- 1) 0 a 4 meses
 - a) aleitados: duas a quatro evacuações por dia (oscila de uma a sete), cor amarelo-dourado, consistência líquida a pastosa;
 - b) com fórmula láctea: duas a três evacuações por dia, cor amarelo-pálido ou marrom, consistência firme.
- 2) Crianças de 4 meses a 1 ano - uma a três evacuações por dia, fezes amarelo-escuras/marrom e consistência firme.

3) Após 1 ano, formadas, semelhantes ao adulto em cor e odor.

Diarréia aguda - é um processo autolimitado que dura em geral de três a dez dias, sem tratar-se de um episódio de exacerbação aguda de uma doença crônica.

Diarréia crônica - é o estado diarréico com duração maior do que 15 dias ou quando há três episódios de diarréia em menos de dois meses.

Episódio de diarréia - foi definido como tendo duração de um ou mais dias, nos quais a consistência das fezes era diminuída, em geral a frequência aumentava e a mãe ou responsável o identificava como diarréia.

Classe social - segundo referido por Bronfman, "as classes sociais são grandes grupos de homens que se diferenciam entre si pelo lugar que ocupam em um sistema de produção, historicamente determinado pelas relações em que se encontram, com respeito aos meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e, conseqüentemente, pelo modo e a produção em que recebem a parte da riqueza de que dispõem" (14).

2. PROTOCOLOS

A seguir são apresentados, na íntegra, os questionários aplicados ao longo da pesquisa, num total de seis.

PROTOCOLO 1

FICHA Nº

CÓDIGO

NOME DO ENTREVISTADOR:

DATA:

UNIDADE:

I — IDENTIFICAÇÃO

1-Nome do paciente

2-Nome do responsável

3-Idade do responsável

4-Número do prontuário

5-Endereço

6-Ponto de referência

7-Idade do paciente () () meses

8-Data de nascimento / /

9-Sexo

1-Masculino

2-Feminino

10-Cor

1-Branco

2-Preto

3-Misto

11-Peso ao nascer () () () () g

12-A Senhora é a mãe da criança?

1-Sim (PASSE PARA A PERGUNTA 14)

2-Não

13-Qual sua relação com a criança?

14-O Senhor(Sra.) sabe o que é diarréia ou desarranjo? (CODIFIQUE A RESPOSTA)

1-Define de acordo com os folhetos da SSMA

2-Dá alguns sinais e sintomas da diarréia, mas acrescenta outros eventuais e/ou não relacionados

3-Não define

II — DIARRÉIA

15-Quando começou?

() ()

1-Dias 2-Horas

16-Como é o cocô? (LEIA AS OPÇÕES)

1-Pastoso

3-Líquido

2-Semilíquido

9-NSR

17-0 cocô tem

- | | | | |
|------------|-------|-------|-------|
| a) Catarro | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| b) Sangue | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |

18-Quantas vezes nas últimas 24 horas a criança fez cocô?
(SE A RESPOSTA FOR NSR, ESCREVER 99)

() () vezes

19-A criança teve, desde que começou a diarreia (LEIA TODAS AS OPÇÕES)

- | | | | |
|--------------------------------|-------|-------|-------|
| a) Febre | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| b) Cólicas e/ou dor de barriga | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| c) Vômitos | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |

(SE SIM, PASSE PARA A PERGUNTA 20 E 21)

- | | | | |
|--------------------|-------|-------|-------|
| d) Outros sintomas | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
|--------------------|-------|-------|-------|

(SE SIM, ESPECIFIQUE):

(PASSE PARA A PERGUNTA 22)

20- Quantas vezes vomitou nas últimas 12 horas? (SE RESPOSTA FOR NSR, ESCREVER 99)
() () vezes

21-A criança vomita (LEIA TODAS AS OPÇÕES)

- 1-Só após comer alguma coisa
- 2-Mesmo não comendo

(VOLTA PARA PERGUNTA 20d)

22-A criança teve diarreia nos últimos 6 meses?

- 1-Sim
- 2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 29)
- 9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

23-Quantas vezes teve?

() () episódios

24-Quando? (CODIFIQUE A RESPOSTA)

- 1-3 ou mais episódios em 2 meses
- 2-3 episódios em 2 meses (PASSE PARA A PERGUNTA 27)
- 9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 27)

25-Quando foi o primeiro episódio de diarreia?

/ /

26-A diarreia iniciou após alguma doença ou tratamento?

- 1-Sim (ESPECIFIQUE):
- 2-Não
- 9-NSR

27-Alguma vez durou mais de 15 dias?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

28-A diarreia iniciou após alguma doença ou tratamento?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

29-O Senhor/Senhora trata a diarreia em casa? (NÃO CODIFICADO PARA
TABULAÇÃO)

1-Sim

2-Não (PASSE PARA PERGUNTA 31)

9-NSR (PASSE PARA PERGUNTA 31)

30-O que usa?

a) Sais de reidratação oral

1-Sim 2-Não

b) Chás

1-Sim 2-Não

c) Antidiarréicos

1-Sim 2-Não

d) Antibióticos

1-Sim 2-Não

e) Outros

1-Sim 2-Não

(SE SIM, ESPECIFIQUE):

31-O que o Senhor/Senhora faz quanto à alimentação da criança?

1-Mantém

2-Suspende

3-Altera (ESPECIFIQUE):

III - ALIMENTAÇÃO PRÉVIA

32-Modificou a alimentação da criança antes do início da diarreia?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

33-Fez aleitamento materno?

1-Sim

2-Não (PASSAR PARA PERGUNTA 35)

9-NSR (PASSE PARA PERGUNTA 35)

34-Por quanto tempo?

() ()

1-Dias

2-Meses

9-NSR

35-Utiliza outro tipo de leite?

a) Leite de vaca

1-Sim

2-Não

9-NSR

b) Leite em pó

1-Sim

2-Não

9-NSR

(SE SIM, ESPECIFIQUE O LEITE EM PÓ):

c) Outro tipo

1-Sim

2-Não

9-NSR

(SE SIM, ESPECIFIQUE):

- 36-Quantas vezes por dia a criança toma leite?
() () vezes (SE A RESPOSTA FOR NSR, ESCREVER 99)
- 37-Como prepara o leite? (DESCREVER)

IV - REVISÃO DE SISTEMAS

- 38-A criança fez algum tratamento médico nos últimos 6 meses?
1-Sim
2-Não (PASSE PARA PERGUNTA 44)
9-NSR
- 39-Qual o motivo? (LISTE ATÉ 3 MOTIVOS)
1-
2-
3-
- 40-Usou algum medicamento?
1-Sim
2-Não (PASSE PARA PERGUNTA 44)
9-NSR (PASSE PARA PERGUNTA 44)
- 41-Qual?
1-
2-
3-
9-NSR
- 42-De quanto em quanto tempo?
1-
2-
3-
9-NSR
- 43-Durante quanto tempo?
1-
2-
3-
9-NSR
- 44-Teve verminose nos últimos 6 meses?
1-Sim
2-Não (PASSE PARA PERGUNTA 48)
9-NSR (PASSE PARA PERGUNTA 48)
- 45-Chegou a eliminar os vermes alguma vez nos últimos 6 meses?
1-Sim
2-Não
9-NSR

46-Foi tratada para vermes?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA PERGUNTA 48)

9-NSR (PASSE PARA PERGUNTA 48)

47-Quando?

/ /

9-NSR

V - EXAME FÍSICO

48-Peso ()()()g Percentil ()()

49-Altura ()(), ()cm Percentil ()()

50-Temperatura ()(), ()°C

51-Mucosas: boca e língua

a) Úmidas 1-Sim 2-Não

b) Coradas 1-Sim 2-Não

52-Pele (turgor)

1-Normal

2-Diminuído

53-Pulso ()()() batidas/minuto (VER FREQUÊNCIA CARDÍACA)

54-Fontanela

1-Normal

2-Afundada

3-Não tem fontanela

55-Olhos

1-Normal

2-Encovados

56-Abdômen

a) Distendido 1-Sim 2-Não 9-Indeterminado

b) Doloroso 1-Sim 2-Não 9-Indeterminado

57-Ruídos hidroaéreos

1-Normal

2-Diminuídos

3-Aumentados

VI - DIAGNÓSTICO

58-Principal

1-Diarréia aguda

2-Diarréia prolongada (Diarréia crônica em menores de 1 ano)

3-Diarréia crônica

4-Não conseguiu especificar

59-Outros diagnósticos

- 1-
- 2-
- 3-
- 9-Sem patologia associada

VII - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

60-Sabe ler e escrever?

- 1-Sim
- 2-Só escrever e ler o nome
- 3-Só ler
- 4-Nada
- 9-NSR

61-Até que ano da escola o Senhor/Senhora completou?

() ano

62-Quanto recebem as pessoas desta casa?

(PESSOA) (CRUZADOS) (SM)

- 1-
- 2-
- 3-

(POR)

1-Dia 2-Semana 3-Mês

63-Quantos cruzados por mês a família tem de outras fontes de renda, como aluguel, mesada, pensão, etc.?

() cruzados/mês 9-Não tem

64-Quantas pessoas vivem desse dinheiro, incluindo o Senhor/Senhora?

() pessoas

65-Qual a ocupação do chefe da família em seu trabalho principal?

(ESCREVA DETALHADAMENTE O TIPO DE ATIVIDADE E CODIFIQUE A RELAÇÃO SOCIAL DE TRABALHO)

- 0-Empregador com menos de 9 SM e até 4 empregados
- 1-Empregador com mais de 9 SM ou mais de 5 empregados
- 2-Empregado (técnico, profissional, diretor)
- 3-Empregado (construção civil, empregada doméstica)
- 4-Empregado (outros tipos de emprego)
- 5-Autônomo (conta própria, estabelecimento próprio)
- 6-Autônomo (conta própria, regular, sem estabelecimento)
- 7-Autônomo (biscateiro)
- 8-Do lar, doente, afastado
- 9-Não classificado

66-A mãe trabalha fora?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A CONDUÇÃO)

9-NSR (PASSE PARA A CONDUÇÃO)

67-A mãe leva a criança junto todo o dia para o trabalho?

(REGULARMENTE)

1-Sim

2-Não

9-NSR

68-Quantas horas a mãe fica longe de casa por dia?

() horas

CONDUÇÃO

Febre - Ácido acetil salicílico ou Acetaminofen

Vômitos - Se freqüentes nas últimas 12 horas (não consegue se alimentar), Metoclopramida injetável IM;

Se não for freqüente, fracionar refeições

Diarréia - Se a diarréia estiver do 1º ao 14º dia, utilize SRO;

Se a diarréia tiver mais de 14 dias de evolução, use, conforme o caso, o leite de frango e/ou Metronidazol

Alimentação livre

VIII - CONDUÇÃO REALIZADA

	Sim	Não
69-AAS	1	2
70-Acetaminofen	1	2
71-Metoclopramida IM	1	2
72-SRO	1	2
73-Alimentação livre	1	2
74-Leite de frango	1	2
75-Metronidazol	1	2
76-Exames complementares	1	2

Reconsulta marcada (QUANDO?) / /

OBSERVAÇÕES:

PROTOCOLO 2

8º dia da doença

FICHA Nº

CÓDIGO

NOME DO ENTREVISTADOR:

DATA:

I - IDENTIFICAÇÃO PRÉVIA

- 1-Nome do paciente
- 2-Número do prontuário
- 3-Endereço
- 4-Ponto de referência

II - IDENTIFICAÇÃO

- 5-Nome do entrevistado
- 6-É a mesma pessoa da primeira entrevista?
 - 1-Sim
 - 2-Não
- 7-A Senhora é a mãe da criança?
 - 1-Sim (PASSAR PARA A PERGUNTA 9)
 - 2-Não
- 8-Qual sua relação com a criança?
- 9-Mudou de endereço?
 - 1-Sim (INDICAR NOVO ENDEREÇO)
 - 2-Não

III - DIARRÉIA

- 10-Como está o cocô nas últimas 24 horas?
 - 1-Líquido
 - 2-Semilíquido
 - 3-Pastoso
 - 4-Consistência normal
 - 5-Não evacuou
 - 9-NSR
- 11-Como passou a criança em relação à diarreia?(NÃO CODIFICADA PARA TABULAÇÃO)
 - 1-Curou
 - 2-Melhorou (PASSAR PARA A PERGUNTA 13)
 - 3-Não mudou (PASSAR PARA A PERGUNTA 13)
 - 4-Piorou (PASSAR PARA A PERGUNTA 13)
 - 9-NSR (PASSAR PARA A PERGUNTA 13)

12-Quando parou a diarreia? (ESCREVA HÁ QUANTOS DIAS E CODIFIQUE A DATA)

/ / Há dias

13-O cocô tem (LEIA TODOS OS ITENS)

a) Catarro 1-Sim 2-Não 9-NSR

b) Sangue 1-Sim 2-Não 9-NSR

14-Quantas vezes fez cocô nas últimas 24 horas?

() () vezes

15-A criança nas últimas 24 horas tem apresentado (LER TODAS AS OPÇÕES)

a) Febre 1-Sim 2-Não 9-NSR

b) Dor de barriga e/ou cólicas 1-Sim 2-Não 9-NSR

c) Vômitos 1-Sim 2-Não 9-NSR

d) Outros sintomas 1-Sim 2-Não 9-NSR

(SE SIM, ESPECIFICAR):

16-A criança tomou soro de reidratação oral?

1-Sim

2-Não (PASSAR PARA A PERGUNTA 19)

9-NSR (PASSAR PARA A PERGUNTA 19)

17-Quantos envelopes ofereceu?

() () envelopes

18-Durante quanto tempo a criança tomou o soro reidratante oral?

() () dias

19-Usou outros tratamentos para diarreia? (DEPOIS DE CADA ITEM CITADO, PERGUNTE O QUE MAIS E OS CODIFIQUE)

a) Chás 1-Citado 2-Não citado

b) Outros líquidos 1-Citado 2-Não citado

c) Antidiarréicos (Caolim, Imosec, Elixir, etc.) 1-Citado 2-Não citado

d) Antibióticos 1-Citado 2-Não citado

e) Analgésicos 1-Citado 2-Não citado

f) Outros 1-Citado 2-Não citado

(SE FOR CITADO, ESPECIFIQUE OS ITENS b E f)

20-A criança consultou em outro local após a consulta anterior neste posto?

1-Sim

2-Não (PASSAR PARA A PERGUNTA 24)

9-NSR (PASSAR PARA A PERGUNTA 24)

21-Por qual motivo?

22-Foi hospitalizada?

1-Sim

2-Não (PASSAR PARA A PERGUNTA 24)

9-NSR (PASSAR PARA A PERGUNTA 24)

23-Por qual motivo?

IV - ALIMENTAÇÃO

24-A criança está aceitando alimentação?

1-Sim

2-Não

9-NSR

25-Trocou o tipo de leite desde o início da diarreia?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

26-Apareceram outros problemas de doença na criança nestes dias?

1-Sim (QUAIS?):

2-Não

9-NSR

27-Usou algum tratamento para isto?

1-Sim

2-Não

V - EXAME FÍSICO

28-Peso () () () () g 29-Percentil () ()

30-Temperatura axilar () (), () °C

(APÓS O EXAME FÍSICO CODIFIQUE)

31-Impressão diagnóstica

Desidratada? 1-Não

2-Leve

3-Moderada

4-Grave

VI - DIAGNÓSTICO

32-Principal

1-Curado

2-Diarreia aguda

3-Diarreia crônica

9-Não conseguiu especificar

33-Outros diagnósticos

1-

2-

3-

CONDUTA

a-Curou

b-Melhorou

c-Não melhorou

- 1) Observar mais 3 a 4 dias com SRO (se não apresentar sinais de desidratação grave)
- 2) Se apresentar sinais de desidratação, encaminhar
- 3) Se febre continuada, com fezes sanguinolentas e sem evidência de infecção associada à diarreia, pensar em antibioticoterapia ou quimioterapia (Sulfametoxazol + Trimetropim: não usar em criança com menos de 6 meses)
- 4) Reavaliar no 14º dia ou, se necessário, 10º dia da doença.

VII - CONDUTA RECEITADA

	Sim	Não
34-Educação para prevenir	1	2
35-Observação com sais mais		
3 a 4 dias	1	2
36-Encaminhado para hospitalização	1	2
37-Antibioticoterapia	1	2

(QUAL?):

Reconsulta marcada (14º dia ou, se necessário, antes)

(QUANDO?): / /

OBSERVAÇÕES:

PROTOCOLO 3

14º dia da doença

FICHA Nº

CÓDIGO

NOME DO ENTREVISTADOR:

DATA:

I - IDENTIFICAÇÃO PRÉVIA

1-Nome do paciente

2-Número do prontuário

3-Endereço

4-Ponto de referência

5-Data da última consulta: () () / () () / () ()

II - IDENTIFICAÇÃO

6-Nome do entrevistado

7-É a mesma pessoa da primeira entrevista?

1-Sim

2-Não

8-A Senhora é a mãe da criança?

1-Sim (PASSAR PARA A PERGUNTA 10)

2-Não

9-Qual a sua relação com a criança?

10-Mudou de endereço?

1-Sim (INDIQUE NOVAS INFORMAÇÕES ACIMA)

2-Não

III - DIARRÉIA

11-(PREENCHA O DIAGNÓSTICO DA SEGUNDA ENTREVISTA)

1-Curado

2-Outro (PASSE PARA A PERGUNTA 13)

12-Ocorreu alguma vez cocô mole após a última entrevista?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 24)

13-Quando teve cocô mole? (DESCREVA ABAIXO COM AS DATAS A CRONOLOGIA DA DIARRÉIA EM RELAÇÃO AO TÉRMINO, REINÍCIO OU CONTINUAÇÃO)

() () / () () / () ()

(SE O EPISÓDIO INICIAL DE DIARRÉIA SÓ PAROU APÓS A ÚLTIMA ENTREVISTA, CODIFIQUE A DATA DO TÉRMINO DA DIARRÉIA)

- 14-Como está o cocô nas últimas vezes? (CODIFIQUE O MAIS PRÓXIMO DO CONCEITO DE DIARRÉIA)
- 1-Líquido
 - 2-Semilíquido
 - 3-Pastoso
 - 4-Consistência normal
 - 9-NSR
- 15-Como passou a criança em relação à diarreia? (NÃO CODIFICADA PARA TABULAÇÃO)
- 1-Curou (PASSE PARA A PERGUNTA 19)
 - 2-Melhorou
 - 3-Não mudou
 - 4-Piorou
 - 9-NSR
- 16-O cocô tem (LEIA TODOS OS ITENS)
- a) Catarro 1-Sim 2-Não 9-NSR
 - b) Sangue 1-Sim 2-Não 9-NSR
- 17-Quantas vezes fez cocô nas últimas 24 horas?
() () vezes
- 18-A criança nas últimas 24 horas tem apresentado
- a) Febre 1-Sim 2-Não 9-NSR
 - b) Dor de barriga e/ou cólica 1-Sim 2-Não 9-NSR
 - c) Vômitos 1-Sim 2-Não 9-NSR
 - d) Outros sintomas 1-Sim 2-Não 9-NSR
- (SE SIM, ESPECIFICAR):
- 19-Ainda usa algum tratamento para diarreia?
(DEPOIS DE CADA ITEM CITADO ESPONTANEAMENTE, PERGUNTE O QUE MAIS E OS CODIFIQUE)
- a) SRO 1-Citado 2-Não citado
 - b) Chás 1-Citado 2-Não citado
 - c) Outros líquidos 1-Citado 2-Não citado
- (SE SIM, ESPECIFICAR):
- d) Antidiarréicos (Caolim, Imosec, Lomotil) 1-Citado 2-Não citado
 - e) Antibióticos 1-Citado 2-Não citado
- (SE SIM, ESPECIFICAR):
- f) Analgésicos 1-Citado 2-Não citado
- 20-A criança consultou em outro local após a última entrevista?
(DIGA A DATA DA ÚLTIMA CONSULTA):
- 1-Sim
 - 2-Consultou no posto fora do Protocolo (ANEXE ACHADOS, DIAGNÓSTICOS E CONDUTA)
 - 3-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 24)
 - 9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 24)
- 21-Por qual motivo?

22-Foi hospitalizada?

1-Sim (QUAL O HOSPITAL?):

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 24)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 24)

23-Por qual motivo?

IV - ALIMENTAÇÃO

24-A criança está aceitando alimentação?

1-Sim

2-Não

9-NSR

25-Trocou o tipo de leite desde a última consulta?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

26-Apareceram outros problemas de doença na criança nestes dias?

1-Sim (QUAIS?):

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 28)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 28)

27-Usou algum tratamento para isto?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

V - EXAME FÍSICO

28-Peso () () () () g 29-Percentil () ()

30-Temperatura axilar () (), () °C

(APÓS EXAME FÍSICO CODIFIQUE)

31-Impressão diagnóstica

Desidratada? 1-Não

3-Moderada

2-Leve

4-Grave

32-Impressão diagnóstica do exame físico

1-

2-

3-

VI - DIAGNÓSTICO

33-Principal

1-Curado

4-Diarréia crônica

2-Diarréia aguda

5-Não conseguiu especificar

3-Diarréia prolongada

34-Outros diagnósticos

- 1-
- 2-
- 3-

CONDUTA

a-CURA - educação para prevenir a diarreia

b-REINICIOU - veja Protocolo 1 e 2

c-CONTINUOU

- 1) Observar se está desidratada leve a moderada - SRO
- 2) Prescrever Metronidazol 30mg/kg de peso/dia, durante 7 dias, se EPF ⊕
- 3) Retirar o leite de vaca ou pó e derivados; prescrever o leite de frango, cuja fórmula é:
 - 200g de peito de frango
 - 2 colheres de sopa de arroz
 - 2 colheres de sopa de gordura de coco ou óleo de milho
 - 1 litro de água
 - 1 pacote de Dextrosol
 - (Em forma de mamadeira; se for papinha, substituir o Dextrosol por uma pitada de sal)
- 4) Solicitar exame, se necessário clinicamente (por exemplo, se descorada, desnutrida, etc.): hemograma, EPF, EQU, Urocultura e, se necessário, outros
- 5) Se infecção bacteriana associada, tratar com antibioticoterapia

VII — CONDUTA RECEITADA

	Sim	Não
35-Educação para prevenir	1	2
36-Observação com SRO	1	2
37-Encaminhada para hospitalização ou outro serviço especializado	1	2
(ESPECIFIQUE):		
38-Antibioticoterapia	1	2
39-Metronidazol	1	2
40-Leite de frango	1	2
41-Exames complementares	1	2
(ESPECIFIQUE):		
42-Outra	1	2
Reconsulta marcada (26º dia ou, se necessário, antes)		
(QUANDO?) / /		

PROTOCOLO 4

26º dia da doença

FICHA Nº

CÓDIGO

NOME DO ENTREVISTADOR:

DATA:

I - IDENTIFICAÇÃO PRÉVIA

- 1-Nome do paciente
- 2-Número do prontuário
- 3-Endereço
- 4-Ponto de referência
- 5-Data da última consulta

II - IDENTIFICAÇÃO

- 6-Nome do entrevistado
- 7-É a mesma pessoa da primeira entrevista?
 - 1-Sim
 - 2-Não
- 8-A Senhora é a mãe da criança?
 - 1-Sim (PASSAR PARA A PERGUNTA 9)
 - 2-Não
- 9-Qual sua relação com a criança?
- 10-Mudou seu endereço?
 - 1-Sim (INDICAR NOVO ENDEREÇO ACIMA)
 - 2-Não

III - DIARRÉIA

- 11-Preencha o diagnóstico e conduta da terceira entrevista
 - a) Curado 1-Sim 2-Não (PASSAR PERGUNTA 12)
 - b) Metronidazol receitado 1-Sim 2-Não
 - c) Leite de frango receitado 1-Sim 2-Não
 - 12-Ocorreu alguma vez cocô mole após a última entrevista?
 - 1-Sim
 - 2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 29)
- (SE RESPOSTA 11b FOR 2, PASSE PARA A PERGUNTA 15)
- 13-Fez uso de Metronidazol?
 - 1-Sim
 - 2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 15)
 - 9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 15)

14-Como usou?

() () vezes/dia, durante () () dias

CODIFIQUE A RESPOSTA EM:

1-Usou adequado completo (mais ou menos 400mg/dia - 7 dias)

2-Usou adequado incompleto (em tratamento menos que 7 dias)

3-Usou inadequado (menos que 80% do tratamento)

9-NSR

(SE A RESPOSTA 11c FOR 2, PASSE PARA A PERGUNTA 18)

15-Usou leite de frango?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 17)

16-Permanece usando leite de frango?

1-Sim

2-Não

17-Tem tido (ou teve) dificuldade em relação ao leite de frango?

a) Preparo 1-Sim 2-Não 9-NSR

b) Custo 1-Sim 2-Não 9-NSR

c) Criança não aceita 1-Sim 2-Não 9-NSR

d) Outro motivo 1-Sim 2-Não 9-NSR

(ESPECIFIQUE):

18-Quando teve cocô mole? (DESCREVA ABAIXO COM DATAS A CRONOLOGIA DA DIARRÉIA EM RELAÇÃO AO TÉRMINO, REINÍCIO OU CONTINUAÇÃO)

(SE O EPISÓDIO INICIAL DE DIARRÉIA SÓ PASSOU APÓS A ÚLTIMA ENTREVISTA, CODIFIQUE A DATA DO TÉRMINO DA DIARRÉIA)

19-Como estava o cocô nas últimas vezes? (CODIFIQUE O MAIS PRÓXIMO POSSÍVEL DO CONCEITO DE DIARRÉIA)

1-Líquido

2-Semilíquido

3-Pastoso

4-Consistência normal

9-NSR

20-Como passou a criança em relação à diarreia? (NÃO CODIFICADA PARA

1-Curou (PASSE PARA A PERGUNTA 24) TABULAÇÃO)

2-Melhorou 4-Piorou

3-Não mudou 9-NSR

21-O cocô tem (LEIA TODOS OS ITENS)

a) Catarro 1-Sim 2-Não 9-NSR

b) Sangue 1-Sim 2-Não 9-NSR

22-Quantas vezes fez cocô nas últimas 24 horas?

() () vezes

23-A criança nas últimas 24 horas tem apresentado (LER TODAS AS OPÇÕES)

- | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| a) Febre | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| b) Dor de barriga e/ou cólica | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| c) Vômitos | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| d) Outros sintomas | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |

(SE SIM, ESPECIFIQUE):

24-Ainda usa algum tratamento para a diarreia? (DEPOIS DE CADA ITEM CITADO ESPONTANEAMENTE, CODIFIQUE-O E PERGUNTE O QUE MAIS)

- | | | |
|--------------------|----------|--------------|
| a) SRO | 1-Citado | 2-Não citado |
| b) Chás | 1-Citado | 2-Não citado |
| c) Outros líquidos | 1-Citado | 2-Não citado |

(QUAL?):

- | | | |
|------------------------------------------|----------|--------------|
| d) Antidiarréicos (Caolim, Imosec, etc.) | 1-Citado | 2-Não citado |
| e) Antibióticos | 1-Citado | 2-Não citado |

(QUAL?):

- | | | |
|--------------------|----------|--------------|
| f) Analgésicos | 1-Citado | 2-Não citado |
| g) Metronidazol | 1-Citado | 2-Não citado |
| h) Leite de frango | 1-Citado | 2-Não citado |
| i) Outros | 1-Citado | 2-Não citado |

(ESPECIFIQUE):

25-A criança consultou em outro local após a última entrevista?

(DIGA A DATA DA ÚLTIMA CONSULTA)

1-Sim, em outro local

2-Consultou no posto fora do Protocolo (ANEXE ACHADOS DIAGNÓSTICOS E CONDUTA NO FINAL DESTE PROTOCOLO)

3-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

26-Por qual motivo?

27-Foi hospitalizada?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 29)

28-Por qual motivo?

IV - ALIMENTAÇÃO

29-A criança está aceitando alimentação?

1-Sim

2-Não

9-NSR

30-A criança está usando leite em pó?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

31-Apareceram outros problemas de doença na criança nestes dias?

1-Sim (QUAIS?):

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 33)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 33)

32-Usou algum tratamento para isto?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

V - EXAME FÍSICO

33-Peso () () () () g

34-Percentil () ()

35-Temperatura axilar () () , () °C

(APÓS O EXAME FÍSICO COFIFIQUE)

36-Desidratada?

1-Não

3-Moderada

2-Leve

4-Grave

37-Impressão diagnóstica do exame físico

1-

2-

3-

VI - DIAGNÓSTICO

38-Principal

1-Curado

2-Diarréia aguda

4-Diarréia crônica

3-Diarréia prolongada

9-Não conseguiu especificar

39-Outros diagnósticos

1-

2-

3-

CONDUTA

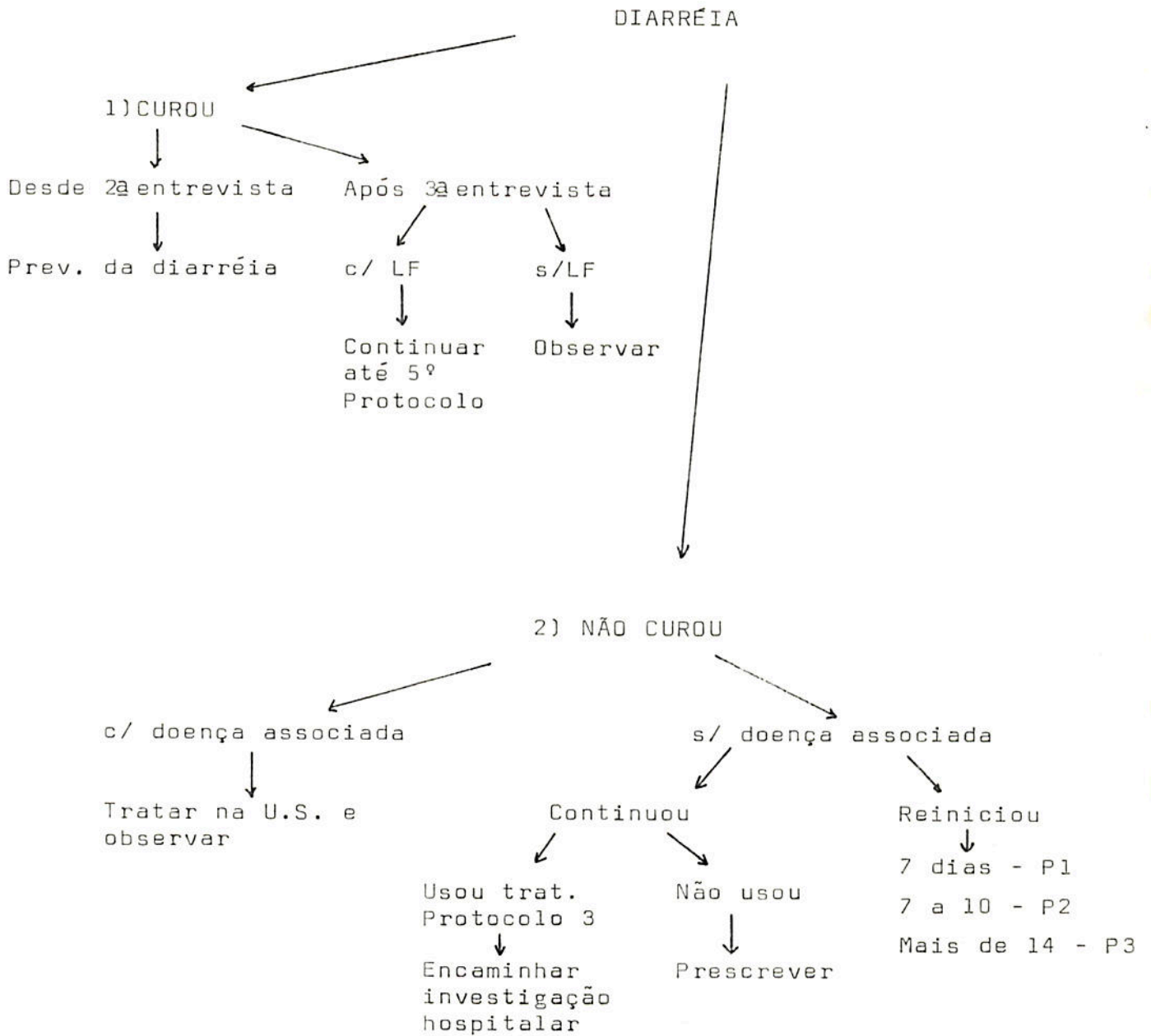
- a- Se curou desde a entrevista 2 - Educação para prevenir
- b- Se curou após o tratamento da entrevista 3 - Continuar com a segunda tomada de Metrodidazol 30mg/dia, 2x ao dia, durante 7 dias e, se não apresentou problemas, continuar com o leite de frango até a próxima entrevista (43 dias, Protocolo 5)
- c- Se melhorou após o tratamento da entrevista 3, mas não seguiu usando o leite de frango e a criança está bem, observe-a até o Protocolo 5 e explique para a mãe que, caso haja alterações, a traga no posto antes (deixe seu nome e horário com a mãe)
- d- Se não curou e existe doença associada, trate a última
- e- Se continuou a diarreia apesar do tratamento realizado no Protocolo 3 e os exames complementares não forem esclarecedores, sem doença associada ou com outra não tratável a nível de ambulatório, encaminhe a criança para investigação hospitalar (deve ser encaminhada com o sumário do quadro e tratamentos já realizados)
- f- Se iniciou diarreia há:
- menos de 7 dias - siga conduta do Protocolo 1
- entre 7 e 10 dias - siga conduta do Protocolo 2
- maior ou igual a 14 dias - siga conduta do Protocolo 3

VII - CONDUTA RECEITADA

	Sim	Não
40-Educação para prevenir	1	2
41-Observar com SRO	1	2
42-Encaminhada para hospitalização ou outro serviço especializado	1	2
43-Antibioticoterapia (SE SIM, QUAL?):	1	2
44-Metronidazol	1	2
45-Leite de frango	1	2
46-Outros (ESPECIFICAR):	1	2
47-Exames complementares	1	2
Reconsulta marcada (43º dia ou, se necessário, antes) (QUANDO?) / /		

OBSERVAÇÕES (registrar os exames, se houver):

DIAGRAMA DA CONDUTA DO 4º PROTOCOLO



PROTÓCOLO 5
43º dia da doença

Semelhante ao Protocolo 4, diferindo apenas na conduta, que segue:

CONDUTA

- a-Se curou desde a entrevista 2 - Educação para prevenir
- b-Se curou e ainda usa leite de frango (há mais de 30 dias),
instrua a mãe para introduzir o leite de vaca lenta e gradualmente,
conforme o caso (observar; se voltar a ter diarreia com uma pequena
quantidade, mantenha só leite de frango até a próxima consulta)
- c-Se curou só com Metronidazol, observe até a próxima consulta
(instrua a mãe para que volte ao posto e o procure, ou a seu
colega, se a diarreia voltar antes do Protocolo 6)
- d-Se reiniciou a diarreia:
 - há menos de 7 dias - siga conduta do Protocolo 1
 - entre 7 e 10 dias - siga conduta do Protocolo 2
 - igual ou mais de 14 dias - siga conduta do Protocolo 3
- e-Se continuou a diarreia, apesar do tratamento realizado para
diarreia crônica, e os exames complementares não esclarecerem
ou o tratamento da doença associada não é possível ou não
alterou o quadro, encaminhe para investigação hospitalar, já
escrevendo o sumário do quadro clínico com os tratamentos
realizados até o momento, solicitando retorno posterior.

PROTOCOLO 6
60º dia da doença

FICHA Nº
CÓDIGO

NOME DO ENTREVISTADOR:

DATA:

I - IDENTIFICAÇÃO PRÉVIA

- 1-Nome do paciente
- 2-Número do prontuário
- 3-Endereço
- 4-Ponto de referência
- 5-Data da última consulta

II - IDENTIFICAÇÃO

- 6-Nome do entrevistado
- 7-É a mesma pessoa da primeira entrevista?
 - 1-Sim
 - 2-Não
- 8-A Senhora é a mãe da criança?
 - 1-Sim (PASSE PARA A PERGUNTA 10)
 - 2-Não
- 9-Qual a sua relação com a criança?
- 10-Mudou seu endereço?
 - 1-Sim (INDICAR NOVO ENDEREÇO ACIMA)
 - 2-Não

III - DIARRÉIA

- 11-(PREENCHA O DIAGNÓSTICO E CONDUTA DA ENTREVISTA 5)
 - a) Curado 1-Sim 2-Não
 - b) Metronidazol receitado 1-Sim 2-Não
 - c) Leite de frango receitado 1-Sim 2-Não
- 12-Ocorreu alguma vez cocô mole após a última entrevista?
 - 1-Sim
 - 2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 35)
- 13-Quando teve cocô mole? (ESCREVA ABAIXO COM DATAS A CRONOLOGIA DA DIARRÉIA EM RELAÇÃO AO TÉRMINO, REINÍCIO OU CONTINUAÇÃO)
(SE O EPISÓDIO INICIAL DE DIARRÉIA SÓ PAROU APÓS A ÚLTIMA ENTREVISTA, CODIFIQUE A DATA DO TÉRMINO DA DIARRÉIA: / /)

(SE RESPOSTA 11b FOR 2, PASSE PARA A PERGUNTA 16)

14-Fez uso de Metronidazol?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 16)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 16)

15-Como usou? (CODIFIQUE A RESPOSTA)

() () vezes/dia, durante () () dias.

1-Uso adequado completo (400mg/dia-7dias; repetiu após 10 dias)

2-Uso adequado incompleto (ainda em tratamento)

3-Uso inadequado (-80% do tratamento)

9-NSR

(SE RESPOSTA DA QUESTÃO 11c FOR 2, PASSE PARA A PERGUNTA 19)

16-Usou leite de frango?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 18)

17-Permanece usando leite de frango?

1-Sim

2-Não

18-Faz mais de 30 dias que usa leite de frango?

1-Sim

2-Não

9-NSR

19-Tentou a reintrodução do leite de vaca?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 22)

20-A criança apresentou diarreia com a reintrodução do leite de vaca?

1-Sim

2-Não

21-Quanto bebe (bebeu) de leite de vaca nas últimas 24 horas?

(CODIFIQUE A INFORMAÇÃO DO ENTREVISTADO EM APROXIMADAMENTE)

() () () ml/dia

22-Tem tido (teve) dificuldades em relação ao leite de frango?

(CODIFIQUE A RESPOSTA)

a) Preparo 1-Sim 2-Não

b) Custo 1-Sim 2-Não

c) Criança não aceita 1-Sim 2-Não

d) Outro motivo 1-Sim 2-Não

(ESPECIFIQUE):

- 23-A criança foi hospitalizada para descobrir por que tinha diarréia? (INVESTIGAR)
- 1-Sim
2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 26)
- 24-Qual foi a conclusão (diagnóstico) na alta?
(ESPECIFIQUE):
- 9-NSR
- 25-Que tratamento foi feito?
(ESPECIFIQUE):
- 9-NSR
- 26-Como está o cocô nas últimas 24 horas?
(CODIFIQUE O MAIS PRÓXIMO DO CONCEITO DE DIARRÉIA)
- 1-Líquido
2-Semilíquido
3-Pastoso
4-Consistência normal
9-NSR
- 27-O cocô tem
- | | | | |
|------------|-------|-------|-------|
| a) Catarro | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| b) Sangue | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
- 28-Quantas vezes fez cocô nas últimas 24 horas?
() () vezes
- 29-A criança nas últimas 24 horas tem apresentado (LER TODAS AS OPÇÕES)
- | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| a) Febre | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| b) Dor de barriga e/ou cólica | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| c) Vômitos | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
| d) Outros sintomas | 1-Sim | 2-Não | 9-NSR |
- (ESPECIFIQUE):
- 30-Ainda usa algum tratamento para a diarréia? (DEPOIS DE CADA ITEM CITADO ESPONTANEAMENTE, CODIFIQUE-O E PERGUNTE O QUE MAIS)
- | | | |
|----------------------------------|----------|--------------|
| a) SRO | 1-Citado | 2-Não citado |
| b) Chás | 1-Citado | 2-Não citado |
| c) Outros líquidos
(QUAL?): | 1-Citado | 2-Não citado |
| d) Antidiarréicos (Imosec, etc.) | 1-Citado | 2-Não citado |
| e) Antibióticos
(QUAL?): | 1-Citado | 2-Não citado |
| f) Analgésicos | 1-Citado | 2-Não citado |
| g) Metronidazol | 1-Citado | 2-Não citado |

- | | | |
|--------------------|----------|--------------|
| h) Leite de frango | 1-Citado | 2-Não citado |
| i) Outros | 1-Citado | 2-Não citado |
- (QUAL?):

31-A criança consultou após a última entrevista?

(DIGA A DATA DA ÚLTIMA CONSULTA)

1-Sim, em outro local

2-No posto fora do protocolo (ANEXE ACHADOS DIAGNÓSTICOS E
CONDUTA NO FINAL DESTE PROTOCOLO)

3-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 35)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 35)

32- Por qual motivo?

33-Foi hospitalizada?

1-Sim

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 35)

9-NSR

34- Por qual motivo?

IV - ALIMENTAÇÃO

35-A criança está aceitando alimentação?

1-Sim

2-Não

9-NSR

36-A criança está usando leite em pó?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

37-Apareceram outros problemas de doença na criança nestes dias?

1-Sim (QUAIS?):

2-Não (PASSE PARA A PERGUNTA 39)

9-NSR (PASSE PARA A PERGUNTA 39)

38-Usou algum tratamento para isto?

1-Sim (ESPECIFIQUE):

2-Não

9-NSR

V - EXAME FÍSICO

39-Peso () () () () g 40-Percentil () ()

41-Temperatura axilar () (), () °C

(APÓS O EXAME FÍSICO, CODIFIQUE)

42-Desidratada?

- 1-Não
- 2-Leve
- 3-Moderada
- 4-Grave

43-Impressão diagnóstica do exame físico

- 1-
- 2-
- 3-

VI - DIAGNÓSTICO

44-Principal

- 1-Curado
- 2-Diarréia aguda
- 3-Diarréia prolongada
- 4-Diarréia crônica
- 9-NSR

45-Outros diagnósticos

- 1-
- 2-
- 3-

CONDUTA

a-Se curou desde a entrevista 2 - Educação para prevenir

b-Se curou e ainda usa leite de frango (há mais de 30 dias), instrua a mãe para continuar reintroduzindo o leite de vaca gradativamente, até a substituição total

c-Se melhorou, mas ao reintroduzir o leite de vaca voltou a ter diarreia, mantenha só o leite de frango e reconsulte em 10 dias (verifique se a quantidade de leite a ser reintroduzido não foi grande e tente readequá-la à criança)

d-Se reiniciou a diarreia:

- há menos de 7 dias - siga conduta do Protocolo 1
- entre 7 e 10 dias - siga conduta do Protocolo 2
- igual ou mais de 14 dias - siga conduta do Protocolo 3

e-Se continuou a diarreia, apesar do tratamento realizado para diarreia crônica, e os exames complementares não esclarecerem ou o tratamento da doença associada não é possível ou não alterou o quadro, encaminhe para investigação hospitalar, escrevendo o sumário do quadro clínico com os tratamentos já realizados e

VII - CONDUITA RECEITADA

	Sim	Não
46-Educação para prevenir	1	2
47-Observação com SRO	1	2
48-Encaminhamento para hospitalização ou outro serviço especializado	1	2
(ESPECIFIQUE):		
49-Antibioticoterapia	1	2
(QUAL?):		
50-Metronidazol	1	2
51-Leite de frango	1	2
52-Exames complementares	1	2
(QUAIS?):		
53-Outros	1	2
(ESPECIFIQUE):		

Marcar reconsulta, se necessário

OBSERVAÇÕES (registre os exames, se houver):

ABSTRACT

The main purpose of this study was to observe the evolution of diarrheic disease, detect the incidence of chronic diarrhea, and identify some of the factors related to the protection against or worsening of the disease.

For this purpose the methodology of the uncontrolled study of a cohort was employed.

All cases of diarrhea which came to the out patient clinic for primary care in a low income area, on the outskirts of Porto Alegre during the period of one year (from January 1987 to January 1988) were followed up for two months.

The data collection instrument was made up of six protocols including data which would help grasp the natural history of the disease and some factors which were or not related such as: age, birth weight, breast-feeding, degree of nutrition, family income, level of education of the persons responsible for the child, and length of stay with the mother.

It was concluded that the population studied presented a high rate of chronicity (43%) and the prognostic factors mentioned above did not show any association to this fact.

New studies are suggested, with the appropriate corrections, for other populations in this region, considering the importance of this disease, especially in the Third World. Its implications are still subject to speculation, and its prevention depends on the association of efforts amongst planners, scientists, medical doctors, educators and the population at large, to become feasible in developing countries.