



ARTIGO ORIGINAL

Concepções maternas sobre a diarreia infantil*Maternal conceptions of infantile diarrhea*Katia V. de O. Feliciano¹, Maria Helena Kovacs²**Resumo**

Objetivo: conhecer as concepções maternas sobre a diarreia infantil, estimulando a reflexão sobre a importância da comunicação entre as mães e os serviços de saúde.

Métodos: inquérito realizado em áreas selecionadas, localizadas em seis municípios de Pernambuco, participantes do projeto de implementação das ações de controle da diarreia, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. As informações foram obtidas através de entrevistas com 770 mães, perfazendo uma amostra representativa de 1.026 crianças menores de cinco anos.

Resultados: as mães, em geral, relacionam a ocorrência da diarreia com os alimentos (gordurosos, mal cozidos). Aquelas com maior escolaridade, independentemente do local de residência, valorizam as condições higiênicas e sanitárias; as analfabetas e com menor escolaridade, na Região Metropolitana do Recife, as condições “quentes” e, no interior, a dentição. Cerca de 24,2% (63,4% residentes no interior) não sabem como evitar a doença. As duas medidas preventivas mais citadas são ingerir água tratada e cozinhar bem os alimentos, apenas 0,5% mencionam a amamentação. O número de filhos vivos e a idade da criança influenciam as concepções maternas. As principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia são a rede de apoio (45,5%), o setor saúde (35,9%) e os meios de comunicação (33,2%).

Conclusões: a pequena participação do setor saúde na rede de informação sobre a diarreia, a desinformação e o profundo desacordo entre muitas das concepções maternas e os conhecimentos técnicos que fundamentam as práticas institucionais evidenciam que, na atenção à criança, é fundamental valorizar a dimensão comunicativa do trabalho educativo.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (6): 487-95: diarreia infantil; conhecimentos, atitudes e prática; cuidados da criança.

Introdução

As idéias sobre a diarreia, decorrentes de experiências, conhecimentos e distintas “visões de mundo”, propiciam o surgimento de interpretações e respostas diferenciadas para

Abstract

Objective: to understand maternal conceptions of infantile diarrhea, encouraging reflection on the importance of communication between mothers and health services.

Methods: survey carried out in selected areas of six towns in the state of Pernambuco, all of which participated in the diarrhea control project coordinated by the State Health Secretariat. The information was obtained through interviews with 770 mothers, producing a representative sample of 1,026 children younger than five years.

Results: in general, mothers associated the occurrence of diarrhea with some kinds of food (fatty or undercooked). Better educated mothers, regardless of their place of residence, attributed it to improper hygiene and sanitation, whereas illiterate and poorly educated mothers, from the metropolitan region of Recife, blamed it on hot weather, and those living in the countryside believe the occurrence of diarrhea is related to teething. Circa 24.2% (63.4% living in the countryside) do not know how to prevent the disease. The two preventive measures most frequently adopted consist in drinking treated water and cooking food thoroughly. Only 0.5% mentioned breast-feeding. The number of children still alive and their ages influence maternal conceptions. The main sources of information about the prevention of diarrhea are the support network (45.5%), the health sector (35.9%) and the media (33.2%).

Conclusions: the insufficient participation of the health sector in the information network about diarrhea, misinformation, and sharp disagreement over maternal conceptions and technical knowledge, which are the cornerstone of institutional measures, show that it is necessary to value the communicative dimension of the educational approach in child care.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (6): 487-95: infantile diarrhea; knowledge, attitudes, practice; child care.

a doença. O reconhecimento e a valorização dos episódios e as decisões relativas à prevenção e ao tratamento refletem – na teia relacional em que mães, redes informais e trabalhadores de saúde estão inseridos – as diferentes maneiras de compreender e atuar sobre o problema. Portanto, não existe uma perspectiva única para a formulação de juízos acerca de necessidades de saúde, esses juízos estão em contínua transformação e são dependentes dos sujeitos que os expressam¹.

1. Mestra em Epidemiologia, Faculdade de Ciências Médicas/UPE.

2. Mestra em Medicina Preventiva, Profª Adjunta do Depto. de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas/UPE.

Trabalho financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Artigo submetido em 30.05.00, aceito em 11.07.01.

Pesquisas epidemiológicas relatam que crenças, atitudes e práticas de saúde modificam a frequência e a evolução dos casos de diarreia²⁻⁵. Estudos etnográficos realizados nos países latino-americanos⁶⁻¹⁰ e em outros continentes^{11,12} mostram as noções práticas reveladas nas explicações sobre as causas de diarreia, as características das manifestações, as conseqüências da doença e as escalas de gravidade que fundamentam as opções por condutas terapêuticas. Numa realidade vista por ângulos diversos, por vezes contraditórios, são muitas as questões polêmicas que emergem do confronto entre as concepções técnicas e práticas sobre a doença.

Em distintas culturas, os alimentos mal cozidos, as comidas gordurosas, a baixa qualidade do leite materno, a dentição, a falta de higiene, as precárias condições sanitárias e o desequilíbrio entre quente e frio são mencionados como causa de diarreia^{6,11,13}. No Nordeste do Brasil, a doença é considerada, também, como um sintoma do *mau-olhado*, do susto e do *encosto* – posseção pelos maus espíritos⁷. As mães, em função desses modelos explicativos, recorrem aos recursos tradicionais e técnicos disponíveis. Assim, na diarreia atribuída ao *mau-olhado* e ao *encosto*, é habitual se valerem dos curandeiros. Os episódios associados à dentição – percebidos como “normais” no desenvolvimento infantil – não representam motivo de preocupação¹².

Certamente, as idéias maternas sobre a diarreia guardam íntima relação com a frequência dos episódios e, nos casos de origem infecciosa, com a intensidade da transmissão. Além disso, grande parte das complicações, das seqüelas e da letalidade provocadas pela doença podem ser conseqüência de práticas comuns no seu tratamento, como suspensão da dieta habitual, deficiências na oferta de soro reidratante oral e no aumento da ingestão de outros líquidos e utilização de medicamentos sem orientação profissional.

A redução da vulnerabilidade infantil à diarreia pressupõe a busca de maior compreensão sobre as práticas mais valorizadas pelas mães, e seu ambiente social. Dessa perspectiva, destaca-se a dimensão comunicativa do trabalho educativo, orientando para privilegiar a escuta e a conversa com as mães, através do incremento das atividades grupais e da transformação da assistência individual, inclusive a consulta médica, num momento para esclarecer dúvidas e criar juízos sobre a saúde e as doenças mais comuns¹⁴. Essa abordagem permitiria maior participação do setor saúde nas decisões maternas sobre a doença.

Avaliações do manejo da diarreia, realizadas em Pernambuco¹⁵ e no Nordeste do Brasil^{16,17}, demonstraram que, nos serviços de saúde, é esporádica a difusão de informações sobre a doença. A prática educativa – semelhante à realizada pelos agentes comunitários – minimiza o intercâmbio de experiências e concepções. Em serviços que estavam implementando as ações de controle da diarreia, apenas 66,0% das mães de crianças menores de cinco anos que aguardavam consulta dispunham de pelo menos uma informação correta sobre essa enfermidade, em geral, sobre

a higiene pessoal. À saída, metade das mães de crianças com diarreia desconhecia os sinais de desidratação¹⁸.

Num contexto de grande omissão frente ao trabalho educativo, este artigo pretende traçar o perfil das concepções maternas sobre a ocorrência e prevenção da diarreia infantil e, a partir dos resultados alcançados, refletir sobre alguns aspectos relativos à comunicação entre mães e trabalhadores de saúde. É fundamental considerar esta aproximação como preliminar a uma realidade de caráter complexo, que merece estudos mais detalhados.

Métodos

Inquérito populacional realizado para caracterizar conhecimentos e práticas maternas relativos à diarreia em seis municípios de Pernambuco que, coordenados pela Secretaria Estadual de Saúde, implementaram ações de controle da doença¹⁹. Esses municípios apresentam diferenças no acesso a serviços de saúde, na mortalidade infantil e por diarreia²⁰. Cada um deles estabeleceu seus próprios critérios para selecionar as áreas de intervenção, como condições sanitárias inadequadas e alta prevalência de diarreia no interior – Agrestina, Brejo da Madre de Deus e Araripina -, acrescidas das características organizacionais dos serviços de saúde na Região Metropolitana (RMR) – Recife, Camaragibe e Olinda.

O trabalho de campo foi feito entre 26 de fevereiro e 02 de abril de 1996, em amostra representativa de 1.026 crianças menores de cinco anos, residentes nas áreas selecionadas para intervenção. Estas foram divididas em dois estratos, RMR e interior. Para cada estrato, o tamanho da amostra foi calculado com $\alpha=95\%$, erro de 5% e expectativa de 90% de participação. Um fator de correção, com valor igual a dois, foi adotado para corrigir o fato da amostra não ser aleatória simples, mas de conglomerados²¹. Os cálculos amostrais dos domicílios do interior e da RMR foram realizados de forma independente. Dentro de cada estrato, o tamanho da amostra das distintas áreas foi calculado proporcionalmente ao tamanho destas.

A amostragem por estágios múltiplos teve duas etapas. Na primeira, a partir de uma listagem, os setores censitários foram sorteados usando tabela de números casuais. Na segunda etapa, foi sorteado, em cada setor, o quarteirão e, em seguida, a esquina, a partir da qual, andando para a esquerda de quem está de frente para o domicílio, foram sendo visitadas todas as casas até completar um total de oito com crianças menores de cinco anos. Quando, após visitar todas as casas do quarteirão, não se completavam os oito domicílios, atravessava-se a rua e completava-se o número previsto obedecendo ao mesmo critério.

Na aplicação do questionário, se no domicílio morava mais de uma mãe com criança desse grupo de idade, apenas uma era entrevistada. A primeira opção foi entrevistar aquela cuja criança apresentava diarreia no dia da entrevista ou a havia apresentado nos últimos quinze dias. A

segunda, entrevistar aquela com criança mais nova. Participaram do estudo 770 mães. A diarreia foi definida como o aumento do número habitual de evacuações, com diminuição de consistência das fezes, podendo ocorrer alterações no odor e presença de muco ou de sangue.

Os dados foram coletados com formulário padronizado, incluindo questões abertas e semi-abertas, cujas respostas foram anotadas conforme formuladas. Obtiveram-se informações sobre características sociodemográficas da mãe, conhecimentos maternos sobre a diarreia e utilização de serviços de saúde pela criança. Da equipe de campo, participaram uma supervisora (assistente social) e vinte entrevistadores (agentes comunitários de saúde), treinados para compreender o papel do investigador de campo, a situação da entrevista e o significado das questões.

Após revisão e organização das informações, analisaram-se as relações entre os conhecimentos maternos sobre causas e prevenção da diarreia e a utilização de serviços de saúde pela criança, a idade da criança, o número de filhos vivos, a escolaridade e as fontes de informação sobre a doença. Na comparação das amostras de mães, segundo a residência, a significância da associação foi avaliada pelo Qui-quadrado. O Qui-quadrado de tendência identificou a influência da escolaridade na disponibilidade de conhecimento. Conduziram-se as discussões no sentido de estimular a reflexão sobre a importância da comunicação entre mães e serviços de saúde.

Resultados

A distribuição etária das mães está concentrada entre 20 e 34 anos, apresentando medianas de idade similares na RMR (26 anos) e no interior (27 anos). Acerca da educação formal, na RMR, com mediana de escolaridade igual a 7 anos, 38,8% das alfabetizadas concluíram, no mínimo, a 8ª série. No interior, com mediana de escolaridade igual a 3 anos, uma proporção 3,5 vezes maior das mães nunca estudou, e 57,3% das alfabetizadas cursaram, no máximo, até a 4ª série. É mais comum, na RMR, a mãe que tem um único filho vivo e, no interior, três ou mais (Tabela 1).

O conhecimento das causas de diarreia infantil, mencionado por 96,2% das mães (98,8% na RMR e 93,2% no interior), não é influenciado pela ausência de contato prévio da criança com serviço de saúde, porém está relacionado à intenção com que os serviços são procurados. A desinformação sobre as causas da doença é cinco vezes maior entre mães cujos filhos demandam, exclusivamente, quando enfermam (9,1%), no tocante às demais (1,8%).

A escolaridade materna, independentemente da residência, não modifica a disponibilidade de conhecimento acerca das causas de diarreia (χ^2 de tendência = 2,649; p= 0,104). Todavia, a frequência na menção destas varia conforme a residência e educação formal. A diarreia é mais associada, na RMR, à comida mal cozida, à água contaminada e à comida gordurosa (5 ou mais anos de escolarida-

Tabela 1 - Algumas características sociodemográficas da mãe, segundo o local de residência, Pernambuco, 1996

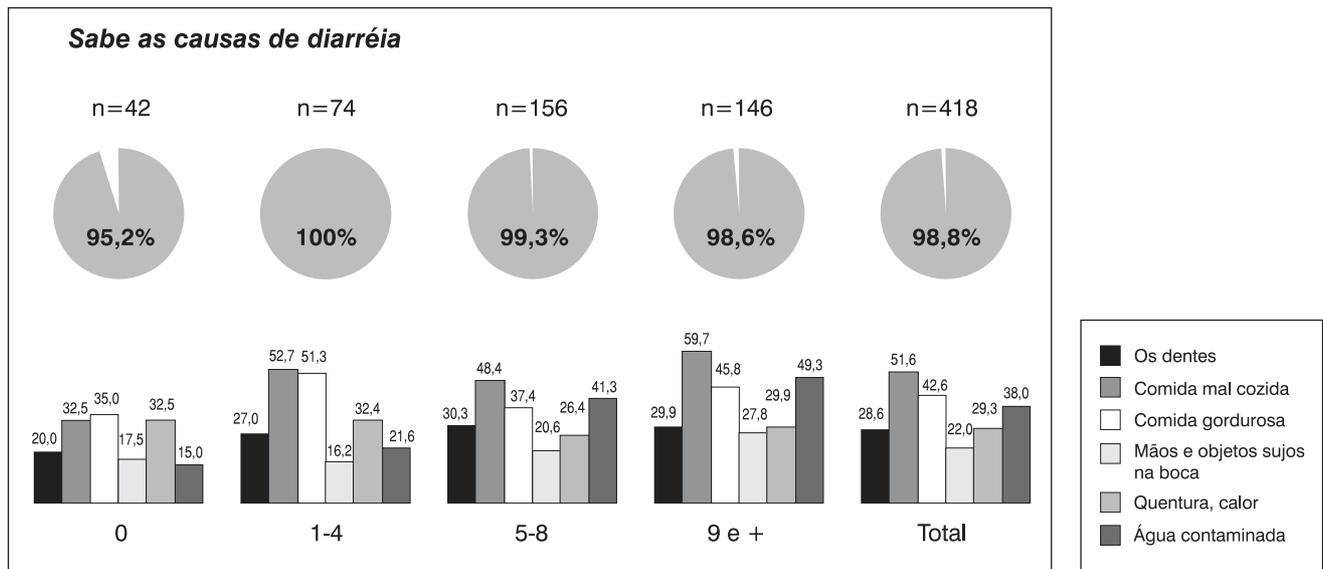
Características sociodemográficas	Região Metropolitana (n = 418)		Interior (n = 352)		Total (n = 770)	
	n	%	n	%	n	%
	Idade (anos)					
15 - 19	33	7,9	26	7,4	59	7,7
20 - 34	306	73,2	250	71,0	556	72,2
35 e +	79	18,9	76	21,6	155	20,1
Escolaridade (anos)						
0	42	10,0	125	35,5	167	21,7
1 - 4	74	17,7	130	36,9	204	26,5
5 - 8	156	37,4	57	16,2	213	27,7
9 e +	146	34,9	40	11,4	186	24,1
Nº de filhos vivos						
1	177	42,4	96	27,3	273	35,5
2	135	32,4	88	25,0	223	29,0
3 e +	105	25,2	168	47,7	273	35,5

de); à comida mal cozida, à comida gordurosa e à queimadura/calor (analfabetas e com 1 a 4 anos de escolaridade). No interior, à água contaminada, à dentição e à comida mal cozida (maior escolaridade); à dentição, à comida mal cozida e à água contaminada (analfabetas e com menor escolaridade) (Figura 1).

As concepções que vinculam os alimentos ao aparecimento da diarreia, amplamente difundidas, estão presentes numa proporção 2,3 vezes maior na RMR. A importância conferida à comida mal cozida é generalizada, enquanto a comida gordurosa é considerada importante, sobretudo, na RMR. A dentição é 1,8 vezes mais citada no interior, principalmente entre mães analfabetas e com até 4 anos de escolaridade, sendo mais referida, na RMR, por aquelas que estudaram 5 ou mais anos. Apenas uma mãe menciona o desmame precoce, e duas, a falta de água no domicílio e o mau-olhado como causas de diarreia.

Aproximadamente 24,2% das mães pesquisadas (63,4% do interior) desconhecem a prevenção da diarreia – destas, 90,9% opinam sobre sua ocorrência. A ausência ou presença desse conhecimento determina padrão diferente de valorização das causas. Independentemente da residência, mães que ignoram as medidas preventivas – em geral, analfabetas e com até 4 anos de escolaridade – subestimam a possibilidade de infecção e/ou infestação devido às condições higiênicas e sanitárias. E, particularmente no interior, dão ênfase à dentição (Figura 2). A desinformação acerca da prevenção é maior entre mães cujos filhos são levados aos serviços de saúde apenas quando adoecem (23,2% na RMR e 40,6% no interior) em relação às demais (14,9% e 28,8%).

A - Região Metropolitana



B - Interior

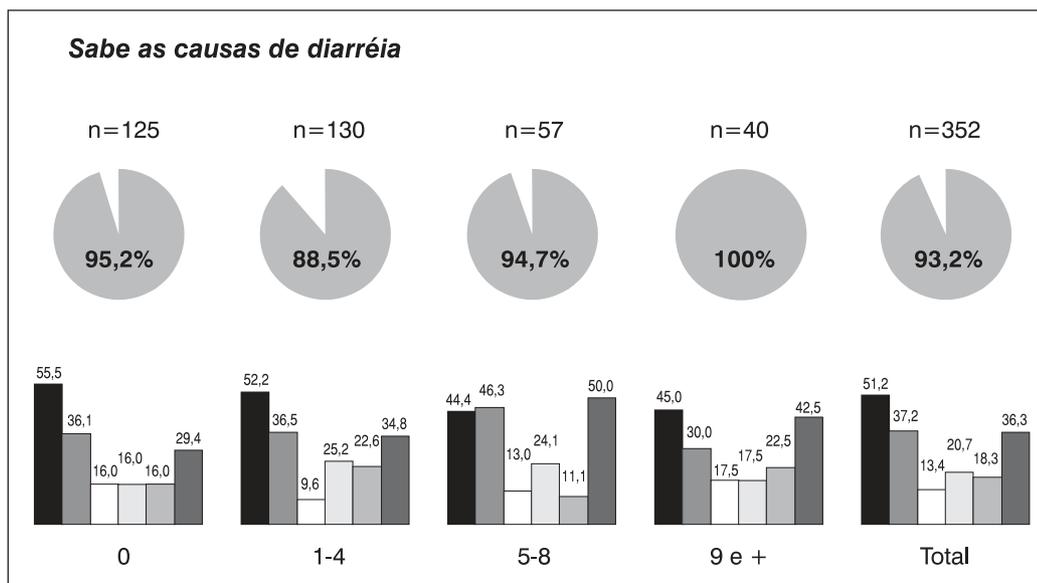


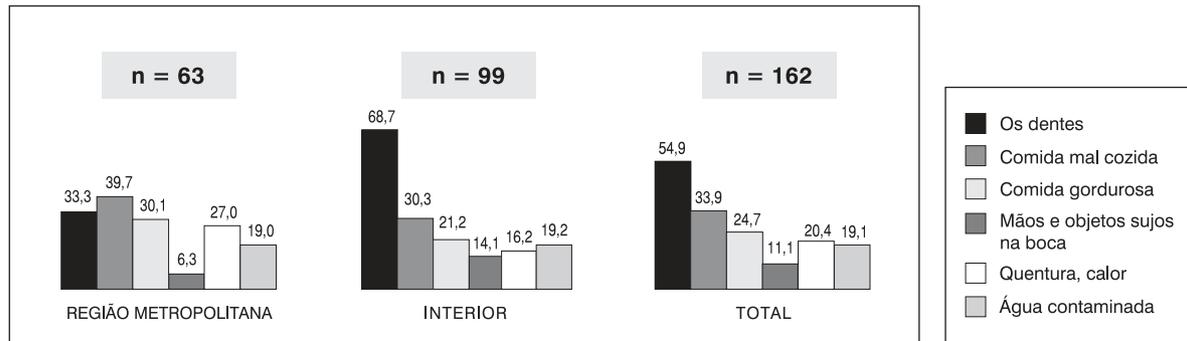
Figura 1 - Concepções maternas sobre as causas da diarreia, segundo a escolaridade e o local de residência, Pernambuco, 1996

O acesso à informação sobre a prevenção da diarreia é superior na RMR (83,7%) em comparação com o interior (66,5%), e entre aquelas com maior escolaridade (χ^2 de tendência = 31,865; $p = 0,000$). As medidas mais citadas são, independentemente da residência, ingestão de água tratada e cozinhar bem os alimentos. Ambas, na RMR, relacionam-se com a maior escolaridade materna. As medidas de caráter higiênico são comuns entre mães que estudaram 5 ou mais anos. A restrição à comida gordurosa é 3,3 vezes maior na RMR (41,3%) do que no interior (12,6%),

onde prevalece entre aquelas analfabetas e com até 4 anos de escolaridade (Figura 3). Apenas 0,5% das mães referem o aleitamento materno como medida protetora.

Na RMR, o cozimento da comida é menos valorizado, quando o único filho é menor de um ano (30,6%), em relação aos demais (54,4%). Independentemente do número de filhos, cozinhar bem os alimentos (46,9%) e lavar alimentos e utensílios (40,2%) é uma preocupação maior quando as crianças têm 1 a 4 anos. Lavar as mãos e cortar as unhas (34,0%) são mais citados pelas mães com filhos

A - Não sabe evitar a diarreia



B - Sabe evitar a diarreia

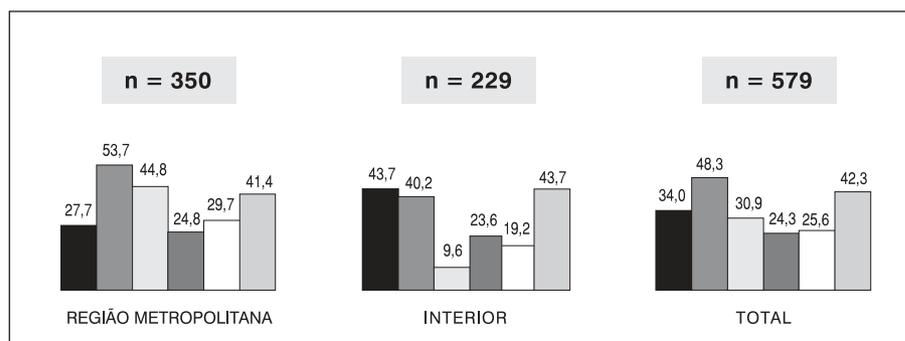


Figura 2 - Concepções maternas sobre as causas da diarreia infantil, segundo o conhecimento das medidas de prevenção e o local de residência, Pernambuco, 1996

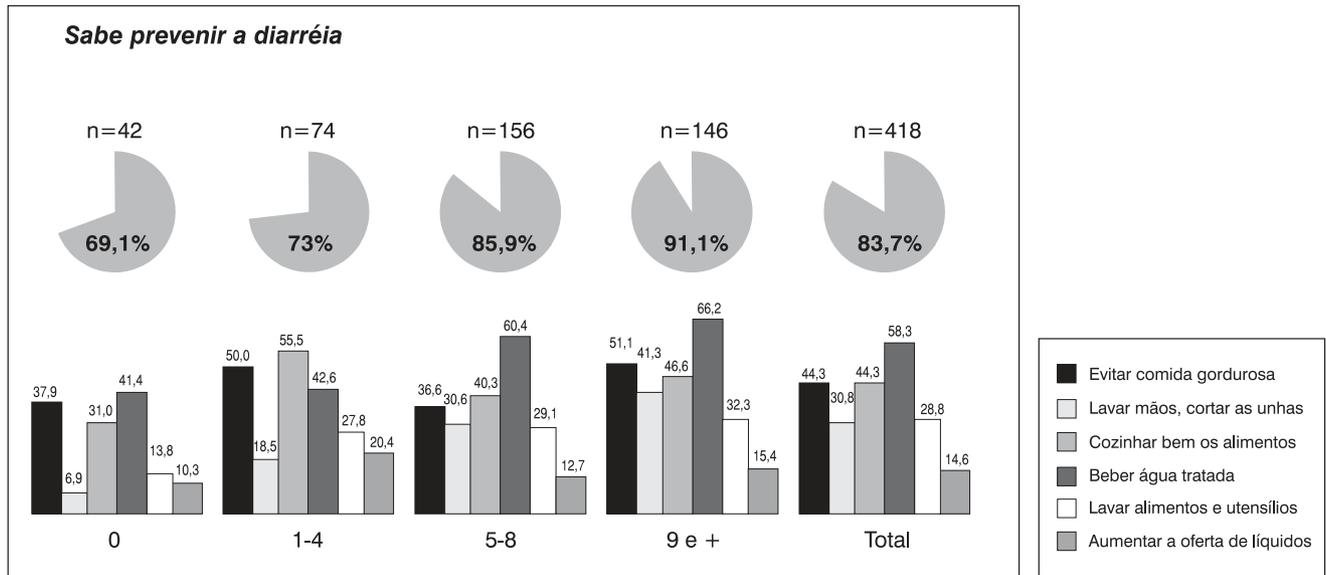
menores de um ano. No interior, colocar mãos e objetos sujos na boca (4,9%) e ingerir comida gordurosa (4,9%) despertam pouco cuidado quando o único filho é menor de um ano, em comparação aos restantes (23,0% e 14,3%). Independentemente da idade, lavar alimentos e utensílios é mais importante quando o filho é único (47,5%), no tocante aos outros (33,5%).

As principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia são, na RMR, familiares, médicos e televisão. No interior, amigos e vizinhos, familiares, televisão e médicos. A experiência pessoal tem maior peso na RMR, estando o rádio e agentes comunitários de saúde mais presentes no interior (Tabela 2). Na RMR, 32,0% das mães mencionam a rede social (48,3% das analfabetas e 30,5% das alfabetizadas) – constituída basicamente de familiares – e o setor saúde (27,6% e 14,9%) – especialmente, os médicos – como a única origem dos conhecimentos. Contam com noções oriundas de diferentes fontes, 30,3% das mães (3,4% das analfabetas e 32,7% das alfabetizadas), para metade destas, as informações provêm do setor saúde (66,0% em combinação com a mídia).

Tabela 2 - Fontes de informação maternas sobre as medidas de prevenção da diarreia infantil, segundo o local de residência, Pernambuco, 1996

Fontes de informação	Região Metropolitana (n = 350)		Interior (n = 232)		Total (n = 582)	
	n	%	n	%	n	%
Médico	91	26,0	46	19,8	137	23,5
Palestras, cartazes nos serviços de saúde	32	9,1	30	12,9	62	10,6
Agente comunitário de saúde	9	2,6	33	14,2	42	7,2
Amigos, vizinhos	19	5,4	70	30,2	89	15,3
Familiares	138	39,4	56	24,1	194	33,3
Rádio	26	7,4	43	18,5	69	11,8
Televisão	84	24,0	56	24,1	140	24,0
Experiência pessoal	61	17,4	24	10,3	85	14,5

A - Região Metropolitana



B - Interior

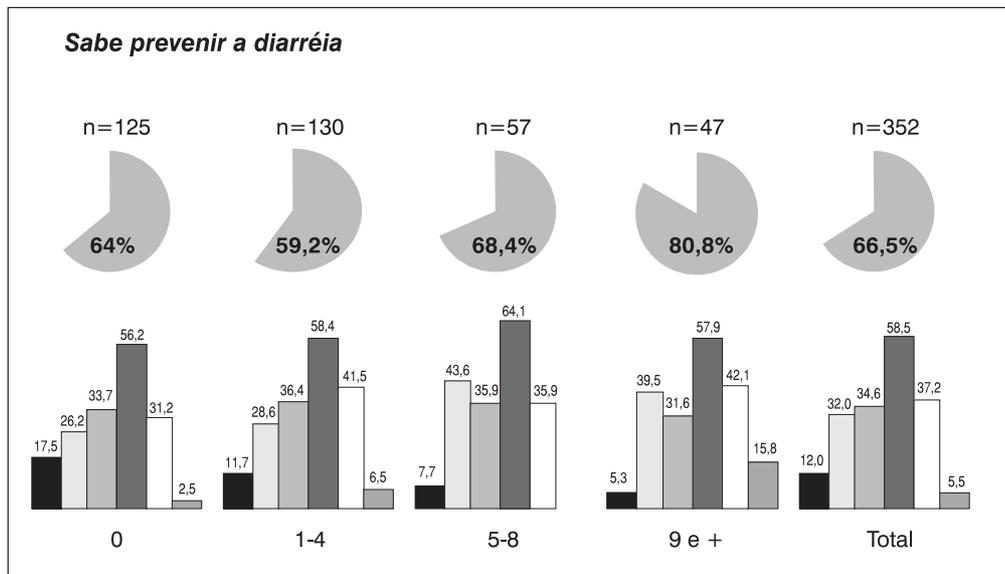


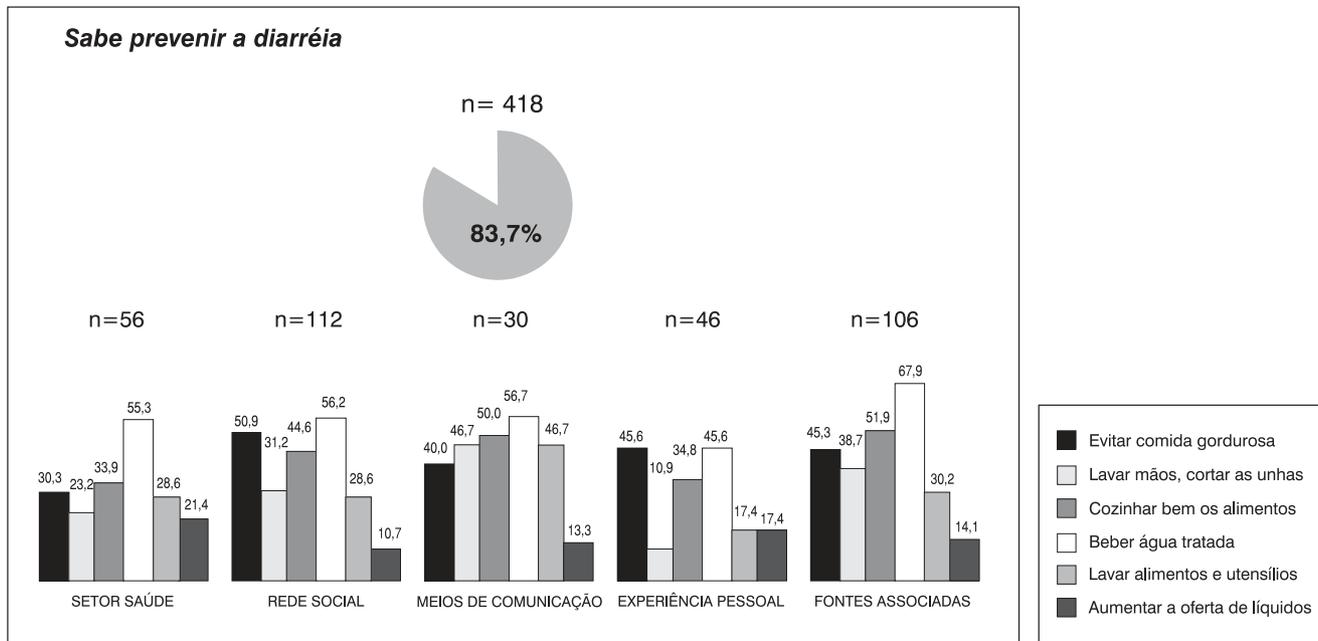
Figura 3 - Concepções maternas sobre as medidas de prevenção da diarreia infantil, segundo a escolaridade e o local de residência, Pernambuco, 1996

No interior, 23,7% das mães referem a rede social (28,7% das analfabetas e 20,8% das alfabetizadas) – formada por familiares, amigos e vizinhos – e o setor saúde (18,7% e 18,2%) – principalmente os médicos, mas vislumbram-se os agentes comunitários – como a única origem dos conhecimentos. Das mães, 42,7% (31,2% das analfabetas e 48,7% das alfabetizadas) dispõem de idéias procedentes de diferentes fontes, para 54% destas, as informações advêm do setor saúde (66,0% em combinação com a mídia).

Assim, 35,9% do total de mães entrevistadas (32,3% na RMR e 41,4% no interior) receberam, de maneira exclusiva ou associada a outras fontes, informações do setor saúde sobre a prevenção da diarreia.

A Figura 4 demonstra que, com exceção das mães do interior, que adquiriram seus conhecimentos a partir da experiência pessoal, a ingestão de água tratada é a medida de proteção mais citada, independentemente das fontes de informação. Lavar alimentos e utensílios é referência co-

A - Região Metropolitana



B - Interior

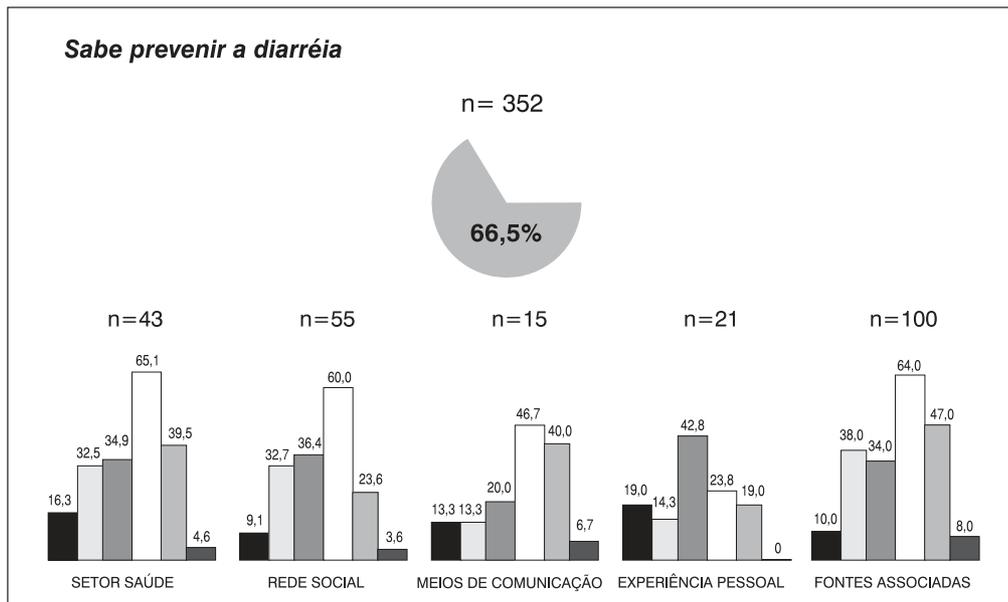


Figura 4 - Concepções maternas sobre as medidas de prevenção da diarreia infantil, segundo as fontes de informação e o local de residência, Pernambuco, 1996

...mum às mães informadas, exclusivamente, pela mídia. Essa associação entre práticas de caráter higiênico e mídia é reforçada, na RMR, pela importância dada a lavar as mãos e cortar as unhas. Na RMR, uma maior proporção daquelas que têm somente a rede social e/ou a experiência pessoal como fontes de informação menciona a restrição à comida gordurosa.

Discussão

As diferenças na ordem da importância dada às causas de diarreia infantil traduzem a prioridade conferida a modelos distintos, segundo escolaridade materna e residência. Assim, os modelos prevalentes, na RMR, relacionam-se com alimentos e condições “quentes” (analfabetas e com menor escolaridade); e com alimentos e possibilidade de

infecção e/ou infestação devido às condições higiênicas e sanitárias (maior escolaridade). No interior, com o desenvolvimento físico da criança e alimentos (analfabetas e com menor escolaridade); e com alimentos, desenvolvimento físico da criança e possibilidade de infecção e/ou infestação devido às condições higiênicas e sanitárias (maior escolaridade). Esse perfil genérico, excluindo as variações de frequência, concorda com os resultados obtidos noutros países^{6,13}.

Afora as referências residuais ao susto, ao *mau-olhado* e ao *encosto* – resultado surpreendente porque, neste estudo, 51,2% das crianças que apresentavam diarreia no dia da entrevista ou que a haviam apresentado nas últimas duas semanas, tinham sido levadas a rezadeiras na doença atual²² –, pelo menos dois modelos largamente disseminados entre as mães – diarreia associada à dentição e à ingestão de comida gordurosa – divergem da perspectiva técnica. São marcantes as diferenças de significado e valor resultantes das múltiplas idéias sobre saúde e doença, presentes na população e nos serviços.

Ressalta-se que 24,2% das mães que informam alguma causa de diarreia desconhecem como evitá-la. Quando sabem, é mais freqüente relacionar ingestão de água tratada e adoção de práticas de caráter higiênico com a prevenção da doença do que associar ingestão de água contaminada e colocação de mãos e objetos sujos na boca aos seus episódios. Esses fatos reforçam a impressão de que nem sempre existe continuidade entre as explicações maternas sobre a produção da diarreia e as necessidades a serem satisfeitas para proteger as crianças.

As noções ligadas à ocorrência e à prevenção da diarreia são modificadas, também, pelas características das necessidades geradas na infância e pelas experiências e conhecimentos acumulados pelas mães ao cuidar dos filhos. Em geral, os alimentos e a higiene doméstica são mais valorizados quando as crianças têm 1 a 4 anos, enquanto a higiene pessoal é priorizada nos menores de um ano. Entretanto, é motivo de preocupação o silêncio quase absoluto em torno do aleitamento materno como proteção contra a diarreia, inclusive entre as mães cujos filhos têm até seis meses de idade.

A rede social é reconhecida como um sistema de apoio importante na mediação de normas culturais, na atribuição de significados aos acontecimentos e na escolha das alternativas de ação. Neste estudo, a rede de apoio se constitui na principal fonte de informação sobre a prevenção da diarreia, sobretudo para as mães analfabetas. São marcantes, segundo a residência, as diferenças estruturais. Possivelmente, devido às características da sociabilidade nas grandes áreas urbanas, as famílias mantêm-se afastadas dos seus vizinhos, tendo as instituições e os parentes maior participação nas questões atinentes ao processo saúde-doença²³.

A tímida presença do setor saúde na rede de comunicação da diarreia – apenas 35,9% das mães, dentre as 97,1% cujos filhos utilizam serviços – e a pequena alusão ao

trabalho educativo domiciliar, especialmente na RMR – as mães fazem mais referência ao médico, obscurecendo a participação dos agentes comunitários –, expõem a vulnerabilidade das ações programáticas²⁴. Avaliação realizada nos serviços que atendem as áreas estudadas comprovou a baixa freqüência e o caráter prescritivo das práticas educativas^{15,18}.

A relevância conferida às formas de prevenção da doença varia de acordo com os tipos de fontes de informação. Sobressai-se a valorização dos cuidados com os alimentos entre as mães cujos conhecimentos são originários da rede social e da experiência pessoal. E, particularmente na RMR, a ênfase dada às medidas de caráter higiênico entre aquelas informadas pela mídia (33,2%). Porém são semelhantes as opiniões das mães cuja única fonte de informação é o setor saúde e daquelas que aprenderam a partir de outras fontes.

Entrelaçam-se, nessa similitude, noções que correspondem ou não aos conhecimentos técnicos. É possível que as informações dos agentes do trabalho tenham sido transformadas pelas idéias e valores que circulam nas redes informais de comunicação. Certamente, o maior compartilhamento dos significados entre os participantes dessas redes facilita a influência mútua dos sujeitos.

Denota-se uma acentuada distância entre as concepções práticas das mães e o conhecimento técnico sobre causas e prevenção da diarreia^{10,11,13}. Os desacordos entre os argumentos maternos e os preceitos programáticos mostram a necessidade dos trabalhadores da saúde assumirem uma atitude comunicativa, construindo as estratégias de prevenção da diarreia através de um processo de interpretação cooperativo.

Agradecimentos

À toda equipe responsável pelo trabalho de campo, em particular à Suzette Maria Feitosa Brito, bem como à OPAS, pelo financiamento do projeto.

Referências bibliográficas

1. Ayres, JRCM, França-Júnior I. Saúde do Adolescente. In: Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, orgs. Saúde do Adulto, Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p.66-85.
2. Konde-Luie JK, Elasu S, Musonge DL. Knowledge, attitudes, and practices and their policy implications in childhood diarrhoea in Uganda. *J Diarrhoeal Dis Res* 1992; 1: 25-30.
3. Mock NB, Sellers TA, Abdoh AA, Franklin RR. Socioeconomic, environmental, demographic and behavioral factors associated with occurrence of diarrhea in young children in the Republic of Congo. *Soc Sci Med* 1993; 36: 807-16.

4. Zeitlin M, Ahmed NU, Beiser AS, Zeitlin JA, Super CM, Guldan GS. Developmental, behavioural, and environmental factors for diarrhoea among rural Bangladeshi children of less than two years. *J Diarrhoeal Dis Res* 1995; 13: 99-105.
5. Jenkins CNH, Le T, McPhee SJ, Stewart S, Ha TN. Health care access and preventive care among Vietnamese immigrants: Do traditional beliefs and practices pose barriers? *Soc Sci Med* 1996; 43: 1049-56.
6. Weiss MG. Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review. *Soc Sci Med* 1988; 27: 5-16.
7. Nations MK, Sousa MA, Correia LL, Silva DMN. Los curanderos brasileños: promotores eficientes de la terapia de rehidratación oral y otras estrategias para la supervivencia infantil. *Oficina Sanit Panam* 1989; 107: 1-21.
8. DeClerque J, Bailey P, Janowitz B, Dominik R, Fiallos C. Management and treatment of diarrhea in Honduran children: factors associated with mothers' health care behaviors. *Soc Sci Med* 1992; 34: 687-95.
9. Hudelson PM. ORS and the treatment of childhood diarrhea in Managua, Nicaragua. *Soc Sci Med* 1993; 37: 97-103.
10. Gorter AC, Sánchez G, Pauw J, Pérez RM, Sandiford P, Smith GD. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. *Bol Oficina Sanit Panam* 1995; 119: 377-90.
11. Mull JD, Mull DS. Mothers' concepts of childhood diarrhea in rural Pakistan: what ORT program planners should know. *Soc Sci Med* 1988; 27: 53-67.
12. Desjeux D, Favre I, Simongiovanni J, Varge L, Caillol MH, Taponnier S. Why is oral therapy associated with drugs in the treatment of diarrhea? *Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996; 22: 112-13.
13. Messer E. Hot-cold classification: theoretical and practical implications of a Mexican study. *Soc Sci Med* 1981; 15: 133-45.
14. Rodrigues LAJ, Kayano R, Lippe TL, Schraiber LB. Interações com usuários na unidade básica de saúde. In: Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, orgs. *Saúde do Adulto, Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.262-75.
15. Feliciano KVO, Kovacs MH. Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76:27-36.
16. Ribeiro HC, Drasbek C. Tratamiento de la diarrea en preescolares: encuesta en nueve capitales de estados del nordeste del Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120:291-302.
17. Barros FC, Victora CG. Avaliação do manejo da diarreia em menores de cinco anos no nordeste do Brasil. *J Pediatr (Rio J)* 1989; 65:436-51.
18. Feliciano KVO, Kovacs MH. As mães são estimuladas a valorizar os sinais de risco da diarreia? *J Pediatr (Rio J)* 1998; 74:135-42.
19. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto para prevenção e controle das doenças diarreicas e cólera em 06 municípios do Estado de Pernambuco. Recife: Comissão Estadual de Prevenção e Controle de Doenças Diarreicas e Cólera; 1995 (Documento mimeografado).
20. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados. Recife: Cadernos de Avaliação, Série Projeto Salva-Vidas (nº2); 1996.
21. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. São Paulo: Hucitec; 1991. p.53-78.
22. Feliciano KVO, Kovacs MH. Crianças em áreas piloto de Pernambuco: família, suporte social, utilização dos serviços de saúde e manejo da diarreia. Relatório final do projeto de avaliação das atividades de prevenção e controle das doenças diarreicas desenvolvidas pelos serviços de saúde, Pernambuco. Recife, Novembro de 1996. (Documento mimeografado).
23. Both E. Família e rede social. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1976. p.109-23.
24. Mann JM, Tarantola DJM. Vulnerability: personal and programmatic. In: Mann JM, Tarantola DJM, eds. *AIDS in the world II - global dimensions, social roots, and responses*. Boston: Harvard University Press; 1996. p.441-3.
25. Paredes P. Cuándo buscan tratamiento las personas?... y de quién? *Diálogo sobre la Diarrea* 1992; 42:6-7.

Endereço para correspondência:

Dra. Katia V. de O. Feliciano
 Rua Arnóbio Marques, 310 – Santo Amaro
 CEP 50100-130 – Recife, PE
 Fone: (81) 3423.6851 – Fax: (81) 3423.3371
 E-mail: cpg@fcm.upe.br