



---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

## *As mães são estimuladas a valorizar os sinais de risco da diarreia?*

*Are mothers encouraged to identify the risk signs of diarrhea?*

Katia V. de O. Feliciano<sup>1</sup> e Maria Helena Kovacs<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Conhecer as percepções das mães sobre o episódio de diarreia e sua capacidade de identificar os sinais de risco; caracterizar, nos serviços de saúde, no nível ambulatorial, a oferta de atividades que estimulem uma atenção oportuna à doença.

**Métodos:** Inquérito realizado em amostra representativa de 1026 crianças menores de cinco anos, residentes nas áreas piloto selecionadas para intervir sobre a diarreia em Pernambuco, e estudo transversal interconectado em 14 serviços de saúde do projeto de intervenção: 11 centros de saúde e 3 hospitais.

**Resultados:** Elevada proporção das mães de crianças com diarreia valorizam sinais que não permitem a identificação precoce da desidratação. Apenas uma quarta parte destas menciona a desidratação como uma complicação da doença. A percepção do episódio pela mãe tem influência marcante nas condutas adotadas, em particular na Região Metropolitana, onde, na ausência de preocupação, nenhuma criança foi levada ao médico e uma proporção significativamente menor recebeu cuidados com a hidratação. Nos serviços de saúde, em geral, o trabalho educativo não é rotina, a consulta médica restringe-se à queixa, não existe pós-consulta de enfermagem e nem articulação com os agentes comunitários de saúde. À saída, metade das mães não sabia os sinais de desidratação.

**Conclusões:** Os achados do inquérito e da avaliação dos serviços de saúde mostram uma situação bastante crítica: a pouca percepção pelas mães dos sinais de agravamento da diarreia, além do baixo desempenho destes serviços no que diz respeito às atividades educativas voltadas a estimular o reconhecimento e a valorização dos mesmos.

*J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(2):135-142: diarreia, sinais de risco, avaliação de serviços de saúde, educação em saúde.*

### Introdução

A Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição realizada em Pernambuco em 1992 encontrou que 19,2% e 24,8% das crianças menores de cinco anos de idade, residentes, res-

### Abstract

**Objectives:** To acknowledge the mothers' perception of the diarrhea episode and their ability in identifying the signs of risk; to characterize, in the health services, at ambulatory level, the activities that stimulate a timely attention to the disease.

**Methods:** An inquiry was applied to a representative sample of 1026 children under 5 years old who live in the pilot areas of Pernambuco selected to receive interference concerning diarrhea, and an interconnected transversal study in 14 health services: 11 health centres and 3 hospitals.

**Results:** A high proportion of the mothers of children with diarrhea give importance clinical manifestations that do not allow an early identification of dehydration. Only one fourth of them mentions dehydration as a complication. The mother's perception of the episode has a striking influence on the adopted conduct, particularly in the Metropolitan Area, in which, in the absence of preoccupation, no children were taken to the physician and a significant smaller proportion received care to hydration. In the health services, in general, collective educational programs are not the routine, the consult with the physician is limited to the main complaint, there is no post-consult with the nurses nor articulation with community health agents. Besides that, half of the mothers did not know the signs of dehydration.

**Conclusions:** The findings of both the inquiry and the evaluation of the health services showed a quite critical situation: mother's little perception of the mothers of diarrhea worsening signs, as well as the insufficiency of these services concerning educational activities towards stimulating mothers to recognize and valorize them.

*J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(2):135-142: diarrhea, signs of risk, evaluation of health services, education in health.*

pectivamente, na Região Metropolitana e no interior do Estado, apresentaram diarreia num período de duas semanas<sup>1</sup>. A prevalência varia de acordo com as condições de vida; na faixa etária de 6 a 11 meses, em localidades pobres da América Latina, o número de episódios/criança/ano foi estimado em 10 ou mais<sup>2</sup>. A perda de água e eletrólitos provocada pela diarreia aguda pode levar a um quadro grave de desidratação, em particular na presença de deficiências nutricionais. Em 1994, as doenças diarreicas foram responsáveis por 15,9% dos óbitos em crianças menores de

---

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

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

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

1 ano no Recife<sup>3</sup>. Entre os sobreviventes, uma elevada proporção acumula seqüelas em seu crescimento e desenvolvimento<sup>4,5</sup>.

Da perspectiva técnica, o manejo dos casos de diarreia implica na oferta, pelos agentes comunitários e pela equipe dos serviços de saúde, de medidas específicas para recuperar a criança doente e evitar o agravamento do quadro clínico<sup>6,8</sup>. São básicos a anamnese e o exame físico para estabelecer a orientação diagnóstica e terapêutica individualizada, o adequado suporte hidroeletrólítico e nutricional para reduzir as complicações (nos casos agudos, o uso dos medicamentos deveria ser uma exceção) e a prática educativa como parte de todo atendimento. Para a prevenção da diarreia são fundamentais, também, o estímulo e apoio à amamentação, a avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento, a imunização contra sarampo e o trabalho educativo coletivo<sup>9</sup>.

A compreensão pela família de que a diarreia é parte do desenvolvimento "normal" da infância diminui a percepção da sua importância. Segundo Desjeux *et al.*<sup>10</sup>, a diarreia, quando é considerada como uma doença, com muita frequência é considerada uma doença benigna. Cada família, a partir das experiências vividas, estabelece a sua própria escala para avaliar a gravidade do episódio. Essa escala varia, o que pode explicar uma busca mais rápida ou uma demora maior para recorrer aos serviços de saúde. Os resultados de estudos epidemiológicos referem que as crenças, atitudes e práticas de saúde geram condições de risco para as crianças com diarreia e demonstram a influência da escolaridade materna nas formas de perceber, interpretar e optar por condutas frente à doença na infância<sup>11-15</sup>.

Ou seja, o manejo das doenças diarreicas pelas mães traduz as inter-relações entre condições de subsistência, acesso a serviços sociais, experiência e significado, competindo com outras necessidades que podem se revelar mais urgentes no cotidiano<sup>16-19</sup>. Para adotar condutas adequadas durante os episódios, as mães precisam admitir a possibilidade de complicações, reconhecer e valorizar os sinais de agravamento. As atividades educativas, apoiadas por uma oferta organizada de serviços, são essenciais para alcançar mudanças nos comportamentos relacionados com a saúde<sup>15</sup>.

Este artigo pretende, em amostra representativa de crianças menores de cinco anos residentes em áreas selecionadas do estado de Pernambuco, conhecer algumas percepções maternas sobre os episódios de diarreia. Ademais, nos serviços de saúde, pretende caracterizar a oferta de atividades voltadas a estimular a oportunidade da atenção durante a doença e o reconhecimento pelas mães dos sinais de desidratação.

## Métodos

Este trabalho é parte de pesquisa mais ampla realizada para avaliar, em Pernambuco, as ações de prevenção e

controle da diarreia em menores de cinco anos de idade, em áreas piloto e serviços de saúde dos seis municípios escolhidos por apresentarem melhores condições de implementar as atividades, a curto prazo<sup>20</sup>. Desta pesquisa constam um inquérito populacional e um estudo transversal dos serviços de saúde.

Cada município estabeleceu seus próprios critérios para selecionar as áreas de intervenção, tais como condições sanitárias inadequadas e alta prevalência de diarreia (Agregina, Brejo da Madre de Deus e Araripina), acrescidas das características organizacionais dos serviços de saúde (Recife, Camaragibe, Olinda)<sup>21</sup>. Na Região Metropolitana, as unidades avaliadas estão localizadas dentro das áreas piloto e a clientela corresponde basicamente a esta população. No interior, a clientela é representada por toda a população do Município.

O inquérito populacional foi realizado no período de 26 de fevereiro a 02 de abril de 1996, em amostra representativa de 1026 crianças menores de cinco anos, residentes nas áreas selecionadas para intervir sobre a diarreia\*. Estas foram divididas em dois estratos, Região Metropolitana 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 de que a amostra não é aleatória simples mas de conglomerados<sup>22</sup>.

A amostragem por estágios múltiplos teve duas etapas. Na primeira, a partir de uma listagem, os setores censitários foram sorteados usando uma 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 visitadas todas as casas até completar um total de oito com crianças menores de cinco anos de idade. Quando, após visitar todas as casas do quarteirão, não se completava os oito domicílios, atravessava-se a rua e completava-se o número previsto obedecendo ao mesmo critério.

Na aplicação do questionário, nos domicílios onde moravam mais de uma mãe que tinham crianças deste grupo de idade, apenas uma delas era entrevistada. A primeira opção foi entrevistar aquela cuja criança apresentava diarreia no dia da entrevista ou havia apresentado diarreia nos últimos quinze dias. A segunda, entrevistar aquela com criança mais nova. 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 sangue.

\* Áreas piloto: Brasília Teimosa (Recife), Bairro dos Estados (Camaragibe), Rio Doce (Olinda), Cohab, Loteamento Maria Ribeiro e Rua Rufino Cardoso (Agregina), Balança, Boa Esperança, Canecão e Cacimba de Pedro (Brejo da Madre de Deus), Alto da Boa Vista, Cavalete I e Rua José Trajana (Araripina).

Com formulário padronizado foram coletadas informações, com ênfase em características sociodemográficas, utilização de serviços de saúde, prevalência, percepção e manejo da diarreia. Da equipe de campo participaram um supervisor (assistente social) e vinte entrevistadores (agentes comunitários de saúde), treinados para compreender o papel de entrevistador, a situação da entrevista, o significado das questões e o uso da informação. Após o processamento e a produção de listagens de frequência das variáveis, estas foram cruzadas com a idade da criança e o local da residência. Controlou-se a influência da percepção do episódio pela mãe no manejo da diarreia. A significância da associação foi determinada usando o Qui-Quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher.

Do estudo transversal interconectado participaram os 14 serviços de saúde do projeto de intervenção (6 localizados no interior): 11 centros de saúde e 1 hospital da rede pública e 2 hospitais (1 privado e outro filantrópico) conveniados pelo Sistema Único de Saúde. O trabalho de campo foi realizado nos períodos de 26 de fevereiro a 29 de março (1ª etapa) e de 08 de julho a 09 de agosto de 1996 (2ª etapa), por uma sanitarista (pediatra) com experiência em avaliação, devidamente treinada. Para todo serviço se estabeleceu uma "amostragem de tempo"<sup>23</sup>, cada um sendo observado durante três turnos, num total, na 1ª etapa, de 123 horas e 25 minutos e, na 2ª etapa, de 136 horas e 10 minutos.

As informações foram coletadas em nível ambulatorial, utilizando formulários padronizados, através de entrevistas com os membros das equipes administrativa e técnica e observação do funcionamento (oferta de trabalho educativo, pré e pós-consulta e sistema de contra-referência). Entrevistaram-se as mães de crianças menores de cinco anos, antes e depois da consulta médica (idade da criança, local de residência, motivo para procurar serviço de saúde, tempo de doença, acesso a informações sobre a diarreia durante o atendimento, conteúdo das informações recebidas, reconhecimento dos sinais de risco, fontes de informação, expectativas sobre a duração do episódio e dúvidas). Obteve-se, na 1ª etapa, uma amostra ilustrativa de 309 crianças, 43 com diarreia (5 não tiveram acesso a atendimento e foram excluídas do estudo) e, na 2ª etapa, de 253 crianças, 38 com diarreia.

Os serviços foram distribuídos de acordo com a localização: Região Metropolitana (RMR) - Recife, Camaragibe e Olinda - e interior - Agrestina, Brejo da Madre de Deus e Araripina. Na comparação dos perfis das amostras independentes de crianças menores de cinco anos, nas duas etapas, a significância da associação foi avaliada utilizando o Qui-Quadrado.

As características do campo de estudo - áreas piloto e serviços de saúde locais - podem produzir resultados que são específicos de uma determinada cultura e se necessita cautela no que diz respeito à generalização dos mesmos. Entretanto, as lições aprendidas, assim como as recomendações sugeridas para melhorar a efetividade das ações de

prevenção e controle da diarreia, transcendem o âmbito local.

## Resultados

### *Diarreia na População*

Em Pernambuco, 14,7% das crianças menores de cinco anos de idade residentes nas áreas piloto estudadas apresentavam diarreia, 4,2% no dia da entrevista e 10,5% nas duas últimas semanas. A prevalência da doença foi maior no interior (19,0%) do que na RMR (10,8%) e entre as crianças menores de 1 ano (18,1%), quando comparadas àquelas de 1 a 4 anos de idade (13,8%).

Uma quinta parte das mães não se preocupou com a diarreia da criança. A Figura 1 mostra que, para as menores de um ano, todas na RMR e 88,9% no interior, as mães se revelaram preocupadas, em particular devido à perda de peso, à desidratação e ao número de evacuações. A desidratação, mais referida no interior, inquietou as mães de 14,0% das crianças menores de um ano e 18,0% daquelas de 1 a 4 anos de idade.

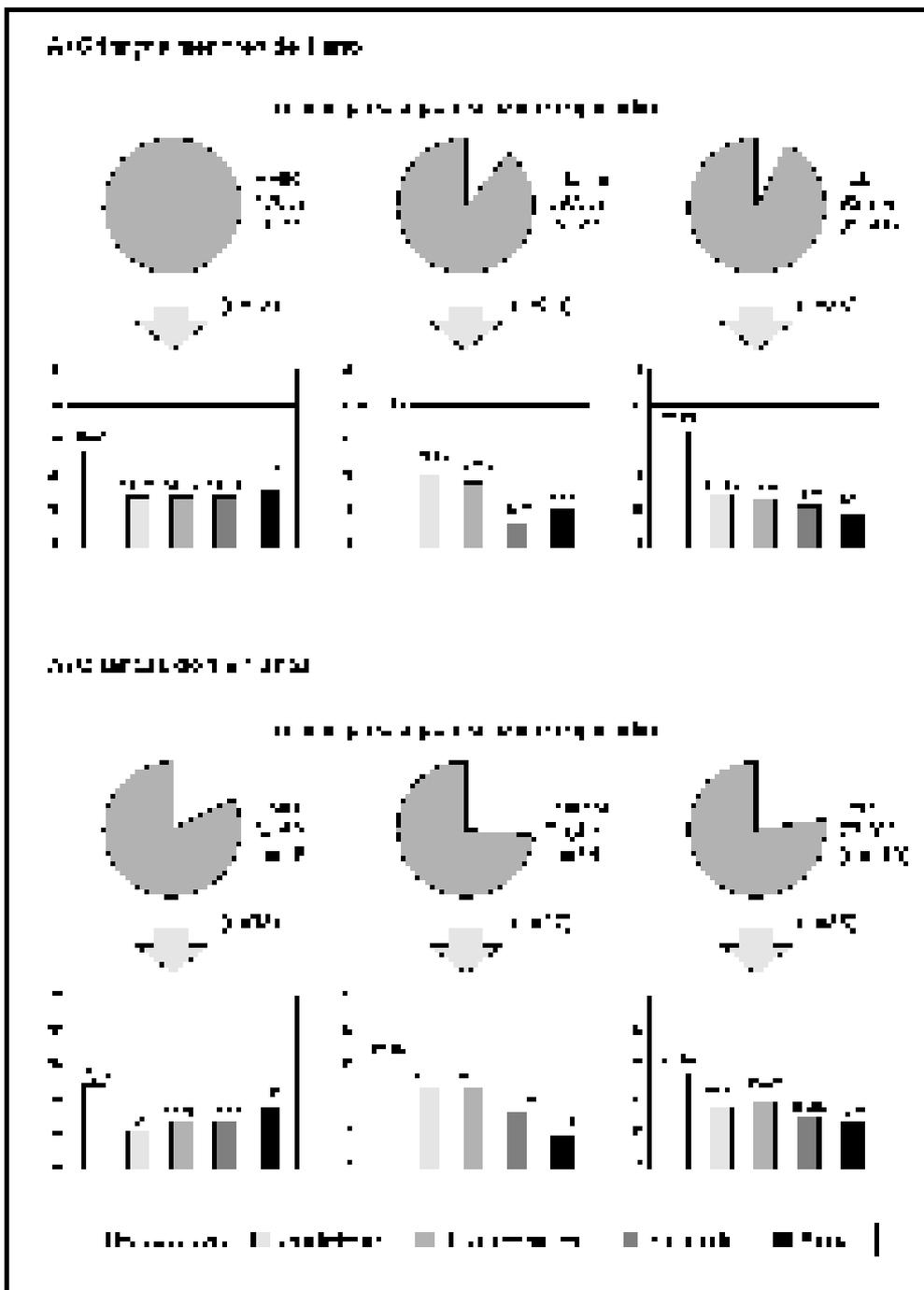
Na ausência de preocupação, a Figura 2 evidencia que, na RMR, nenhuma criança foi levada ao médico e uma proporção significativamente menor recebeu soro reidratante oral ( $p=0,001$ ) ou aumentou a ingestão de líquidos ( $p=0,002$ ). No interior, a falta de valorização do quadro clínico quase não modificou a oferta de soro e de outros líquidos, mas diminuiu a demanda para serviços de saúde - nesta circunstância nenhuma criança com idade entre 1 e 4 anos consultou o médico.

A morte foi a principal consequência da diarreia citada pelas mães, independente do local de residência. A desidratação foi referida para apenas 23,1% das crianças menores de um ano (33,9% na RMR e 18,9% no interior) e 23,6% daquelas de 1 a 4 anos (30,2% e 19,0%), sendo mencionada na RMR principalmente pelas mães de maior escolaridade.

O perfil de utilização de serviços de saúde mostra que 83,4% das crianças com idade entre dois meses e quatro anos são usuárias de, no mínimo, um dos quatorze serviços escolhidos para desenvolver o projeto de intervenção, sendo maior a proporção no interior (87,4%) do que na Região Metropolitana (79,9%). No entanto, no decorrer da doença apenas 31,1% das crianças procuraram um serviço de saúde, 61,5% das menores de um ano e 43,5% daquelas de 1 a 4 anos na RMR e 28,6% e 17,2% no interior.

### *Diarreia nos Serviços*

Na primeira etapa da avaliação, 43 (13,9%) crianças menores de cinco anos de idade que aguardavam consulta estavam com diarreia, 44,2% eram menores de 1 ano e 55,8% de 1 a 4 anos de idade, 58,1% residiam na RMR e 41,9% no interior. A mediana do tempo transcorrido entre o início da diarreia e a consulta foi de 3,0 dias (2,0-6,0) na RMR e 2,0 (1,0 e 3,0) no interior, ( $p=0,071$ ). Na segunda etapa, 38 (15,0%) crianças deste grupo de idade apresenta-



**Figura 1** - Percepção das mães sobre o episódio diarreico de crianças menores de 5 anos - Área Piloto de Pernambuco, 1996

vam diarreia, 44,7% eram menores de 1 ano e 55,3% de 1 a 4 anos, 47,4% moravam na RMR e 52,6% no interior. A mediana foi de 3,0 dias (3,0-14,0) na RMR e 3,0 (1,0-3,5) no interior ( $p=0,032$ ).

Apenas seis dos quatorze serviços (quatro na RMR e dois no interior) informam fazer trabalho educativo coletivo (dois quando há tempo), nenhum o havia realizado

durante a primeira etapa e dois o fizeram numa das observações na segunda. Este trabalho não é uma atividade de rotina nos serviços que oferecem atenção tradicional - restrito ao atendimento da demanda espontânea da qual captam usuários para as ações programáticas - mas é desenvolvido de forma sistemática pelo Programa de Saúde da Família. Nos serviços de atenção tradicional, o

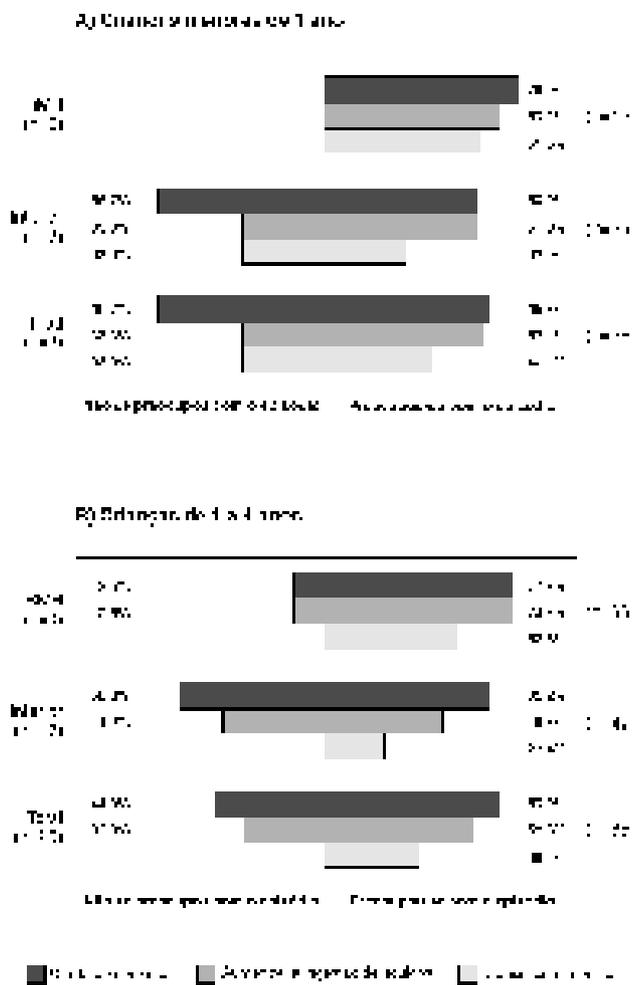


Figura 2 - Influência da percepção das mães sobre o manejo da diarreia em crianças menores de 5 anos - Área Piloto de Pernambuco, 1996

atendimento à criança com diarreia restringe-se, em geral, à consulta médica voltada ao diagnóstico e à prescrição, não existindo pós-consulta e contra-referência dos casos aos agentes comunitários de saúde. No Programa de Saúde da Família, o acompanhamento domiciliar das crianças com diarreia faz parte do elenco de atividades.

A Figura 3 mostra que 60,0% das mães de crianças atendidas com diarreia, na primeira etapa da avaliação, receberam alguma informação sobre a doença durante a consulta médica, com comportamento semelhante na RMR e no interior. No entanto, apenas 38,1% destas foram inteiradas sobre os sinais de risco. Entre as mães do interior existiu uma tendência para receber informações simultâneas sobre a importância da diarreia e sinais de risco ou manejo da terapia de reidratação oral.

A Figura 4 revela que a falta de expectativa sobre a duração da diarreia foi maior entre as mães do interior. Dentre as que tinham alguma expectativa, 74,0% (1ª etapa) e 55,0% (2ª etapa) esperavam a doença acabar dentro de 1

a 2 dias, com um comportamento muito semelhante na RMR e no interior. Apenas 9,1% das mães informaram, na primeira etapa, ter dúvidas sobre os cuidados da criança durante o episódio (alimentação, reidratação, medicamentos etc.), 5,9% na RMR e 12,5% no interior. Na segunda etapa uma maior proporção de mães (28,6%), principalmente no interior (36,8%), referiu a existência de dúvidas.

À saída da unidade, em ambas as etapas, aproximadamente metade das mães não sabia os sinais de desidratação. A Figura 5 demonstra que os dois grupos são semelhantes quanto à suposição das mães sobre o conhecimento destes sinais, mas, quando se avalia aqueles que foram mencionados, uma maior proporção das mães na RMR informa corretamente algum sinal. Os sinais mais citados foram olhos fundos e muita sede (Figura 6). A experiência e o médico, este mencionado exclusivamente na RMR, foram as principais fontes de informação referidas pelas mães (Figura 7).

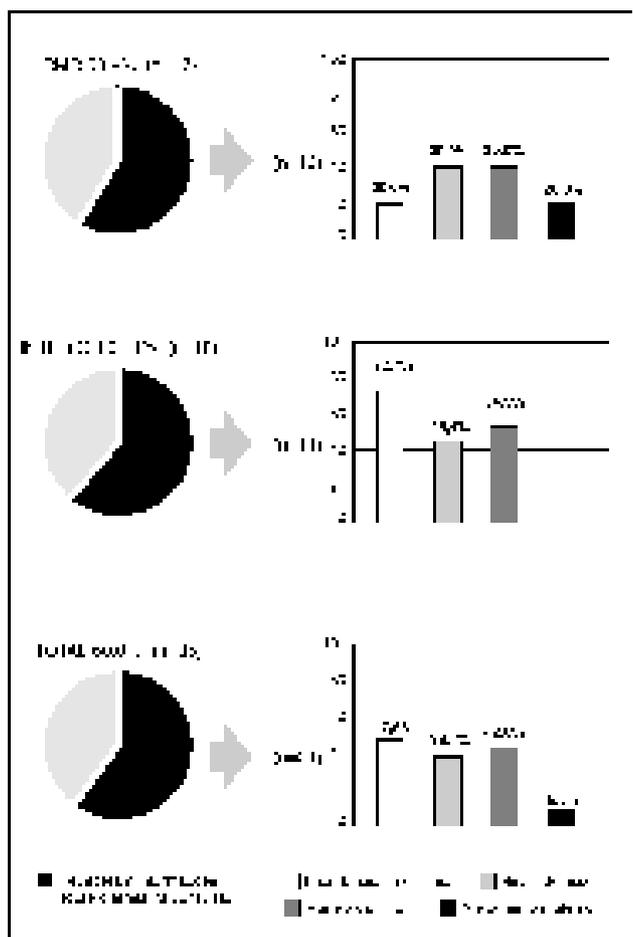
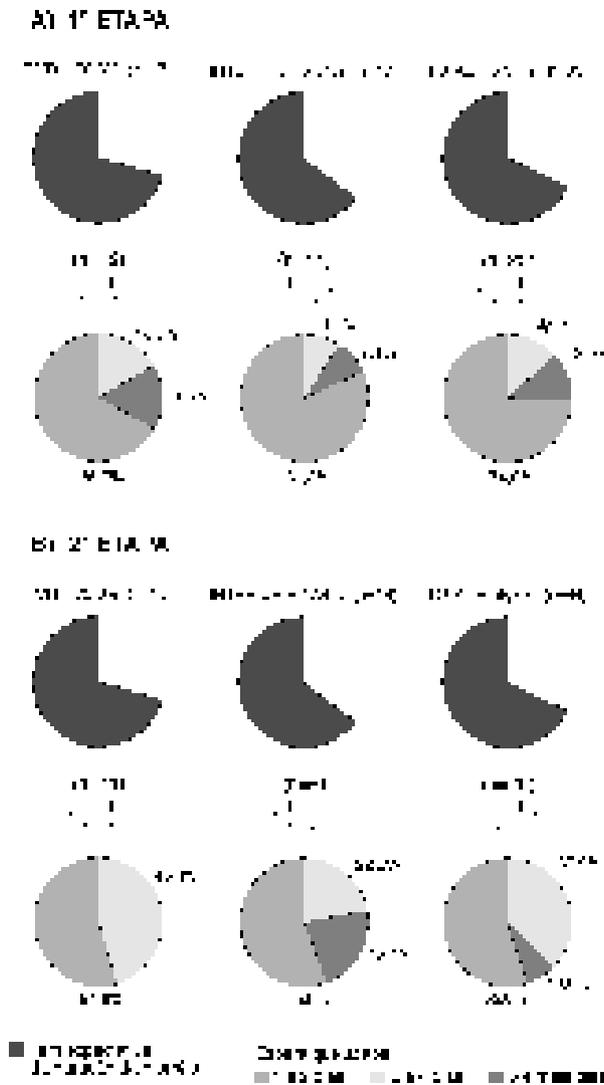


Figura 3 - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde; informações às mães sobre a doença na consulta médica; Pernambuco, fevereiro/março de 1996



**Figura 4** - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde; expectativa das mães sobre a duração do episódio. Pernambuco, fevereiro/março e julho/agosto de 1996

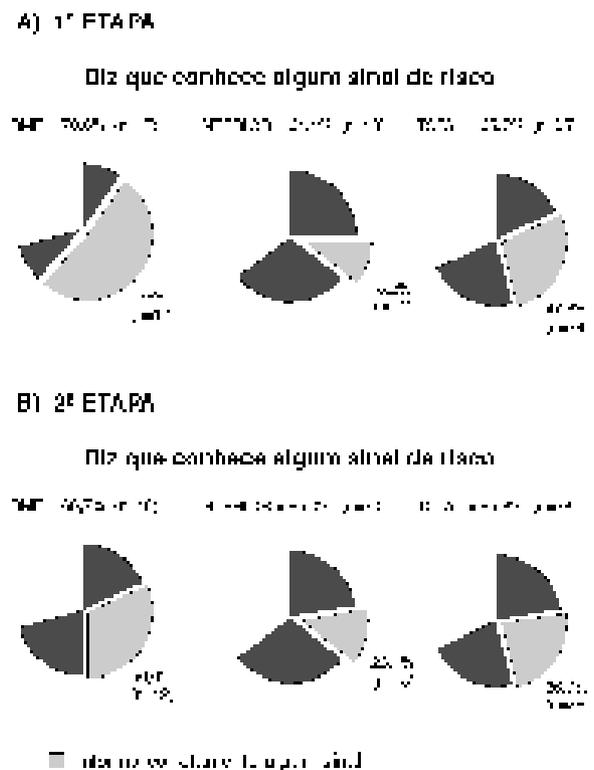
Nas duas etapas, todas aquelas que se equivocaram na auto-avaliação sobre o conhecimento do agravamento do episódio citaram manifestações gerais - fraqueza, febre, perda de apetite e perda de peso - como sinais sugestivos de desidratação. Cerca de 75,0% (1ª etapa) e 62,5% (2ª etapa) aprenderam com a experiência.

**Discussão**

As diferenças entre as percepções, interpretações e aceitações desenvolvidas no cotidiano das mães e dos grupos sociais de suporte e aquelas da equipe de saúde afetam a definição das necessidades e as decisões sobre o manejo da diarreia<sup>24,25</sup>. Nas diferentes culturas, com

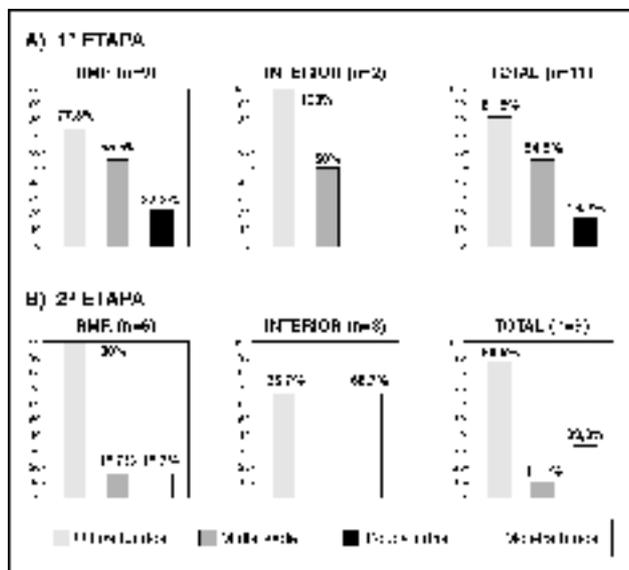
variação de intensidade, as crianças doentes só são levadas ao médico quando se esgotam os recursos terapêuticos familiares, os quais resgatam a experiência acumulada pelas mães, as receitas de parentes, os conselhos de vizinhos, os diagnósticos e medicamentos dos especialistas<sup>26,27</sup>. Essa prática, na ausência de informações corretas sobre a diarreia, certamente compromete a oportunidade da atenção oferecida.

As preocupações reveladas pelas mães das crianças com diarreia, no inquérito populacional, incluem uma excessiva ênfase em sinais como febre e perda de peso, que não facilitam a identificação precoce de agravamento do episódio. Mesmo entre as crianças que são usuárias habituais de serviços de saúde se observou, durante a doença, uma



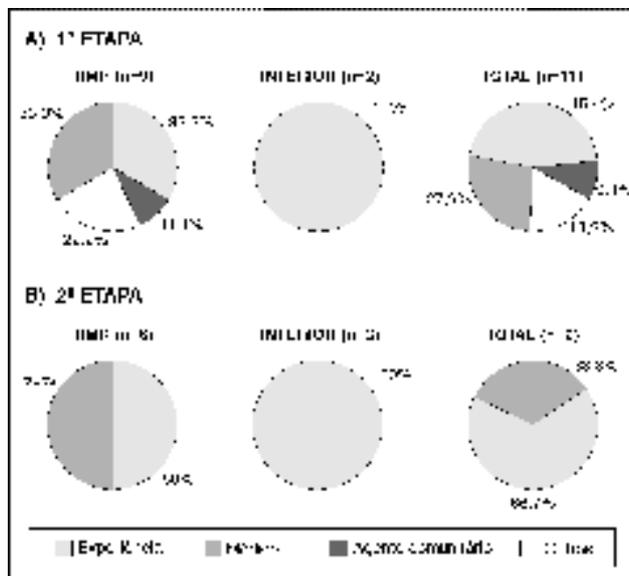
**Figura 5** - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde; conhecimento das mães sobre os sinais de risco da doença; Pernambuco, fevereiro/março e julho/agosto de 1996

pequena demanda de consulta médica. A procura de serviços foi maior para aquelas residentes na RMR, onde, no caso da população estudada, existe maior acesso geográfico. Em concordância com pesquisas realizadas na América Latina<sup>28-30</sup>, na África<sup>11-13</sup> e na Ásia<sup>14,19</sup>, a valorização das manifestações clínicas pela mãe teve uma influência marcante no manejo da doença.



**Figura 6** - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde; sinais de risco corretamente informados pelas mães; Pernambuco, fevereiro/março e julho/agosto de 1996

Na antevisão das complicações provocadas pela doença, a importância da desidratação é subdimensionada. Esse fato é reforçado pela constatação de que, à saída da unidade, metade das mães cujos filhos estavam com diarreia desconheciam os sinais e sintomas indicativos de desidratação. A frequência com que a experiência é citada como fonte de aprendizagem, algumas vezes propiciando uma percepção



**Figura 7** - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde; fontes de informação das mães que mencionaram corretamente algum sinal de risco; Pernambuco, fevereiro/março e julho/agosto de 1996

leiga da desidratação que concorda com a técnica, demonstra a importância atribuída à vivência própria e ao “ouvir dizer” no emaranhado das relações que condicionam as decisões tomadas no manejo das doenças diarreicas.

As limitações para reconhecer as manifestações de agravamento facilitam a ocorrência de complicações. Poucas mães dizem ter dúvidas sobre os cuidados da criança com diarreia. Como, aproximadamente, uma terça parte delas se equivocou na auto-avaliação do conhecimento sobre os sinais de risco da doença, acredita-se que a busca, pela equipe de saúde, de uma maior familiaridade com as concepções e os recursos mobilizados pelas mães durante os episódios permitiria identificar outras necessidades que não foram sentidas.

Nos quatorze serviços de saúde avaliados, uma pequena proporção das mães cujas crianças estavam com diarreia recebeu informações, durante a consulta médica, sobre os sinais de risco da doença. Nas treze unidades de atenção tradicional, a enfermagem não realiza pós-consulta (a pré-consulta limita-se à pesagem), o trabalho educativo coletivo não constitui uma rotina e inexistente articulação com os agentes comunitários de saúde, visando ajudar as mães a superar as dificuldades sentidas no manejo dos episódios. Esses resultados são compatíveis com aqueles encontrados em outros estudos realizados na região nordeste do Brasil<sup>31,32</sup>.

Os achados do inquérito e da avaliação dos serviços de saúde evidenciam uma situação bastante crítica, ou seja, a pouca percepção, pelas mães, dos sinais de desidratação, além do baixo desempenho desses serviços no que diz respeito às atividades educativas voltadas a estimular o reconhecimento e a valorização dos mesmos. Para alcançar o propósito de reduzir as seqüelas e a letalidade por diarreia, é fundamental priorizar as atividades educativas (escolaridade básica, informações específicas através da equipe de saúde e dos meios de comunicação de massa), além de garantir uma oferta organizada e qualificada de serviços de saúde.

As atividades educativas pressupõem, no âmbito do sistema de saúde, a articulação entre os diversos níveis de atenção, para que o trabalho domiciliar realizado pelos agentes comunitários possa se continuar dentro das unidades. Contudo, as modificações nos comportamentos relacionados com a percepção e o manejo da diarreia são, em geral, conquistadas a médio e longo prazos e exigem, além da ampla e sistemática utilização de todos os recursos de comunicação<sup>33</sup>, uma avaliação mais realista dos significados compartilhados e das alternativas postas em prática nos grupos a quem as ações estão dirigidas<sup>18,19,34,35</sup>.

**Agradecimentos**

À toda equipe responsável pelo trabalho de campo, em particular a Suzette Maria Feitosa Brito e Dionila Ferreira de Andrade.

**Referências bibliográficas**

1. UNICEF/Governo de Pernambuco. Crianças e Adolescentes em Pernambuco: Saúde, Educação e Trabalho. Pernambuco, 1992: 38-9.
2. Campos G de J do V, Reis Filho AS, Silva AAM, Novochadío MAS, Silva RA, Galvão CE. Morbidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989. *Rev. Saúde Pública*, 1995; 29: 132-9.
3. Recife, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Mortalidade Infantil em Recife, Dados Preliminares. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Dezembro 1995. (Documento mimeografado).
4. Bittencourt SA, Leal M do C, Rivera J. Diarrhea and growth among children under 18 months of age in Rio de Janeiro. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27: 135-44.
5. Bittencourt SA, Leal M. do C, Gadelha AMJ, Oliveira MA. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da Vila do João. *Cad Saúde Pública* 1993; 9: 7-13.
6. Ministério da Saúde. Assistência e Controle das Doenças Diarréicas. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1993.
7. World Health Organization. New programme review process for diarrhoeal disease control. *World Health Forum* 1994; 15: 96-8.
8. Silva LR. Diarreia Aguda na Infância. 53º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, 1996; 4-97.
9. Victora CG, Barros FC, Feachem RG. Prevenção da diarreia em crianças brasileiras: uma revisão de possíveis intervenções. *J pediatr (Rio J.)* 1989; 65: 330-6.
10. 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: 112-3.
11. de Zoysa Y, Carson D, Feachem RG, Kirkwood B, Lindsay-Smith E, Loewenson R. Perceptions of childhood diarrhoea and its treatment in rural Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1984; 19: 727-34.
12. 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.
13. Mock NB, Sellers TA, Abdoh A A, Fraklin 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.
14. Zeitlin M, Ahmed NU, Beiser AS, Zeitlin JA, Super CM, Guldán 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.
15. Leal MC, da Silva RI, da Gama SGN. Percepção materna da desidratação em crianças com diarreia. Estudo de concordância com diagnóstico médico. *Rev Saúde Públ* 1990; 24: 196-203.
16. Campbell H. Es indispensable conocer la actitud de la población local. *Noticias sobre IRA* 1993; Nº 24: 1.
17. Yoder P S. What people think and do about diarrhoea. *Dialogue on Diarrhoea* 1989; Nº 39: 2.
18. Weiss MG. Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review. *Soc Sci Med* 1988; 27: 5-16.
19. Mull JD, Mull DS. Mothers' concepts of childhood diarrhea in rural Paquistan: what ORT program planners should know. *Soc Sci Med* 1988; 27: 53-67.
20. Pernambuco, Secretaria Estadual de Saúde. Projeto para "Prevenção e Controle das Doenças Diarréicas e Cólera em 06 Municípios do Estado de Pernambuco. Comissão Estadual de Prevenção e Controle de Doenças Diarréicas e Cólera, 1995. (Documento mimeografado).
21. Feliciano KVO, Kovacs MH. Crianças em áreas piloto de Pernambuco: família, suporte social, utilização de serviços de saúde e manejo da diarreia. Relatório final do inquérito populacional financiado pela OPAS. Recife: Novembro 1996. (Documento mimeografado).
22. Barros FC, Victora CG. Amostragem. In: *Epidemiologia da saúde infantil, Um manual para diagnósticos comunitários*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1991. p.53-78.
23. Triviños ANS. Pesquisa qualitativa. In: *Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Editora Atlas; 1992. p.116-73.
24. Kendall C. The construction of risk in AIDS Control Programs: Theoretical bases and popular responses. In: Parker RG, Gagnon JH. (orgs.): *Conceiving Sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York: Routledge; 1995. p.249-58.
25. Castiel LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. *Rev Saúde Públ* 1996; 30: 91-100.
26. Loyola MA. A prática médica familiar. In: *Médicos e curandeiros, conflito social e saúde*. São Paulo: Difusão Editora; 1984. p.125-58.
27. Paredes P. Cuándo buscar tratamiento las personas?... y de quién? *Diálogo sobre la Diarrea* 1992; Nº 42: 6-7.
28. 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.
29. Hudelson PM. ORS and the treatment of childhood diarrhea in Managua, Nicaragua. *Soc Sci Med* 1993; 37: 97-103.
30. 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.
31. Barros F C, Victora CG. Avaliação do manejo da diarreia em menores de cinco anos no nordeste do Brasil. *Jornal de Pediatria* 1989; 65: 436-51.
32. 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.
33. Cutting W, Elliott K. Habilidades de comunicación. *Diálogo sobre la Diarrea* 1995; Nº 52: 1.
34. Minayo MC de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev Saúde Públ* 1991; 25: 233-8.
35. Geertz C. El sentido común como sistema cultural. In: *Conocimiento Local: Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1994: 93-116.

Endereço para correspondência:

Dra. Maria Helena Kovacs

Rua Arnóbio Marques, 310 - Santo Amaro

CEP 50100-130 - Recife, Pernambuco

Fone: (081) 423.6222 - ramal 41 - Fax: (081) 423.3371