



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

**PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA
INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**

SALVADOR-BA

2020

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

**PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA
INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo

SALVADOR-BA

2020

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI – UFBA)

S618p Siqueira, Samylla Maira Costa
Prevenção e manejo domiciliar da doença diarreica aguda
infantil em comunidade quilombola / Samylla Maira Costa
Siqueira. -- Salvador, 2020.
302 f. : il

Orientadora: Climene Laura de Camargo.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Saúde) --Universidade Federal da
Bahia. Escola de Enfermagem, 2020.

1. Saúde da Criança. 2. Diarreia Infantil. 3. Grupo com
Ancestrais do Continente Africano. 4. Enfermagem
Pediátrica. 5. Pesquisa Participativa Baseada na
Comunidade. I. Camargo, Climene Laura de. II. Título.

CDU- 614-053.2

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

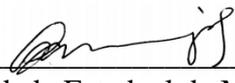
**PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA
INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 24 de abril de 2020.

BANCA EXAMINADORA

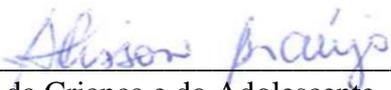
Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo 
Orientadora. Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia

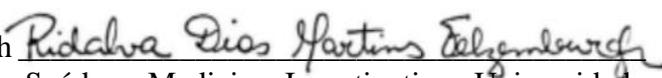
Prof.^a Dr.^a Cristina Andrade Sampaio 
1º membro. Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Montes Claros

Prof.^a Dr.^a Maria Carolina Ortiz Whitaker 
2º membro. Doutora em Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia

Prof.^a Dr.^a Aisiane Cedraz Moraes 
3º membro. Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Carneiro Oliveira 
4º membro. Doutora em Medicina e Saúde. Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Alisson Araújo 
1º suplente. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal de São João Del-Rei

Prof.^a Dr.^a Ridalva Dias Martins Felzemburgh 
2ª suplente. Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa. Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo carinho, orgulho e gratidão,
À comunidade quilombola de Praia Grande, pela
receptividade, colaboração e acolhimento. Obrigada aos
quilombolas por mais uma vez terem aberto as portas de suas
casas para mim e para o grupo de pesquisa do qual faço parte, o
CRESCER.
Sem vocês, esta pesquisa não seria possível. Muito obrigada!

Te dedico.

AGRADECIMENTOS

Parafrazeando Tom Jobim, “*é impossível ser feliz sozinho*”...

Até aqui muitas pessoas me ajudaram em todo o processo de doutoramento e o meu sentimento será eternamente de gratidão. Mesmo muitas delas não tendo estado diretamente imbuídas no doutorado, por terem compartilhado comigo os momentos de felicidade e de aflição, acabaram por contribuir significativamente neste processo.

Muito grata...

A Deus e a todas as boas forças que habitam o universo e que me conduzem continuamente ao êxito ao fazerem soprar ao meu favor sempre bons ventos.

À minha orientadora, Climene Camargo, por toda paciência, apoio, compreensão, colaboração e ensinamentos. Obrigada pela convivência de 7 anos entre mestrado e doutorado. Levo a senhora comigo para sempre.

À comunidade quilombola de Praia Grande por mais uma vez ter aberto as portas para uma pesquisa do grupo CRESCER.

À minha família, por toda força, apoio, amor e confiança a mim despendidos. Mainha, Sammara, Amanda, Márcia, Marta. É muito bom ter para onde ir, mas melhor é ter para onde voltar... Vocês são porto seguro.

Às crianças da minha vida, minhas afilhadas Analice e Helena, e minha sobrinha Maria Júlia, que mesmo sem saber me ensinaram o significado do amor puro e verdadeiro. Obrigada por me mostrarem a cada dia a beleza da infância e por me ensinarem a amar as crianças. Como eu amo vocês!

Ao meu namorado, César, pelo companheirismo, força e confiança. Até sem saber, você me ajuda muito. Quem tem amor na vida, tem sorte!

A Júlio, por ter sonhado todos os meus sonhos durante os anos em que nosso casamento deu certo. Sua confiança, ajuda e torcida me trouxeram até aqui. Você faz parte disso. Vou amar você eternamente.

A Viviane, colega de mestrado, doutorado e AMIGA. Obrigada pela amizade que nasceu durante nosso mestrado e que não tem prazo de validade. Obrigada por ter assumido uma parte da minha coleta de dados quando eu estava impossibilitada de me fazer presente. Obrigada pela parceria na escrita científica e nas dificuldades da vida. Você sabe que passei por muitas dificuldades nestes anos de doutorado. Em uma delas, você foi meu porto seguro, me acolhendo por meses em sua casa. **MUITO OBRIGADA!**

Aos meus eternos pupilos por toda contribuição com meus trabalhos durante os anos de doutoramento. Sorte dos docentes que têm em sua trajetória profissional alunos como vocês. Diego, Lucas, Serlane, Jacqueline, Rafaela, Iraci, Thaynara e Ana Lúcia, **MUITO OBRIGADA!** Carrego vocês da Unijorge para a vida! Como eu amo vocês!

Aos amigos, especialmente, Alice, Isis, Priscila, Sara e Igor (“minha trupe”), Drica, Zé Carlos e Danila pela amizade e companheirismo.

À colega de luta, Márcia Lúcia. Márcia, muito obrigada pela parceria, ajuda e por ter tornado as viagens à Ilha de Maré mais leves. Obrigada pela parceria no tirocínio docente. Você mora no meu coração.

Às colegas de Unijorge e amigas, Claudenice, Danielle, Milena, Maristela e Josely. A convivência com vocês me tornou uma pessoa melhor.

Aos brilhantes alunos do componente curricular “Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade” (ACCS) da UFBA pela leve convivência no tirocínio docente. Larissa, Carol, Fernando, Andreza, Ednalva, Cláudia, Cláudio, Thiago, Ingrid, Jezer, Laila, Amanda, Pedro, Janinne, Ítalo, Débora, Diego, Nicole e Gil, que bom ter convivido com vocês em um pedacinho do doutorado!

Ao colegiado da EEUFBA, especialmente a Tilson, pela representação estudantil e pela parceria nos meus momentos de necessidade.

Aos professores Fernando e Glauber, da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), pela parceria na análise das amostras coletadas neste estudo.

Ao grupo de pesquisa de que faço parte há 7 anos, o CRESCER. Obrigada pelas oportunidades.

Às docentes Carol Ortiz, Márcia Carneiro, Aisiane Cedraz, Alisson Araújo e Juliana Freitas pelas contribuições com meu trabalho.

Aos professores Dr. Gilberto Tadeu e Dr.^a Larissa Chaves, coordenadores do curso de pós-graduação em Enfermagem da UFBA durante a vigência do meu doutorado, e aos demais docentes do curso de doutorado pelas instruções e conhecimentos compartilhados.

A Márcia, colaboradora da secretaria de pós-graduação da EEUFBA, por todo apoio.

Ao Programa de pós-graduação em Enfermagem da UFBA pelas oportunidades e experiências vividas.

À Prof.^a Dr.^a Leidiane Moraes, por ter tido tão boa vontade de contribuir com a minha pesquisa, cedendo prontamente a cartilha por ela criada e validada para que eu pudesse utilizar em meu estudo de doutorado. Obrigada!

A Eliane, enfermeira da Unidade de Saúde da Família de Ilha de Maré, e aos profissionais que atuam naquela unidade de saúde pela contribuição.

À médica pediatra Milana Almeida pelo apoio na prescrição dos antiparasitários.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS!

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço a **Diego** e **Lucas** por terem traçado comigo este caminho, por terem abraçado esta causa, por terem demonstrado tanto amor ao trabalho que era de minha incumbência, por terem levado tão a sério todas as ações por nós conduzidas neste trajeto e por muitas vezes terem deixado de lado o cansaço resultante da vida acadêmica de vocês para me acompanharem à Ilha de Maré nas coletas de dados.

A presença de vocês ao meu lado durante a condução desta pesquisa tornou o processo mais leve e menos tortuoso. Obrigada pelo bom humor (mesmo com o barco sacudindo demais) pelos sorrisos, pelas piadas, pelos lanches compartilhados, pelos “geladinhos” a cada chegada na comunidade, por terem “perambulado” por toda a Ilha comigo sem nunca reclamarem do sol quente, da fome, da sede ou do cansaço.

Sinto que vocês compartilharam comigo meu sonho de doutorado e me ajudaram sobremaneira no processo de doutoramento. Mais que alunos e orientandos de iniciação científica, vocês são amigos e, agora, colegas de profissão.

Como diria Raul Seixas:

*“Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto é realidade”*

Obrigada por terem sonhado comigo meus sonhos de doutorado!

Meus eternos pupilos, amo vocês!

“Jamais considere seus estudos como uma obrigação, mas como uma oportunidade invejável para aprender a conhecer a influência libertadora da beleza do reino do espírito, para seu próprio prazer pessoal e para proveito da comunidade à qual seu futuro trabalho pertencer”.

Albert Einstein

RESUMO

SIQUEIRA, S.M.C. **Prevenção e manejo domiciliar da doença diarreica aguda infantil em comunidade quilombola.** 2020. 302f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

Introdução: A doença diarreica aguda (DDA) é um problema de saúde pública global, caracterizando-se como uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos, especialmente em países em desenvolvimento e em comunidades com precárias condições sanitárias, como é o caso dos quilombos. Frente à importância epidemiológica da diarreia na infância, é necessário o desenvolvimento de ações em saúde que favoreçam a prevenção deste problema e permitam o adequado manejo quando o quadro já está instalado, evitando os óbitos infantis por desidratação, que é a principal complicação da diarreia aguda.

Objetivos: O objetivo geral foi realizar uma pesquisa-ação sobre prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola. **Método:** Foi realizada uma pesquisa-ação que teve como suporte teórico a Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger. O cenário do estudo foi a comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Os participantes foram 64 indivíduos de ambos os sexos, responsáveis por crianças de até cinco anos de idade que já apresentaram algum episódio diarreico. Os dados foram coletados de novembro de 2017 a março de 2020 pela técnica de entrevista e o instrumento foi um roteiro estruturado (elaborado após a realização de três estudos pilotos), após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob número de parecer 3.471.347. Os dados quantitativos foram computados e processados no Programa Epiinfo versão 3.5.1. Para análise destes dados foi adotada a estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas das variáveis quantitativas nominais. Para tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Os resultados desta pesquisa são apresentados a partir de cinco manuscritos: 1) Manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola: uma análise à luz de Leininger; 2) Percepção de genitores sobre a relação entre condições socio sanitárias e ocorrência de diarreia na criança; 3) Itinerário terapêutico da criança quilombola com diarreia aguda; 4) Educação em saúde para preparo do soro caseiro em comunidade quilombola; 5) Prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil em comunidade quilombola. **Considerações finais:** Esta pesquisa permitiu o intercâmbio de experiências entre comunidade e universidade, além de ter potencial para promoção da saúde da criança, prevenção da DDA e adequado manejo deste problema na comunidade em questão. Foi observado que ações de natureza simples, como é o caso das atividades de educação em saúde, são bem aceitas pela população e de fácil aplicação por parte dos profissionais de saúde. Além disso, as visitas domiciliares se revelaram como uma estratégia efetiva no que diz respeito à educação em saúde na comunidade, tendo tido melhor aceitação pelos participantes deste estudo que as reuniões em grupo em um espaço previamente determinado. Espera-se que este estudo tenha contribuído no empoderamento dos participantes no autocuidado e no cuidado à criança quilombola.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Diarreia Infantil. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Enfermagem Pediátrica. Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade.

ABSTRACT

SIQUEIRA, S.M.C. **Prevent and home management of child acute diarrheal diseases in quilombola community.** 2020. 302f. Thesis (PhD in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, Brazil, 2020.

Introduction: The acute diarrheal disease (ADD) is a global public health problem, being characterized as one of the main causes of morbimortality among children under five years of age, mainly in developing countries and communities with precarious sanitary conditions, such as the quilombola communities. Considering the epidemiological importance of diarrheal in childhood, is necessary the development of actions in health that promote the prevention of this problem and allow the adequate handle when the disease is already installed, avoiding the infant deaths secondary to dehydration, which is the main complication of acute diarrheal. **Objectives:** The general objective was to carry out a research-action about prevent and home handle of ADD in children of quilombola community. **Method:** It was carried out a research-action which was theoretically supported the Transcultural Care Theory of Madeleine Leininger. The scenario of study was the quilombola community of Praia Grande, located on Maré Island, in Salvador, Bahia. The participants were 64 individuals of both sexes, responsible for children under five years old who have already presented any episode of diarrheal. Data were collected from November 2017 to March 2020 through technique of interview and the instrument was a structured script (elaborated after the accomplishment of three pilot studies), after approval by the Research Ethics Committee under the number of protocols 3.471.347. The quantitative data were computed and processed in Epiinfo Program version 3.5.1. To analysis of this data were used the descriptive statistics, using absolute and relative frequencies of nominal quantitative variables. In the treatment of qualitative data were used the technique of thematic analysis of Bardin. **Results:** The results of this research are presented from five manuscripts: 1) Management of infant acute diarrhea in quilombola community: an analysis in the light of Leininger; 2) Perception of parents about the relation between sanitary conditions and occurrence of diarrheal in child; 3) Therapeutic itinerary of quilombola child with acute diarrhea; 4) Health education to preparation of sugar/salt solution in quilombola community; 5) Prevention and home management of infant diarrheal in quilombola community. **Final considerations:** This study allowed the exchange of experiences among community and university, besides having potential to promote the child health, to prevent the ADD and adequate management of this problem in Praia Grande. Was observed that actions of simple nature, such as health education activities described, are well accepted by population and easily applicable by health providers. In addition, the home visits showed to be an effective strategy concerning to health education in community, being well received by participants of this study that the group meetings in a space previously determined. Are expected that this study contributes in the empowerment of participants in the self-care and in the care of quilombola child.

Keywords: Child Health. Diarrhea, Infantile. African Continental Ancestry Group. Pediatric Nursing. Community-Based Participatory Research.

RESUMEN

SIQUEIRA, S.M.C. **Prevención y manejo domiciliario de la enfermedad diarreica aguda infantil en comunidad quilombola.** 2020. 302f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2020.

Introducción: La enfermedad diarreica aguda (EDA) es un problema de salud pública global y se caracteriza como una de las principales causas de morbilidad entre los niños menores de cinco años de edad, especialmente en los países en desarrollo y en comunidades con precarias condiciones sanitarias, como los quilombos. En frente de relevancia epidemiológica de la diarrea en la infancia, es necesario el desarrollo de acciones en salud que favorezcan la prevención de este problema y permitan el adecuado manejo cuando el cuadro se ha instalado, evitando las muertes de niños por deshidratación, que es la principal complicación de la diarrea aguda. **Objetivos:** El objetivo general ha sido realizar una investigación-acción sobre prevención y manejo domiciliario de la EDA en niños de comunidad quilombola. **Metodología:** Se ha realizado una investigación-acción, con soporte teórico en la Teoría Transcultural del Cuidado de Madeleine Leininger. El escenario del estudio ha sido la comunidad quilombola de Praia Grande, situada en la Ilha de Maré, en Salvador-BA. Los participantes fueron 64 individuos de ambos sexos, responsables por niños hasta cinco años que han presentado algún episodio diarreico. Los datos se han recolectado de noviembre de 2017 al marzo de 2020 por técnica de entrevista y el instrumento ha sido una ruta estructurada (elaborado después de la realización de tres estudios piloto), después de la aprobación de la pesquisa por el Comité de Ética en Pesquisa con protocolo nº 3.471.347. Los datos cuantitativos fueron calculados y procesados en el Programa Epiinfo versión 3.5.1. Para el análisis de estos datos ha sido adoptada la estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y relativas de las variables cuantitativas nominales. Para el tratamiento de datos cualitativos se utilizó la técnica de análisis temática de Bardin. **Resultados:** Los resultados de esta investigación son presentados a partir de cinco manuscritos: 1) Manejo de la diarrea aguda infantil en comunidad quilombola: un análisis a la luz de Leininger; 2) Percepción de genitores sobre la relación entre condiciones sanitarias y ocurrencia de diarrea en el niño; 3) Itinerario terapéutico del niño quilombola con diarrea aguda; 4) Educación para la salud en la preparación del suero casero en comunidad quilombola; 5) Prevención y manejo domiciliario de la diarrea en el niño en comunidad quilombola. **Consideraciones finales:** Esta pesquisa permitió el intercambio de experiencias entre la comunidad y la universidad, además tiene potencial de promover la salud de los niños, prevenir la EDA y favorecer el adecuado manejo de este problema en la comunidad en cuestión. Se ha observado que acciones de naturaleza simple, como las actividades de educación en salud, tiene una buena aceptación por la población y son de fácil aplicación por parte de los profesionales de la salud. Además, las visitas domiciliarias se han revelado efectivas en lo que concierne a la educación en salud en la comunidad, teniendo mejor aceptación por los participantes de este estudio que las reuniones en grupo en espacio previamente determinado. Se espera que este estudio ha contribuido en el empoderamiento de los participantes en el autocuidado y en el cuidado de la salud del niño.

Palabras clave: Salud del Niño. Diarrea Infantil. Grupo de Ascendencia Continental Africana. Enfermería Pediátrica. Investigación Participativa Basada en la Comunidad.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estado da arte sobre “diarreia infantil” no catálogo de teses e dissertações CAPES, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Salvador-BA, Jun, 2019.	44
Figura 2 -	Crianças transitando descalças pela comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	55
Figura 3 -	Recomendação para infusão de líquidos na fase de manutenção e reposição do Plano Terapêutico C	61
Figura 4 -	Modelo Sunrise proposto por Leininger	90
Figura 5 -	Adaptação dos resultados desta pesquisa a partir do Modelo Sunrise proposto por Leininger	96
Figura 6 -	Ciclo básico da pesquisa-ação	98
Figura 7 -	Vista da comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	99
Figura 8 -	Lanchas ancoradas no Terminal de São Tomé de Paripe para transporte de passageiros à Ilha de Maré, Salvador-BA	101
Figura 9 -	Entrada do Terminal de São Tomé de Paripe, Salvador-BA	101
Figura 10 -	Fossa para descarte de dejetos em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	103
Figura 11 -	Vala a céu aberto em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	103
Figura 12 -	Lixo sendo recolhido para transporte até o continente. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	104
Figura 13 -	Escola Municipal Ilha de Maré. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	105
Figura 14 -	Unidade de Saúde da Família Ilha de Maré. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	106
Figura 15 -	Fábrica comunitária (SOMMAR) em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	107
Figura 16 -	Concessionária EMBASA em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	107
Figura 17 -	Fluxograma com correspondência entre as fases da pesquisa-ação, as atividades e objetivos deste estudo	114

Figura 18 - Fluxograma da manipulação dos dados conforme as fases da análise temática	131
Figura 19 - Igreja Católica localizada no alto da Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	132
Figura 20 - Terreiro de Cosme e Damião da Bela União, situado na Rua Tancredo Neves, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	133
Figura 21 - Terreiro Monakessimbe, situado na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	139
Figura 22 - Fossa séptica situada na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	140
Figura 23 - Esgoto a céu aberto na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA	142

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Síntese dos trabalhos identificados no estado da arte sobre “diarreia infantil” pela associação dos descritores “diarreia infantil” AND “Ancestrais do Continente Africano” no catálogo de teses e dissertações CAPES (n=52). Salvador-BA, Jun, 2019. 45
- Quadro 2** - Síntese dos trabalhos identificados no estado da arte sobre “diarreia infantil” pela associação dos descritores “Diarrhea, Infantile AND African Continental Ancestry Group” na BVS (n=10) Salvador-BA, Jun, 2019. 50

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Internações de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites (n=647.343) no Brasil no período de 2009-2018 quanto ao sexo e faixa etária 68
- Gráfico 2** - Internação de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=647.343) no período de 2009-2018 quanto ao ano e região brasileira 70
- Gráfico 3** - Óbitos de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=789) no período de 2009-2018 quanto ao ano e região brasileira 71
- Gráfico 4** - Internação de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n= 647.343) no período de 2009-2018 quanto ao ano e raça/cor 72

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Óbitos de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=789) no período de 2009-2018 quanto ao ano, faixa etária, sexo, região brasileira e raça/cor 69
- Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=64) da pesquisa. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, nov. 2017 – mar. 2020. 124

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	241
Apêndice 2 -	Roteiro estruturado do primeiro momento da pesquisa	243
Apêndice 3 -	Roteiro estruturado do segundo momento da pesquisa (Pré e pós-teste)	246
Apêndice 4 -	Precárias condições sanitárias da Ilha de Maré: até quando?	252

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 -	Principais microrganismos envolvidos nas DDA, modo de transmissão e principais fontes	259
Anexo 2 -	Veículos mais frequentes e seus respectivos patógenos para a diarreia aguda	260
Anexo 3 -	Associação entre os agentes bacterianos e as manifestações diarreicas	261
Anexo 4 -	Associação entre os agentes virais e as manifestações diarreicas	262
Anexo 5 -	Associação entre os agentes parasitários e as manifestações diarreicas	263
Anexo 6 -	Sinais clínicos para classificação da desidratação na criança com diarreia aguda	264
Anexo 7 -	Escala de Desidratação Clínica de Friedman <i>et al</i>	265
Anexo 8 -	Planos terapêuticos para o cuidado à criança com diarreia aguda	266
Anexo 9 -	Cartaz do Ministério da Saúde para manejo do paciente com diarreia	267
Anexo 10 -	Avaliação, classificação e tratamento da criança com diarreia persistente e disenteria	268
Anexo 11 -	Cartilha entregue aos participantes da atividade de educação em saúde	269
Anexo 12 -	Termo para autorização de uso de cartilha educativa	298
Anexo 13 -	Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	299

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABECIM	Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré
ACD	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento
ACT	Área Corporal Total
AIDIPI	Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	Área de Proteção Ambiental
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CO	Monóxido de carbono
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRESCER	Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDA	Doença Diarreica Aguda
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECEAg	Escherichia Coli Enteroagregativa
ECEH	Escherichia Coli Enterohemorrágica
ECEI	Escherichia Coli Enteroinvasiva
ECEP	Escherichia Coli Enteropatogênica
ECET	Escherichia Coli Enterotoxigênica
EDC	Escala de Desidratação Clínica
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento S/A
FAMA	Fórum Alternativo Mundial de Água
FCMSCSP	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FCP	Fundação Cultural Palmares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
G	Gramma
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Renda
IEC	Instituto Evandro Chagas
IES	Instituição de Ensino Superior
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRR	Infecções Respiratórias Recorrentes
K	Potássio
KCL	Cloreto de potássio
L	Litro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
Na+	Sódio
OMG	Organização Mundial de Gastroenterologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PBF	Programa Bolsa Família
PE	Processo de Enfermagem
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROUNI	Programa Universidade Para Todos
PUC	Pontifícia Universidade Católica
REBRASF	Revista Brasileira de Saúde Funcional
RN	Recém-nascido
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SOMMAR	SOMA de saberes; Som e Mar
SRO	Sais Para Reidratação Oral
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMS	Secretaria Municipal de Salvador

SNC	Sistema Nervoso Central
SPG	Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGI	Trato gastrointestinal
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFes	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSP	Universidade Federal de São Paulo
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNB	Universidade de Brasília
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
UNIJORGE	Centro Universitário Jorge Amado
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
VORH	Vacina Oral Contra o Rotavírus Humano
WGO	Organização Mundial de Gastroenterologia
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	Objetivos.....	33
1.1.1	Geral.....	33
1.1.2	Específicos.....	33
1.2	Justificativa.....	34
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	39
2.1	Estado da arte sobre diarreia infantil.....	39
2.2	Doença diarreica aguda.....	51
2.2.1	Classificação, agentes etiológicos e mecanismos patogênicos para a DDA.....	51
2.2.2	Formas terapêuticas para cuidado à criança com DDA.....	54
2.3	Panorama da diarreia e gastroenterites entre crianças brasileiras na última década.....	67
2.4	Suscetibilidade de indivíduos que habitam comunidades com saneamento básico precário à ocorrência de doenças.....	74
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	84
3.1	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger	84
4	METODOLOGIA.....	97
4.1	Tipo de Estudo.....	97
4.2	Cenário do estudo.....	99
4.3	Participantes do estudo.....	108
4.4	Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	109
4.4.1	Fase exploratória.....	109
4.4.2	Fase de planejamento.....	110
4.4.2.1	Estudos pilotos.....	110
4.4.3	Fase de implementação.....	111
4.4.4	Fase de avaliação.....	113
4.5	Análise dos dados.....	115
4.6	Aspectos éticos.....	118
4.7	Retorno da pesquisa à comunidade de Praia Grande.....	119
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	121

5.1	Caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos participantes.....	124
5.2	Manuscritos.....	142
5.2.1	Manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola: uma análise à luz de Leininger.....	143
5.2.2	Percepção de genitores sobre a relação entre condições socio sanitárias e ocorrência de diarreia na criança.....	160
5.2.3	Itinerário terapêutico da criança quilombola com diarreia aguda.....	173
5.2.4	Educação em saúde para preparo do soro caseiro em comunidade quilombola...	190
5.2.5	Prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil em comunidade quilombola.....	202
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	220
	REFERÊNCIAS.....	223
	APÊNDICES.....	241
	ANEXOS.....	259

1 INTRODUÇÃO

Define-se como doença diarreica aguda (DDA) ou diarreia aguda a diminuição da consistência do bolo fecal em um período inferior a 14 dias, podendo ser as fezes do tipo aquosas ou disentéricas, estas últimas quando há presença de sangue, com ou sem muco (BRASIL, 2013a).

Apesar de a diarreia aguda se tratar de um quadro com curso autolimitado resultante do desequilíbrio entre a absorção e a secreção de líquidos e eletrólitos, conforme apontado por Morais, Tahan e Melo (2013), trata-se de um problema de saúde pública global, uma vez que se apresenta como uma das principais causas de morbimortalidade infantil, especialmente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007a), de modo que de todas as mortes infantis provocadas pela diarreia, 78% dos casos se concentram em países da África e Sudeste Asiático, conforme a Organização Mundial de Gastroenterologia (WGO, 2012), corroborando a ideia da vulnerabilidade de crianças a este agravo em locais subdesenvolvidos.

A importância epidemiológica da diarreia na infância consiste no fato de esta se configurar como a segunda etiologia de óbitos entre crianças menores de 5 anos em nível mundial, ficando atrás apenas da pneumonia (WGO, 2012). Além do potencial de gerar óbito, a ocorrência de diarreia contribui de forma significativa para o agravamento do estado nutricional das crianças (BRASIL, 2007a), além de predispor indivíduos nesta fase da vida a problemas como retardo do crescimento e perturbação do desenvolvimento cognitivo (WGO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam a ocorrência de dois bilhões de casos de doença diarreica por ano em todo o mundo, sendo que nos países em desenvolvimento são registradas 1,9 milhão de mortes de crianças menores de 5 anos de idade por esta causa (WGO, 2012). Cabe destacar que a fundamentação da faixa etária de 5 anos como importante recorte temporal para a diarreia infantil consiste no fato de esta manifestação ainda estar no rol das cinco doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2017a).

Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) revelam que no ano de 2018 foram internadas no Brasil 45.050 crianças menores de 5 anos de idade por conta de diarreia e gastroenterites, sendo 97,1% destas internações caracterizadas como urgentes. A região brasileira que liderou o número de internações foi o Nordeste (38,3%) e a faixa etária com maior número de casos foi 1-4 anos (71,3%), sendo

que os óbitos corresponderam a 0,11% dos casos em todas as regiões, com maior incidência também no Nordeste (41,5%), afetando principalmente as crianças menores de 1 ano de idade (58,4%) (BRASIL, 2019).

É importante salientar que o número de casos diarreicos, possivelmente, é bem superior àquele que é divulgado oficialmente devido à deficiência no registro de dados, já que não se trata de uma afecção de notificação compulsória. Fatores como a notificação eventual e sua associação com o tratamento caseiro geram a subnotificação, mascarando os dados reais acerca do adoecimento por diarreia (PEREIRA; CABRAL, 2008).

Dentre os fatores predisponentes para o surgimento da DDA são destacados, principalmente, aqueles relacionados às condições sanitárias como origem da água, destino dos resíduos sólidos e dos dejetos e ausência de rede coletora. Fatores socioculturais como renda familiar, alimentação, amamentação e nível de escolaridade aparecem como colaboradores para o aumento na incidência deste agravo (PORTELA *et al.*, 2011).

No estudo ecológico realizado por Teixeira, Gomes e Souza (2012), que incluiu 21 países da América Latina, foi demonstrada associação entre cobertura de serviços sanitários e mortalidade por enfermidades diarreicas, revelando que estas taxas são diretamente proporcionais. Assim, foi observado que quanto maior for a cobertura de serviços sanitários e por sistema de abastecimento de água, menor é a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos de idade. Neste mesmo direcionamento, o estudo transversal realizado por Paz, Almeida e Günther (2012) com o objetivo de “verificar associação entre ocorrência de diarreia em crianças de 0-2 anos de idade e características da criança, condições de saneamento e tipo de moradia” concluiu que em núcleos populacionais onde há precárias condições de habitação e falta de acesso a sistemas de saneamento básico o risco de ocorrência de diarreia em crianças é quase 15 vezes maior do que entre aquelas que vivem em condições adequadas de habitação e saneamento.

Diante disto, pode-se dizer que a DDA está fortemente associada às condições socioeconômicas com reflexo nas ações de saneamento, tendo maior incidência em países em desenvolvimento e entre as populações mais carentes, ressaltando as desigualdades sociais existentes entre países e dentro de um mesmo país. Isso significa dizer que as crianças mais afetadas são aquelas que compõem os estratos sociais mais pobres, demandando maior número de atendimentos em unidades de emergência e maior incidência de morbimortalidade relacionada à diarreia.

Conforme adensado nos dados acima, o Nordeste é a região brasileira na qual as crianças são mais acometidas pela diarreia, o que pode ser explicado pelo fato de esta – juntamente à Região Norte do país – se destacar com menor percentual de domicílios adequados, conforme referido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), devendo-se entender “domicílio adequado” como aquele que possui abastecimento de água por rede geral de distribuição, esgotamento sanitário por rede de esgoto ou por fossa séptica e lixo coletado diretamente por serviço de limpeza (HEINEN, 2017).

Considerando-se que a incidência de diarreia é maior quanto piores forem as condições sanitárias, em regiões como Norte e Nordeste o problema assume maior magnitude, de forma que o risco de morte por diarreia entre crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior que no Sul do país, representando cerca de 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida (BRASIL, 2017a).

Cabe pontuar que dentro de uma mesma região as crianças não são afetadas de forma horizontal. Assim, na Região Nordeste há comunidades caracterizadas pela vulnerabilidade social e em saúde, estando suas crianças mais expostas a este e outros agravos com potencial risco de óbito do que aquelas de outros estratos sociais nesta mesma região.

Dentre os núcleos populacionais caracterizados pela suscetibilidade às doenças relacionadas às condições socioambientais, destacam-se as comunidades quilombolas, apontadas em diferentes pesquisas (DAL’VESCO, 2006; SILVA, 2007; GUERRERO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; RIQUINHO, 2009; FREITAS; SILVA; GALVÃO, 2009; MARQUES *et al.*, 2010; TORALES, 2013; CUNHA *et al.*, 2013; Gomes *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014; SIQUEIRA, 2014; BEZERRA *et al.*, 2014; PINHO *et al.*, 2015) como aglomerados humanos caracterizados pela escassez de ações básicas de saneamento, com predisposição a doenças como a diarreia aguda.

De acordo com o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, as comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais, com presunção de ancestralidade negra relacionada à resistência e opressão histórica, com trajetória própria, segundo critérios peculiares de atribuição e dotados de relações territoriais específicas (BRASIL, 2003).

Atualmente, existem no Brasil 3.383 comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), estando estas espalhadas por quase todo o território nacional (exceto no Acre, Roraima e Distrito Federal) e em maior concentração no estado da Bahia (24,61%) (FCP, 2019). Nestas comunidades, pesquisas como aquelas realizadas por Dal’vesco (2006), Andrade *et al* (2011), Cunha *et al* (2013), Soares e Souza (2013) e

Siqueira, Jesus e Camargo (2016) revelam ser elevado o número de patologias associadas à falta de saneamento, como as doenças infecciosas e parasitárias, descortinando a situação de vulnerabilidade em saúde vivenciada pelos remanescentes de quilombos, especialmente as crianças.

Embora as precárias condições socio sanitárias desveladas nestes quilombos possam culminar em alterações do ritmo evacuatório habitual em indivíduos de qualquer faixa etária, salienta-se que na infância esta afecção assume maior importância por conta do potencial de gerar uma situação de urgência pediátrica – mais significativa quanto menor for a criança – que é a desidratação, apontada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017a) como a principal complicação da diarreia aguda, que pode levar à morte quando não tratada.

A OMS (WHO, 2010) caracteriza como desidratação o quadro resultante da perda de líquidos corporais quando não há a devida reposição. Os sinais e sintomas variam de acordo à gravidade do caso, podendo evoluir de uma simples sede à perda da consciência, sendo que tais manifestações é que determinam o adequado cuidado, conforme aventado pelo MS na proposição de planos terapêuticos para os casos diarreicos (SBP, 2017b).

A importância da desidratação na infância, especialmente entre as crianças de menor idade, consiste no fato de que nesta fase da vida os indivíduos possuem maior percentual de água corporal total e superfície corpórea relativamente maior que na fase adulta (FERREIRA, 2011), o que torna a criança mais suscetível à desidratação, inclusive à evolução da forma mais branda para a mais grave e suas consequências.

Transcendendo a contribuição da fisiologia infantil à diarreia e suas consequências e da precarização das ações de saneamento básico nestas comunidades, caracteriza-se ainda como fator de vulnerabilidade para a ocorrência de agravos oriundos da DDA a precariedade de acesso aos serviços de saúde já apontada por diversos autores (GUERRERO *et al.*, 2007; ZOLLNER *et al.*, 2007; SILVA, 2007; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010; SANTOS *et al.*, 2011; TORALES, 2013; MARQUES *et al.*, 2014; PINHO *et al.*, 2015; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016). Assim, além de reunirem diversos fatores que predispõem as crianças à ocorrência de doenças, muitas das quais têm potencial de gravidade, estas comunidades não contam com serviços de saúde de maior complexidade para dar suporte às intercorrências que possam advir destes agravos, sendo os serviços de saúde existentes, quando disponíveis, de natureza básica e, muitas vezes, ineficazes às demandas dos usuários, conforme referido nas pesquisas de Siqueira, Jesus e Camargo (2016) e de Marques *et al* (2014), tendo esta última revelado em seus resultados “baixa fidelidade do serviço aos

atributos da atenção primária”, o que pode ser expandido para a realidade de diferentes unidades de saúde existentes em quilombos.

Para Silva *et al* (2008), por terem tido seus territórios consolidados em regiões periféricas, os remanescentes de quilombos estão sujeitos às consequências da separação física de grandes grupos urbanos, sendo uma delas a precariedade de acesso aos serviços de saúde, especialmente os de maior complexidade, como os de urgência e emergência (WAKERMAN *et al.*, 2008; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016) que, em geral, não estão disponíveis nestas comunidades.

Diante disso, alerta-se para a necessidade de estas pessoas serem orientadas a procurar atendimento precoce na Unidade Básica de Saúde (UBS), descrita por Siqueira Jesus e Camargo (2016) como o único serviço geralmente disponível nestas comunidades, de forma a prover o adequado diagnóstico e tratamento da situação apresentada, evitando a evolução do quadro da criança (BRASIL, 2017a).

Além da contribuição dos profissionais de saúde neste processo, destaca-se a relevância da educação dos cuidadores na assistência à criança com diarreia aguda, pois conforme alertam Melo, Lima e Sarinho (2005), quando os responsáveis são educados para o controle das doenças da criança, estes usam de forma adequada a terapêutica medicamentosa prescrita, são capazes de identificar o momento mais oportuno para adentrar o serviço de urgência e executam apropriadamente as medidas de controle ambiental, quando estas encontram-se ao seu alcance. Corroborando tal pensamento, Brandt, Antunes e Silva (2015) ressaltam a importância de as famílias serem educadas quanto à hidratação precoce nos casos diarreicos, bem como acerca do reconhecimento dos sinais de inefetividade da terapia de reidratação oral (TRO) e sinais de desidratação.

Como mecanismo de enfrentamento dos fatores de vulnerabilidade infantil em comunidades quilombolas, faz-se necessária a elaboração e implementação de ações que estejam moldadas às características e necessidades da comunidade. No contexto da DDA, estas ações se relacionam ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde que permitam aos cuidadores a aquisição de conhecimentos direcionados à prevenção da diarreia aguda e ao cuidado à criança com esta manifestação, prevenindo a ocorrência de quadros de desidratação e desnutrição, destacando-se, para tanto, a importância de uma intervenção em saúde.

Apesar da possível existência do fenômeno de transculturação nestas comunidades, referido por Ortiz (1983) como o processo de transição de uma cultura para outra, é

pertinente salientar que os quilombolas, por se tratarem de indivíduos que habitam comunidades tradicionais, têm formas peculiares de cuidado, apontadas em estudos realizados nestas localidades, como é o caso daqueles desenvolvidos por Siqueira *et al* (2016), Santos *et al* (2011) e Morais (2013), como o uso de plantas medicinais no preparo de remédios caseiros (chás, xaropes e raizadas), banhos, uso de amuletos e práticas religiosas. Embora esses cuidados também possam ser observados em comunidades não tradicionais, refere-se que estas se tratam de práticas populares de saúde que têm interferência direta da cultura (MORAIS, 2013), sendo, portanto, fortemente observadas em comunidades tradicionais em diferentes contextos de cuidados, inclusive a crianças com DDA.

A cultura é caracterizada na Enfermagem como um dos parâmetros essenciais ao chamado “cuidado congruente”, apontado por Madeleine Leininger, teórica que elaborou a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural” (utilizada nesta tese como referencial teórico), como parte fundamental dos cuidados em saúde para que a assistência seja, de fato, completa (LEININGER, 1991a). Diante disso, ressalta-se que o desenvolvimento de atividades de educação em saúde voltadas à prevenção e manejo domiciliar da DDA infantil deve levar em consideração, dentre outros aspectos, o aparato cultural existente na comunidade onde o estudo foi realizado, de forma que o modo de ação a ser implementado (preservação ou manutenção cultural do cuidado, acomodação ou negociação cultural do cuidado e repadronização ou reestruturação cultural do cuidado) (LEININGER, 1991b) seja baseado nos padrões culturais e não apenas na perspectiva científica do cuidado.

Face à pertinência deste assunto e partindo-se do pressuposto de que a implementação de uma intervenção direcionada à DDA infantil representa a interseção entre a academia e a comunidade, permitindo o intercâmbio de saberes e o extrapolamento das ações mecanicistas do cuidado, com perspectiva de empoderamento dos envolvidos, este estudo se justificou pela necessidade de assegurar um atendimento qualificado e compatível à realidade e necessidade das crianças do *lócus* onde foi implementada esta pesquisa, com potencial de prevenir a ocorrência de situações de urgência e emergência pediátrica secundárias à diarreia em uma localidade onde não há serviços que abarquem tal demanda, favorecendo inclusive o fortalecimento destes indivíduos e dos profissionais de saúde que atuam nestas comunidades para o cuidado congruente à criança quilombola.

Além disso, parte-se da premissa de que os saberes acadêmicos devem ser amplamente difundidos e socializados, de forma a oferecer à sociedade estratégias de melhoria da qualidade de vida da população, permitindo o desenvolvimento, seja na área do ensino, pesquisa ou extensão, de ações que favoreçam o alcance de políticas públicas, como a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2007b) e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) (BRASIL, 2013b) e, mais significativamente, atender a uma das prioridades definidas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), que é a saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (Subagenda de pesquisa em saúde nº 4) (BRASIL, 2008).

Ademais, para o campo da Enfermagem, a realização de uma intervenção direcionada à DDA assegura que o relacionamento entre os profissionais desta área e a comunidade transcenda a relação entre profissional e cliente dentro de serviços institucionalizados de saúde, atingindo a efetiva operacionalização das políticas públicas intersetoriais e cumprindo o propósito primário da profissão, que é o de oferecer, direta ou indiretamente, um cuidado qualificado e de excelência à população.

A relevância do estudo detém-se na possibilidade de garantir às crianças remanescentes de quilombos a assistência necessária para prevenção e cuidado à diarreia aguda, permitindo o desenvolvimento de uma assistência congruente à realidade de Praia Grande, evitando assim a necessidade de adentrar serviços de maior complexidade e, quando for o caso, que estas pessoas sejam esclarecidas quanto aos devidos encaminhamentos destas crianças.

A motivação para escolha desta temática está centrada em três razões. Inicialmente, por conta do exercício profissional em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), foi possível perceber que é grande a quantidade de crianças que são admitidas no serviço com quadros diarreicos, algumas das quais apresentando desidratação (de diferentes níveis) por conta da ausência de cuidado adequado a uma situação simples que acabou por se converter em um problema de maior complexidade. Assim, os responsáveis por estas crianças acabam empregando, muitas vezes, posturas inapropriadas no que concerne à hidratação da criança, alimentação e terapia medicamentosa durante os quadros diarreicos, o que agrava o quadro com conseqüente necessidade de uma assistência mais complexa.

O segundo fator motivacional para este estudo foi a sensibilidade, despertada enquanto docente e enfermeira, na identificação da situação de degradação vivenciada pelas pessoas que vivem em Praia Grande frente às precárias condições socio sanitárias, caracterizadas pela presença de esgotos a céu aberto em toda sua extensão, ausência de rede de esgoto (com deposição de dejetos ao mar), indisponibilidade de água potável diariamente e inexistência de estrutura sanitária em todos os domicílios. Além disso, há a precariedade de acesso aos serviços de saúde, fatores estes que em sua totalidade suscetibilizam a criança à ocorrência de DDA e suas consequências.

A terceira motivação emergiu durante o curso de mestrado em Enfermagem quando, ao auferir os resultados da pesquisa, foi observado que a diarreia aguda e suas consequências figuraram como importante causa de urgência e emergência entre as crianças da comunidade de Praia Grande. Além disso, foi descortinada a situação de vulnerabilidade em saúde destas pessoas frente ao acesso aos serviços institucionalizados. O estudo, que teve como objetivo “conhecer os itinerários terapêuticos em situações de urgência e emergências pediátricas adotados por uma comunidade quilombola”, revelou que o itinerário terapêutico delineado por estas crianças e seus responsáveis é um caminho tortuoso, marcado por iniquidades em saúde e falta de acolhimento tanto por parte da única instituição de saúde disponível na ilha como fora dela ao chegar no continente. Em vistas deste resultado e a partir da necessidade de contribuir com a comunidade supracitada e com outros quilombos que enfrentam problemas similares no que concerne ao acesso aos serviços de saúde, este estudo foi idealizado buscando qualificar o cuidado à criança com DDA a partir da elaboração e implementação de uma intervenção direcionada a estes casos.

Diante do exposto, este estudo teve como objeto **“Prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola”**, e foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: **Quais ações podem ser utilizadas para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola?**

1.1 OBJETIVOS

Para responder ao questionamento acima exposto, foram definidos os seguintes objetivos:

1.1.1 Geral:

- Realizar uma pesquisa-ação sobre prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola.

1.1.2 Específicos:

Os objetivos específicos foram divididos em 4 categorias, obedecendo-se às 4 fases da pesquisa-ação propostas por Thiollent (2011).

Fase 1 – Investigação

- Apreender a percepção de responsáveis por crianças quilombolas acerca da relação das condições socio sanitárias da comunidade e a ocorrência da diarreia;
- Identificar quais medidas preventivas são adotadas pelos responsáveis para prevenção da DDA infantil;
- Verificar quais cuidados pertinentes ao subsistema informal são prestados à criança com diarreia em uma comunidade tradicional;
- Apreender como os responsáveis por crianças com DDA identificam os sinais de desidratação e quais cuidados são ofertados às crianças nestes casos;
- Investigar o conhecimento dos responsáveis por crianças quilombolas acerca do preparo do soro caseiro;
- Delinear o itinerário terapêutico da criança com diarreia na comunidade quilombola em questão;
- Descrever como ocorre o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola à luz da teoria de Leininger.

Fase 2 – Planejamento

- Planejar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola;

Fase 3 – Implementação

- Realizar ações de educação em saúde para preparo do soro caseiro no domicílio dos participantes;
- Executar o projeto “Doe um chinelinho e ajude a combater a diarreia infantil”;
- Socializar conhecimentos sobre prevenção e cuidados à criança com DDA;
- Realizar intervenções para prevenir e cuidar da criança com diarreia.

Fase 4 - Avaliação

- Avaliar, de forma imediata e mediata, o conhecimento e as práticas dos participantes sobre o preparo do soro caseiro, medidas de prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil após intervenções.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ultimamente, as pesquisas realizadas em quilombos têm aumentado significativamente, dando maior visibilidade à questão das vulnerabilidades vivenciadas por estes indivíduos e apontando para estratégias de melhoria das suas condições de saúde. Contudo, tais levantamentos nem sempre são acompanhados por palpáveis ações de saúde que apresentem potencial de melhorar o panorama de vida destas pessoas, ficando geralmente a pesquisa no campo descritivo, sendo imprescindível que os pesquisadores que “exploram” estes ambientes como *lócus* de pesquisa deem à comunidade um retorno com possibilidade de melhoria das suas condições de vida.

Diante disso, delineou-se uma proposta que (imaginou-se), de alguma forma, tivesse potencial de melhorar o contexto de saúde da comunidade quilombola de Praia Grande, a qual foi antecedida por uma pesquisa de mestrado, cujos resultados serviram para embasar o estudo a que este projeto se propõe.

A DDA como objeto de pesquisa se relacionou ao fato de a comunidade de Praia Grande ter precárias condições de saneamento, permitindo pressupor que a ausência destas ações é capaz de ocasionar significativo número de infecções intestinais entre as crianças, acompanhadas de manifestações que, em pediatria, podem culminar em situações urgentes, como é o caso da desidratação e desnutrição.

A relevância de uma intervenção direcionada à diarreia tem como suporte evidências científicas, as quais apontam para a magnitude deste problema em localidades com características similares às de Praia Grande, as quais:

- 1) A diarreia constitui-se na atualidade em países emergentes como uma das principais causas de morbimortalidade infantil (BRASIL, 2007a), ficando atrás apenas da pneumonia no que concerne ao óbito de crianças menores de 5 anos em todo o mundo (WGO, 2012);
- 2) A deficiência no tratamento e destinação adequada do esgoto é causa de milhares de doenças no Brasil, especialmente entre as crianças, sendo a diarreia um dos problemas mais comuns no que concerne à falta de saneamento (FAMA, 2018). Conforme destacado por Mota, Sousa e Silva (2015), o sucateamento da rede de esgoto é responsável pela ocorrência de uma série de doenças, dentre as quais a diarreia, e mesmo que sejam utilizados outros mecanismos de esgotamento, como é o caso das fossas construídas em alguns domicílios de Praia Grande, o problema ainda persiste;
- 3) As crianças residentes em locais que concentram os piores valores socioambientais relacionados à pobreza e ao saneamento básico estão mais expostas ao risco de óbito pela diarreia (BÜHLER *et al.*, 2014);
- 4) Além de predispor as crianças destas comunidades à ocorrência de diarreia, as precárias condições de vida também são associadas a manifestações mais graves deste problema, como é o caso da desidratação e desnutrição, apontadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2014) como os efeitos fisiológicos mais importantes da DDA;
- 5) Numa comunidade litorânea como Praia Grande, a coleta de mariscos se constitui como uma das principais fontes de renda para obtenção do sustento e também um mecanismo para consumo próprio (MOURA; SANTOS NETO; ALMEIDA, 2008). Destaca-se, contudo, que a contaminação ambiental, relacionada, dentre outros aspectos, ao despejo de dejetos ao mar – por conta da inexistência de uma rede de esgoto – compromete além da água a área de manguezal e a vida animal ali existente, utilizada pela população para alimentação e comércio (GOIS *et al.*, 2011). Assim, refere-se que a ingestão de alimentos contaminados e água sem tratamento são fontes para a ocorrência de diarreia de repetição, o que pode comprometer seriamente o estado nutricional e o crescimento da criança, especialmente aquelas na faixa etária de 0 a 5 anos, dada a importância dos fatores externos para o desenvolvimento físico e intelectual nesta fase da vida (FAMA, 2018);

- 6) Considerando-se que as desigualdades a que as crianças quilombolas estão expostas aumenta sua suscetibilidade à ocorrência de inadequado estado de saúde e nutrição (ASSIS *et al.*, 2007), faz-se imprescindível a realização de intervenções direcionadas ao cuidado à criança com diarreia, de forma a prevenir a ocorrência de problemas graves na infância como a desnutrição e os quadros de sepse grave associados à diarreia crônica (RAMOS-SILVA; KRÜGER; SILVA, 2017);
- 7) Juntamente com a nutrição, a hidratação é apontada como uma das intervenções com maior impacto no curso da diarreia aguda ao se considerar que os distúrbios hidroeletrólíticos e os déficits nutricionais são as principais complicações da DDA e a base para seu manejo (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015). Diante disso, é imprescindível que os responsáveis por crianças residentes nestas comunidades sejam esclarecidos acerca da importância da hidratação da criança com diarreia, especialmente no que concerne ao uso dos sais para reidratação oral (SRO) e soro caseiro e sobre o início precoce da hidratação oral (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015);
- 8) Além de ser um fator de risco para a diarreia, a desnutrição é uma consequência deste agravo (OCHOA; SALAZAR-LINDO; CLEARY, 2004), tratando-se de um problema de origem multifatorial e complexa que tem suas raízes na pobreza (CAUÁS *et al.*, 2006). Assim, é relevante que a criança com diarreia aguda seja devidamente tratada, prevenindo a ocorrência da forma persistente e suas consequências;
- 9) Apesar de haver controvérsias no que concerne ao uso do soro caseiro por conta do risco do inadequado preparo e consumo (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015) e por não ser este completo e exato nas dosagens (BRASIL, 2014a), sendo recomendado desde 1971 pela OMS e UNICEF a utilização dos SRO (BRASIL, 2007a), destaca-se que quando não se tem acesso aos SRO, o MS refere que o soro caseiro deve ser utilizado (BRASIL, 2014a). Diante disso, em comunidades quilombolas, onde sabe-se que estes sais nem sempre estão disponíveis – pelo difícil acesso e acessibilidade aos serviços de saúde – presume-se que o uso do soro caseiro tem melhores resultados em detrimento do uso somente da água, uma vez que em sua composição simula o líquido orgânico, o qual é composto por água, sódio e glicose (MUNDO ESTRANHO, 2018).

- 10) Atenção especial deve ser direcionada aos quilombolas, tanto no que concerne às ações de prevenção, diagnóstico e controle de doenças, como para as de promoção à saúde (JESUS *et al.*, 2016). Assim, a realização de atividades de educação em saúde é essencial no sentido de empoderar estes atores sociais no que diz respeito à prevenção da DDA e ao cuidado à criança com esta manifestação, especialmente ao se considerar a associação entre acesso à educação e melhores níveis de saúde e bem-estar (PAES; PAIXÃO, 2016);
- 11) O MS (BRASIL, 2007a) aponta o manejo adequado da diarreia aguda como a principal estratégia para reduzir a mortalidade por esta causa, de forma que o manuseio correto desta condição no domicílio é capaz de conduzir os quadros diarreicos infantis à cura espontânea, sem desidratação (BRASIL, 2007a). Diante disso, uma intervenção para prevenção da DDA e cuidados à criança com esta manifestação é relevante pelo potencial de evitar a evolução de uma condição “simples” para uma potencial situação de urgência/emergência em uma comunidade onde não estão disponíveis serviços desta complexidade (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

Frente a tais assertivas e considerando-se a realidade da comunidade onde foi conduzido o estudo, priorizou-se a abordagem desta temática, que se apresenta como relevante, dado o potencial de contribuir com a realidade das pessoas que ali residem.

Ademais, a proposta metodológica desta tese englobou ações de educação em saúde para a comunidade, visto ser a educação caracterizada como a intervenção de maior destaque para a prevenção de agravos evitáveis, como a diarreia infantil, conforme adensado por Oliveira *et al* (2017), alertando para a importância do processo educativo na saúde.

Além disso, por reconhecer a relevância da contribuição ambiental no desencadeamento da DDA e observar as precárias condições de saneamento básico experimentadas pela comunidade onde foi realizado este estudo (assim como outras comunidades quilombolas), um dos seus produtos será a elaboração de um relatório direcionado à gestão municipal de Salvador-BA com os resultados aqui auferidos, dada a importância das medidas de controle ambiental na prevenção da diarreia e suas consequências. Este relatório tem potencial de contribuir na elaboração de políticas públicas municipais, impactando, inclusive, na intersetorialidade Saúde-Meio Ambiente.

Adensando a importância do envolvimento da gestão municipal neste processo, Roseiro e Takayanagui (2006) reafirmam o fundamentalismo do estabelecimento de uma política ambiental para o município e de estudos que favoreçam a elaboração e implementação de políticas públicas para assegurar uma melhor qualidade do ambiente.

Cabe ressaltar, ainda, que apesar do crescente número de estudos nestas comunidades e da já conhecida vulnerabilidade social que as mesmas enfrentam, há uma escassez de pesquisas no que concerne à diarreia como objeto de investigação entre crianças quilombolas, conforme evidenciado em levantamento do estado da arte (Figura 1 e Quadros 1 e 2) realizado pela autora deste trabalho, o qual revelou que nos programas de pós-graduação *strictu sensu* brasileiros há apenas uma pesquisa de doutorado (Quadro 1) relacionada à diarreia infantil em crianças quilombolas e no que diz respeito à publicação de artigos que tenham a diarreia como objeto de investigação, foram encontrados apenas 10 (Quadro 2), contudo nenhum se relaciona especificamente à criança quilombola, podendo-se, portanto, conjecturar ineditismo desta proposta, com o potencial de aplicabilidade das intervenções aqui realizadas em outras comunidades.

Ressalta-se também a relevância da realização de pesquisas em quilombos brasileiros, com delineamentos que possibilitem o reconhecimento de suas especificidades e colaborem na construção e implementação de políticas públicas que contribuam no enfrentamento das desigualdades e redução da vulnerabilidade social destas comunidades (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014).

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 ESTADO DA ARTE SOBRE DIARREIA INFANTIL

O Estado da Arte, conforme referido por Ferreira (2002), se relaciona a uma pesquisa de caráter bibliográfico que busca mapear e discutir produções em diferentes campos de conhecimento na perspectiva de revelar aspectos e dimensões privilegiados em diferentes épocas e lugares e as condições em que são produzidos trabalhos acadêmicos e científicos.

Em se tratando da Enfermagem, Prado e Gelbcke (2001) consideram que no Brasil, os profissionais desta área têm se preocupado constantemente com o Estado da Arte da produção do conhecimento na busca pela sua consolidação, disseminação e aplicação. Assim, houve ampliação das pesquisas – que se iniciaram junto aos programas de pós-graduação – e dos desenvolvedores das mesmas, passando de uma atividade individual para coletiva, na qual são envolvidos núcleos de pesquisa. Como reflexos da ampliação das pesquisas, observa-se a aplicabilidade na prática e no ensino de graduação em Enfermagem.

Na Enfermagem, a produção científica se configura como sua base de sustentação, a qual está respaldada na investigação dos fatos do cotidiano profissional, em indagações teórico-filosóficas ou na organização profissional, sendo o desenvolvimento de pesquisas a base para a construção do seu arcabouço teórico-filosófico (PRADO; GELBCKE, 2001).

Dentre as fontes documentais para o Estado da Arte destacam-se os catálogos, cujo uso atende aos anseios das universidades de socializar sua produção à comunidade científica e à sociedade, quebrando com a prática de restringir os trabalhos produzidos às prateleiras das universidades. Além disso, a socialização destes trabalhos corresponde a uma exigência da sociedade, que vê a universidade como prestadora de serviços devendo, portanto, ser avaliada. Nesta conjuntura, os catálogos atendem tanto a anseios internos da universidade quanto à pressão externa para regular e controlar a produção científica (FERREIRA, 2002).

Destaca-se ainda que a divulgação das pesquisas que estão sendo produzidas em Instituições de Ensino Superior (IES) oferece à comunidade em geral um panorama acerca dos temas mais comumente investigados e, por conseguinte, daqueles em que existe lacuna na pesquisa, favorecendo, dentre outros aspectos, o planejamento estratégico de estudos em áreas em que haja escassez de pesquisas, incrementando a produção de conhecimentos, com perspectiva de retorno para a sociedade.

Palanch e Freitas (2015) corroboram o pensamento supracitado ao referirem que as pesquisas do tipo Estado da Arte podem contribuir na constituição do campo teórico de uma área do conhecimento, permitindo identificar aportes significativos da construção da teoria e

como alternativas para solução de problemas, apontar as restrições sobre o campo em que se move a pesquisa e as experiências inovadoras.

Diante do exposto, foi mapeado o Estado da Arte acerca da temática “diarreia na infância” no catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), o qual é apresentado neste capítulo por meio da socialização e discussão da Figura 1 e Gráficos 1 e 2.

Ao tratarem as etapas envolvidas na construção do Estado da Arte, Palanch e Freitas (2015) citam as seguintes: 1) Definição dos descritores para a busca; 2) Localização dos bancos de pesquisa; 3) Determinação dos critérios de composição do material que integrará o *corpus* do estudo; 4) Coleta dos materiais; 5) Leitura do material encontrado e elaboração de síntese sobre o mesmo; 6) Organização de relatórios acerca das sínteses, com destaque para as tendências do tema abordado; 7) Elaboração das conclusões preliminares.

Diante dos passos acima expostos, o Estado da Arte aqui apresentado teve a seguinte sistematização:

- 1) Foram definidos os descritores “diarreia infantil” e “Grupo com Ancestrais do Continente Africano” e sua versão em inglês (Diarrhea, Infantile AND African Continental Ancestry Group) para a busca de materiais, os quais foram consultados na biblioteca dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Ambos os descritores foram eleitos por se considerar que sua junção abrangeria o objeto de estudo proposto nesta tese, bem como a população estudada;
- 2) Posteriormente, foram determinados os bancos de pesquisa. No contexto do uso de catálogos como fonte documental, conforme demonstrado na Figura 1 e no Quadro 1, o levantamento bibliográfico foi realizado no portal da CAPES, selecionado por ser o único portal de domínio público no qual constam oficialmente as publicações dos programas *strictu sensu* do país. Em se tratando dos locais de indexação de artigos, conforme exposto na Figura 1 e no Quadro 2, foi selecionada a BVS e a SciELO. A primeira foi eleita por se tratar de um elemento do MS, o qual disponibiliza bases de dados bibliográficas referenciais, além de bases de dados internacionais (BRASIL, 2014b). Quanto à base SciELO, sua escolha se relacionou ao fato de ser uma biblioteca com ampla abrangência de uma coleção selecionada de periódicos científicos (SCIELO, S.D.), não se tratando de uma base contida na BVS;
- 3) Para integrarem o *corpus* do estudo, os critérios de composição do material foram apenas a identificação dos mesmos pelo uso dos descritores citados no passo 1,

independente de recorte temporal, instituição de ensino, sujeitos de pesquisa e área (no caso do banco da CAPES) e de recorte temporal, idioma, periódico e base de dados (no caso da BVS e SciELO);

4) A coleta dos materiais ocorreu em junho de 2019 pelo uso dos descritores diarreia infantil *AND* Grupo com Ancestrais do Continente Africano no catálogo da CAPES e Diarrhea, Infantile *AND* African Continental Ancestry Group na BVS e SciELO;

5) A síntese dos materiais encontrados foi elaborada em forma de figura (Figura 1) e quadros (Quadros 1 e 2), os quais são apresentados e discutidos a seguir;

Os passos 6 e 7, que tratam da “organização de relatórios acerca das sínteses, com destaque para as tendências do tema abordado” e “elaboração das conclusões preliminares”, respectivamente, serão apresentados abaixo sob o formato de texto à medida em que forem sendo discutidos a Figura e os Quadros elaborados para ilustrar o Estado da Arte.

No que concerne ao Estado da Arte sobre diarreia infantil, realizado no catálogo de teses e dissertações da CAPES, conforme demonstrado na Figura 1, pela associação dos descritores diarreia infantil *AND* Grupo com Ancestrais do Continente Africano, foram encontrados 4.265 trabalhos, dos quais, a partir de análise minuciosa do título foi observado que apenas 52 se tratavam de fato da diarreia. Destaca-se que os demais trabalhos foram excluídos porque se relacionavam a temas diversos, a exemplo do cuidado a crianças quilombolas em outros contextos que não a diarreia, reidratação infantil, psicoterapia e evolução nutricional de crianças com enteropatógenos.

Ao se analisar o público vitimado por este problema, verificou-se que 1 dos trabalhos se relacionava à diarreia em animais, 50 à diarreia em crianças e em 1 dos títulos consultados não havia referência aos sujeitos de pesquisa. Dos trabalhos relativos à diarreia entre crianças, 32 eram do tipo dissertação e 18 do tipo tese. Ao direcionar a análise para as crianças pesquisadas, verificou-se que em apenas 1 destes trabalhos estas eram quilombolas (tese), o que descortina a escassez de produções em programas de pós-graduação *strictu sensu* no Brasil no que concerne a esta população específica, mesmo sendo conhecidas as condições sanitárias desfavoráveis destas comunidades e a maior propensão de crianças à ocorrência de diarreia e suas consequências.

No Quadro 1 é exposta a síntese dos 52 trabalhos selecionados no catálogo da CAPES pela associação dos descritores diarreia infantil *AND* Grupo com Ancestrais do Continente Africano. A apresentação dos estudos encontrados ocorreu pela divulgação da autoria, ano de

defesa, título do trabalho, instituição onde foi produzida a dissertação/tese, tipo de estudo, sujeitos de pesquisa e área. Convém destacar que a organização do quadro ocorreu pela ordem cronológica de publicação, sendo o trabalho mais antigo identificado pelo numeral 1 e o mais recente pelo numeral 52.

Conforme demonstrado no Quadro 1, o trabalho mais antigo (n=1) publicado no catálogo da CAPES acerca da diarreia infantil data do ano de 1990, e os mais recentes (n=6) foram publicados no ano de 2018. Quanto à estratificação por década, a maioria dos trabalhos encontrados (n=22) foi publicada a partir do ano de 2010, sendo que destes, o maior número de publicações ocorreu no ano de 2018 (n=6), revelando uma maior aproximação dos pesquisadores com a temática em questão nos últimos anos.

Em relação ao tipo de estudo, houve maior número (n=32) de dissertações que de teses (n= 18) e a região brasileira que teve mais publicações a respeito deste objeto de estudo em programas de pós-graduação *strictu sensu* foi o Sudeste (n=29), seguido do Nordeste (n=17), Norte (n=3), Centro-Oeste (n=2) e Sul (n=1). As instituições em que se observou maior número de publicações acerca da diarreia infantil estão localizadas no estado de São Paulo: a Universidade Federal de São Paulo (UFSP) (n=8) e Universidade de São Paulo (USP) (n=6).

No que concerne à área de concentração, de acordo com o nome do programa, o maior quantitativo de produções ocorreu na área de Pediatria (n=17), seguida da Enfermagem (n=6), Microbiologia (n=5), Doenças Infecciosas (n=2), Saúde Materno Infantil (n=2), Saúde Pública (n=2), Farmácia (n=2), Medicina Preventiva (n=1), Ciências Médicas (n=1), Ciências da Saúde (n=1), Medicina (n=1), Educação (n=1), Ciências Biológicas (n=1), Biologia Parasitária (n=1), Farmacologia (n=1), Patologia (n=1), Medicina Tropical (n=1), Ciências Fisiológicas (n=1), Patologia (n=1), Doenças Tropicais (n=1), Atenção à Saúde (n=1), Virologia (n=1) e Biotecnologia (n=1).

No Quadro 2 é exposta a síntese dos 10 artigos selecionados pela associação dos descritores Diarrhea, Infantile AND African Continental Ancestry Group, na BVS. Assim como ocorreu no Quadro 1, a apresentação dos estudos se deu pela ordem cronológica de publicação, sendo o trabalho mais antigo identificado pelo numeral 1 e o mais recente pelo numeral 10. As informações contidas no quadro se relacionam à autoria, ano de publicação, título do trabalho, periódico, base de dados e idioma.

De acordo com o Quadro 2, o artigo mais antigo (n=1) acerca desta temática foi publicado pela South African Medical Journal no ano de 1969, e os mais recentes (n=3) foram publicados há 30 anos (1989) nos periódicos South African Medical Journal (n=2) e Curationis (n=1). Este dado revela que os artigos publicados tendo como objeto de estudo a diarreia

infantil, apesar da magnitude deste problema, ainda são escassos na literatura, especialmente no que concerne à criança quilombola, uma vez que dos artigos expostos no Quadro 2, nenhum se refere a esta população especificamente.

Quanto à estratificação por década, a maioria dos trabalhos encontrados (n=8) data dos anos 1980, sendo que destes, o maior número de publicações ocorreu no ano de 1989 (n=3).

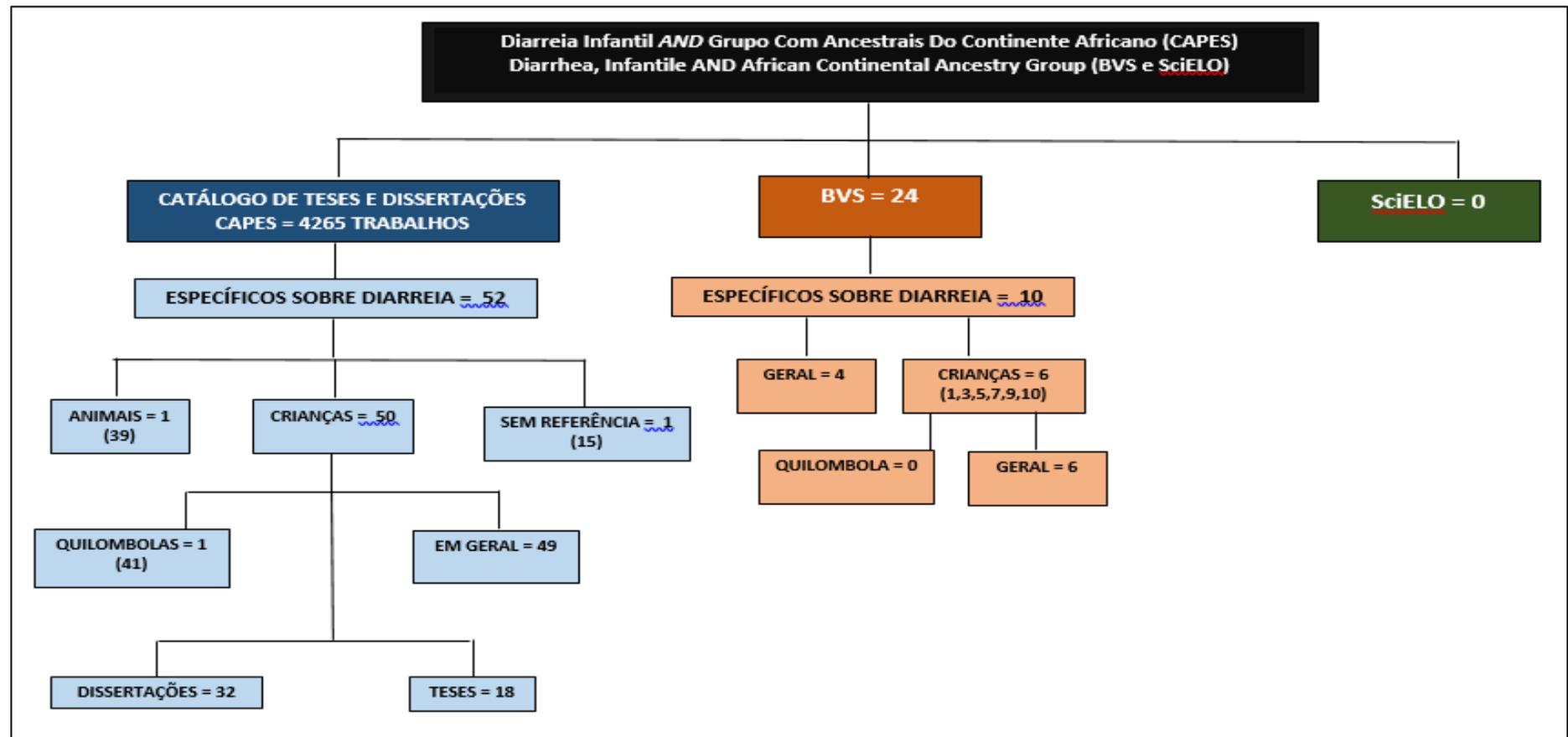
Todos os estudos identificados foram publicados na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), com a maioria (n=9) disponível no idioma Inglês e 1 em Africano. O periódico com maior quantitativo de publicações foi o South African Medical Journal (n=5).

Em se tratando da base SciELO, selecionada como um dos locais de busca dos materiais do Estado da Arte deste estudo, conforme demonstrado na Figura 1, não foi identificado nenhum trabalho a partir dos descritores acima referidos.

Dados os resultados auferidos neste Estado da Arte, destaca-se o ineditismo da proposta de abordar a diarreia infantil em comunidades quilombolas como objeto de estudo, uma vez que foi demonstrada escassez de pesquisas acerca desta temática tanto nos programas de pós-graduação *strictu sensu* como nas bases de dados consultadas, tendo sido identificado, inclusive, que as publicações acerca da diarreia infantil são muito antigas, datando de três décadas.

Diante disso, reforça-se a importância da realização de estudos que revelem o panorama atual acerca dos cuidados à criança com diarreia, especialmente em comunidades com condições caracterizadas como risco para a ocorrência deste problema, como é o caso dos quilombos.

Figura 1 - Estado da arte sobre “diarreia infantil” no catálogo de teses e dissertações CAPES, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO)¹.



Fonte: Catálogo de teses e dissertações CAPES, 2019.

¹ Os números apresentados entre parênteses na figura acima se referem à ID dos trabalhos analisados, contida nos Quadros 1 e 2. O trabalho na figura acima, que consta como “sem referência aos sujeitos de pesquisa”, não pode ser consultado porque o mesmo não estava disponível no catálogo da CAPES nem no repositório da instituição responsável pelo programa de pós-graduação (Universidade de Brasília).

Quadro 1 - Síntese dos trabalhos identificados no estado da arte sobre “diarreia infantil” pela associação dos descritores “diarreia infantil” AND “Ancestrais do Continente Africano” no catálogo de teses e dissertações CAPES (n=52).

ID	AUTOR(A)	ANO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO	TIPO	SUJEITOS DE PESQUISA	ÁREA
1	Barison EM	1990	Diarreia prolongada em lactentes hospitalizados: sua distribuição sazonal, por grupo etário e nutricional e sua associação com infecção hospitalar	USP	Dissertação	Crianças	Medicina Preventiva
2	Silva GAP	1991	Diarreia aguda associada a escherichia coli enteropatogenica clássica em lactentes de baixas condições socioeconômicas do recife aspectos clínicos e microbiológicos	UFPE	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
3	Oliveira AMAS	1991	Protozooses intestinais associadas a diarreia aguda infantil	UFPE	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
4	Escobar AMU	1993	Contribuição ao estudo da doença diarreica aguda em crianças com idade inferior a 5 anos e recuperação fecal de campylobacter jejuni	USP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
5	Pimenta FFP	1993	Inoculação oral da escherichia coli emo em recém-nascidos humanos como probiótico na prevenção da diarreia aguda no primeiro ano de vida	UFMG	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
6	Oliveira JOT	1994	Mortalidade em crianças hospitalizadas com diarreia aguda: fatores de risco associados ao óbito	UFSP	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
7	Oliva CAG	1994	Diarreia aguda associada a escherichia coli enteropatogenica clássica: estudo clinico e metabólico	UFSP	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
8	Gilio AE	1996	Realimentação de crianças internadas com diarreia aguda: estudo comparativo de duas abordagens dietéticas	USP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
9	Toporovski MS	1996	Diarreia aguda em crianças menores de três anos de idade: aspectos clínicos epidemiológicos e etiológicos	FCMSCSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
10	Oliva CAG	1997	Balances metabólicos de lactentes hospitalizados com diarreia aguda: comparações entre fórmulas com e sem lactose na realimentação	UFSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
11	Alves JGB	1997	Evolução ponderal de lactentes hospitalizados com diarreia e broncopneumonia	UFPE	Tese	Crianças	Medicina

12	Nunes MRCM	1997	Diarreia infecciosa endêmica infantil em Teresina-Pi: conhecer para melhor combater	UFPI	Dissertação	Crianças	Educação
13	Cruz AS	1997	Alterações dos ácidos biliares na diarreia aguda e persistente e enteropatia ambiental assintomática	UFSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
14	Vaz MGS	1998	Epidemiologia e caracterização de eletroforotipos de rotavírus do grupo A em crianças com diarreia aguda hospitalizadas no Rio de Janeiro, 1997 a 1998	UFRJ	Dissertação	Crianças	Ciências/Microbiologia
15	Piva IC	1998	Incidência e caracterização de Escherichia coli diarreogênicas isolada em Brasília	UNB	Dissertação	Sem Referência	Ciências Biológicas/Biologia Molecular
16	Ballester D	1999	Diarreia persistente: conceito, fatores de risco, fisiopatogênica e implicações terapêuticas	USP	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
17	Tahan S	2000	Efeito de um antimicrobiano na microbiota duodenal e na evolução clínica de lactentes hospitalizados por diarreia aguda e persistente: um ensaio clínico randomizado	UFSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
18	Pinto LJF	2000	Aspectos epidemiológicos da espécie Clostridium difficile em diarreia infantil no Rio de Janeiro	UFRJ	Dissertação	Crianças	Ciências/Microbiologia
19	Carvalho RLB	2000	Escherichia coli enteroaderente e diarreia aguda e persistente em crianças: um estudo prospectivo de casos e controles em São Paulo	UFSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
20	Prado EHRB	2000	Deteção de genes específicos de escherichia coli diarreogênicas por reação da polimerase em cadeia (PCR) em diarreia infantil aguda no Rio de Janeiro	UERJ	Dissertação	Crianças	Microbiologia
21	Maranhão HS	2001	Diarreia aguda: aspectos clínicos – epidemiológicos, evolução nutricional e isolamento de enteropatogenos em lactentes na cidade de natal nordeste do Brasil	UFSP	Tese	Crianças	Medicina/Pediatria
22	Melo Júnior AVP	2001	Indicadores nutricionais do recém-nascido a termo-peso ao nascer e razão peso/comprimento - associados a doença diarreica, em crianças da zona da mata meridional de Pernambuco	UFPE	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria
23	Luz CRNE	2002	Pesquisa de agentes enteropatogênicos nas fezes de lactentes com diarreia aguda em São Luís – MA	UFSP	Tese	Crianças	Pediatria/Ciências Aplicadas à Pediatria
24	Corrêa NBO	2003	Efeito do uso de probiótico comparado ao placebo em crianças na prevenção de diarreia associada a antibióticos	UFMG	Dissertação	Crianças	Medicina/Pediatria

25	Rocha LA	2004	Aspectos epidemiológicos e clínicos do rotavírus em crianças hospitalizadas com diarreia aguda em Manaus, Brasil	UFAM	Dissertação	Crianças	Patologia Tropical
26	Oriá RB	2004	Genotipagem da apolipoproteína e sua associação com déficits cognitivos em crianças com diarreia e desnutrição no Nordeste do Brasil	UFC	Tese	Crianças	Farmacologia
27	Costa FAC	2004	Diarreia aguda por rotavírus em crianças com desidratação grave: Estudo em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro	FIOCRUZ-RJ	Dissertação	Crianças	Medicina Tropical
28	Montenegro FMU	2005	Infecção pelo rotavírus em crianças menores de cinco anos com diarreia atendidas em hospital pediátrico do Recife: frequência e fatores associados	IMIP	Dissertação	Crianças	Saúde Materno Infantil
29	Sadovsky ADI	2005	Agentes infecciosos associados à diarreia aguda em crianças até três anos de idade: estudo em um hospital de referência no município de Vitória-ES	UFes	Dissertação	Crianças	Doenças Infecciosas
30	Saick KW	2007	Genótipos de rotavírus do Grupo A de crianças com diarreia aguda atendidas em dois hospitais no município de Vitória – ES, em período anterior à imunização para rotavírus	UFes	Dissertação	Crianças	Doenças Infecciosas
31	Dulgheroff ACB	2010	Deteção e caracterização molecular de rotavírus do grupo A associados à diarreia infantil na região do triângulo mineiro, MG, Brasil	UFTM	Dissertação	Crianças	Ciências Fisiológicas
32	Porcy C	2010	Epidemiologia da doença diarreica associada às escherichia coli diarreogênicas em crianças residentes em uma área alagada de Macapá/AP-Brasil	Ceuma- Associação de Ensino Superior	Dissertação	Crianças	Biologia Parasitária
33	Bernardi JR	2010	Impacto de um programa nutricional na diminuição da ocorrência de diarreia e sintomas de morbidade respiratória em crianças: ensaio de campo randomizado por cluster'	UFCSPA	Dissertação	Crianças	Ciências da Saúde
34	Ventura FMP	2011	Etiologia das diarreias agudas em crianças atendidas no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP).	USP	Dissertação	Crianças	Farmácia/Análises Clínicas
35	Silva DRR	2011	Inter-relação entre indicadores socioeconômicos, ambientais, epidemiológicos e as doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos, no estado do Pará	FIOCRUZ-RJ	Dissertação	Crianças	Saúde Pública
36	Montenegro FMU	2012	Estudo da efetividade e do impacto da vacina monovalente para rotavírus em crianças menores de cinco anos com diarreia aguda em hospital terciário do Recife, Brasil	IMIP	Dissertação	Crianças	Saúde Materno Infantil

37	Silva LA	2012	Pesquisa de campylobacter jejuni e campylobacter coli em espécimes fecais de crianças com diarreia aguda e sem diarreia	UFMG	Dissertação	Crianças	Ciências Biológicas/ Microbiologia
38	Franco RT	2012	Caracterização de amostras de escherichia coli eae positivas isoladas de crianças com diarreia aguda e sem diarreia em Belo Horizonte: tipagem de intimina e pesquisa de hlyA, iha e toxB	UFMG	Dissertação	Crianças	Patologia
39	Almeida CA	2012	Efeito do zinco no crescimento físico, translocação bacteriana e resposta inflamatória em ratos wistar desafiados pela dieta básica regional e diarreia osmótica	UFC	Dissertação	Animais	Ciências Médicas
40	Joventino ES	2013	Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil	UFC	Tese	Crianças	Enfermagem
41	Kaiano JHL	2014	Avaliação epidemiológica, clínica e molecular de enteropatógenos causadores de diarreia aguda em crianças e adultos residentes na comunidade quilombola do abacatal, Ananindeua, Pará	UFPA	Tese	Crianças	Doenças Tropicais
42	Nascimento LA	2015	Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil - efeitos de uma intervenção combinada: vídeo educativo e roda de conversa	UFC	Dissertação	Crianças	Enfermagem
43	Martins AS	2015	Determinação da etiologia infecciosa na diarreia infantil e avaliação da perda de gordura fecal através do esteatócrito	UFBA	Dissertação	Crianças	Farmácia
44	Brito RS	2016	Características epidemiológicas e estratégias para a prevenção da doença diarreica em crianças indígenas: scoping review	PUC Goiás	Dissertação	Crianças	Atenção à Saúde
45	Penha JC	2017	Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil	UFC	Tese	Crianças	Enfermagem
45	Genesio KCS	2017	Fatores de risco nas habitações e a ocorrência de diarreia aguda em crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro (RJ)	FIOCRUZ/RJ	Dissertação	Crianças	Saúde Pública
47	Melo FMS	2018	Intervenções educativas na autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil em redenção, Ceará	UNILAB	Dissertação	Crianças	Enfermagem
48	Nascimento LA	2018	Vídeo educativo e entrevista motivacional para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: abordagem individual	UFC	Tese	Crianças	Enfermagem

49	Mendes ERR	2018	Tecnologias educativas e entrevista motivacional breve para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil	UFC	Dissertação	Crianças	Enfermagem
50	Teles SM	2018	Ocorrência de rotavírus a e bocavírus humano em crianças com diarreia aguda na Região Norte do Brasil durante 2015	IEC	Dissertação	Crianças	Virologia
51	Barbosa AV	2018	Potencial patogênico de cepas de Escherichia coli enteropatogênicas atípicas (aEPEC) isoladas de cães e humanos com sintomas de diarreia	UERJ	Tese	Crianças	Microbiologia
52	Vercosa JVM	2018	Genômica comparativa de Shigella spp. isoladas de crianças com doenças diarreicas na Amazônia	UFAM	Dissertação	Crianças	Biotecnologia

Fonte: Catálogo de teses e dissertações CAPES, 2019.

Quadro 2 - Síntese dos trabalhos identificados no estado da arte sobre “diarreia infantil” pela associação dos descritores “Diarrhea, Infantile AND African Continental Ancestry Group” na BVS (n=10).

ID	AUTOR(A)	ANO	TÍTULO	PERIÓDICO	BASE DE DADOS	IDIOMA
1	Spencer IW; Coster ME	1969	The epidemiology of gastro-enteritis in infancy: I.	S Afr Med J	MEDLINE (ID: mdl-5361324)	Inglês
2	Robinson MG; Halpern C	1974	Infections, Escherichia coli, and sickle cell anemia.	JAMA	MEDLINE (ID: mdl-4607769)	Inglês
3	Schoub BD	1981	Enteric adenoviruses and rotaviruses in infantile gastroenteritis in developing countries.	Lancet	MEDLINE (ID: mdl-6117700)	Inglês
4	Schoub BD; Cohen F; Thompson D; Koornhof HJ; Miliotis MD; Still CS; Berkowitz FE; Miller S; Kushlick E.	1982	Variance in rotavirus infection rates in different urban population groups in South Africa.	J Med Virol	MEDLINE (ID: mdl-6296311)	Inglês
5	Robins-Browne RM	1984	Seasonal and racial incidence of infantile gastroenteritis in South Africa.	Am J Epidemiol	MEDLINE (ID: mdl-6367438)	Inglês
6	Isaäcson M; Sayed AR	1988	Health aspects of the use of recycled water in Windhoek, SWA/Namibia, 1974-1983. Diarrhoeal diseases and the consumption of reclaimed water.	S Afr Med J	MEDLINE (ID: mdl-3375908)	Inglês
7	Househam KC; Bowie MD	1988	Epidemiological factors in acute infectious infantile diarrhoea in Cape Town.	S Afr Med J	MEDLINE (ID: mdl-3353807)	Inglês
8	Booyens JH	1989	Aspekte van populêre opvattinge oor diareesiektes onder Tswanasprekende stedelinge	Curationis	MEDLINE (ID: mdl-2632096)	Africano
9	Wagstaff LA; Mkhasibe C	1989	Infant diarrhoea in Soweto--how much oral rehydration therapy?	S Afr Med J	MEDLINE (ID: mdl-2814728)	Inglês
10	Yach D; Strebel PM; Joubert G	1989	The impact of diarrhoeal disease on childhood deaths in the RSA, 1968-1985.	S Afr Med J	MEDLINE (mdl-2814721)	Inglês

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, 2019.

2.2 DOENÇA DIARREICA AGUDA²

2.2.1 Classificação, agentes etiológicos e mecanismos patogênicos para a DDA

Define-se como diarreia a ocorrência de pelo menos três evacuações com diminuição da consistência das fezes em um período de 24 horas ou a eliminação de mais de 200g de peso fecal ao dia (BRASIL, 2017a; MORAIS; TAHAN; MELLO, 2013; BARBUTI, S.D.).

Nos quadros diarreicos há perda excessiva de água e eletrólitos, sendo a diarreia classificada segundo a duração dos sintomas em aguda, persistente ou crônica. A forma aguda tem duração inferior a 14 dias e pode ser do tipo aquosa ou disenteria (esta última quando há presença de sangue, com ou sem muco); a diarreia persistente tem duração igual ou superior a 14 dias; e a forma crônica tem tempo acima de 30 dias. Quanto à causa, a diarreia aguda tem como etiologia a estimulação de determinadas substâncias; a persistente é resultante da infecção continuada de um agente; e a crônica tem grande variedade de causas que se estendem desde as inflamações crônicas, alergia a alimentos, colón irritável e parasitoses intestinais (BRASIL, 2013a). Para Barbuti (S.D.), o limite de 14 dias para a diarreia aguda tem como suporte o fato de que a mortalidade aumenta bastante após este período, tendo sido demonstrado no estudo de Costa, Goshima e Fagundes-Neto (1999) que a mesma subia de 0,8% para 14% quando o curso da diarreia era superior a 14 dias.

Na DDA, o episódio diarreico tem como características início abrupto, etiologia presumivelmente infecciosa, potencial autolimitação, curso menor que 14 dias, com aumento do volume e/ou frequência da evacuação e perda de nutrientes fecais, especialmente água e eletrólitos (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015). Moraes e Castro (2014) acrescentam que na diarreia aguda a quantidade de água e eletrólitos está aumentada nas fezes, o que as torna malformadas, resultantes de um desequilíbrio entre reabsorção e secreção pela mucosa intestinal.

O MS (BRASIL, 2017a) chama atenção para o fato de que o número de evacuações considerado normal varia de acordo à dieta e idade da criança, de forma que, entre lactentes amamentados de forma exclusiva, por exemplo, o bolo fecal é amolecido e isto não caracteriza a diarreia. Diante disso, alerta-se para o fato de que a percepção materna é confiável na identificação da diarreia infantil, descrevendo as fezes líquidas a partir de terminologias regionais que devem ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde.

² Capítulo aceito para publicação no livro “Saúde da criança e do adolescente: enfoques sobre hospitalização e violência”, aprovado pela Editora Appris em janeiro de 2020.

Quanto às causas, a diarreia aguda pode ser classificada em infecciosa ou não infecciosa. A primeira categoria se relaciona à ação de um agente etiológico que pode ser um vírus, bactéria ou protozoário. No que diz respeito à forma não infecciosa, a etiologia pode se relacionar a medicamentos, neoplasias, alergia alimentar, tireotoxicose e carcinoide (BARBUTI, S.D.).

O MS (BRASIL, 2012a) considera que a principal causa de diarreia aguda é infecciosa, o que pode explicar o fato de essa afecção ocorrer, principalmente, entre crianças de locais marcados pela pobreza, dada a conexão entre meio ambiente e saúde e a maior exposição de famílias pobres a fatores ambientais favoráveis à propagação de doenças (SERRA; SERRA, 2013). Por se tratar de uma doença infecciosa de transmissão fecal-oral que prevalece em locais onde as condições sanitárias são desfavoráveis (ARAÚJO, 2014), esse problema afeta principalmente as crianças pobres e a mantida sonegação de direitos humanos entre essas populações alimenta o ciclo vicioso em que são as crianças em contexto de pobreza as mais afetadas e a manutenção da precariedade socioambiental nestas populações calibra os números associados à DDA infecciosa entre estas crianças.

Corroborando a ideia da associação entre a etiologia infecciosa e o contexto de pobreza e vulnerabilidade socioambiental, a WGO (2012) considera que a diarreia causada por agentes parasitários é infrequente no mundo desenvolvido, limitando-se habitualmente a viajantes. Neste mesmo direcionamento, ao tratar da diarreia crônica, a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG, S.D.) adensa que são mais frequentes em países desenvolvidos as causas não infecciosas.

Moraes e Castro (2014), sobre os quadros diarreicos infecciosos, relatam que, nestes casos, frequentemente, estão envolvidos microrganismos não invasivos, que são especialmente ativos no intestino, causando diarreia aquosa através de interações variadas com a mucosa intestinal, como é o caso da produção de enterotoxinas que induzem à secreção de fluidos, sem que haja qualquer invasão do epitélio intestinal, pois o agente causal não se dissemina além da mucosa do intestino. Embora seja menos comum, há também a invasão de microrganismos que penetram o epitélio intestinal, gerando a diarreia secundária a um distúrbio inflamatório.

Os vírus mais comumente associados a este problema são o Astrovírus, Calicivírus, Adenovírus entérico, Norwalk e Rotavírus (grupos A, B e C). Em se tratando das bactérias, as principais no contexto da DDA são *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter* spp, *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Escherichia coli* enteropatogênica, *Escherichia coli* enteroinvasiva, *Escherichia coli* enterohemorrágica, *Salmonella* não tifóide, *Shigella* spp, *Yersinia enterocolitica* e *Vibrio cholerae*. Os principais protozoários envolvidos nos episódios diarreicos são o *Balantidium coli*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* e

Cystoisospora belli (BRASIL, 2017b). No que diz respeito à forma não infecciosa, a etiologia pode se relacionar a medicamentos, neoplasias, alergia alimentar, tireotoxicose e carcinoide (BARBUTI, S.D.).

O MS (BRASIL, 2017b) considera que o modo de transmissão é específico para cada agente etiológico, podendo a transmissão ocorrer de forma direta ou indireta. A primeira diz respeito ao contato pessoa a pessoa e de animais para pessoas. A segunda se relaciona à ingestão de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados. No Anexo 1 são apresentados os principais microrganismos envolvidos nas DDA, seu modo de transmissão, principais fontes e grupo etário dos casos.

Para Barbuti (S.D.), são vários os fatores de risco para o aparecimento da diarreia, como saneamento básico inadequado, ingestão de alimentos contaminados, uso recente de antibióticos e pertença a determinados grupos de risco como é o caso dos homossexuais, trabalhadores do sexo e usuários de drogas intravenosas. Quanto à relação entre o meio de contaminação e os principais patógenos causadores deste problema, este mesmo autor separa os patógenos clássicos quanto aos veículos para contato com os mesmos, conforme exposto no Anexo 2.

No que concerne aos mecanismos patogênicos dos agentes causais supracitados (Anexos 3, 4 e 5), a WGO (2012) refere que, em se tratando das bactérias, a distribuição da *Escherichia coli* diarreiogênica varia de um país para o outro, mas a *E. coli* enterohemorrágica é o agente que mais comumente causa este problema nos países em desenvolvimento e na faixa etária pediátrica e quase todos os tipos provocam doença nas crianças nos países em desenvolvimento. A *Campylobacter* é uma das bactérias mais frequentemente isoladas das fezes dos lactentes e crianças nos países em desenvolvimento, sendo as taxas mais elevadas de isolamento encontradas em crianças com idade igual ou inferior a 2 anos (WGO. 2012). As espécies *Shigella* são mais comuns em pré-escolares e crianças maiores do que em lactentes (WGO. 2012) e são a causa mais comum de disenteria, conforme referido pelo MS (BRASIL, 2017a). A *Vibrio cholerae* pode culminar em hipoglicemia que, na criança, pode provocar crises convulsivas e óbito. Em se tratando da *Salmonella*, as crianças imunocomprometidas, por qualquer que seja a razão, são caracterizadas como a população com o maior risco (WGO. 2012).

Destaca-se que o tipo de agente causal que predomina nos casos diarreicos se diferencia quanto ao nível de desenvolvimento do país e estação do ano. Assim, a WGO (2012) refere que em países em desenvolvimento, bactérias e parasitas entéricos são mais predominantes do que os vírus, alcançando seu ponto máximo durante o verão. Os agentes virais, do contrário, são a

causa predominante de diarreia aguda tanto nos países industrializados como em desenvolvimento, especialmente no inverno.

A explicação para a o fenômeno de as bactérias e os parasitas entéricos serem mais prevalentes durante o verão pode se relacionar ao fato de o calor favorecer a proliferação bacteriana, de forma que mesmo que sejam eliminadas, as bactérias liberam toxinas nos alimentos, criando um ambiente propício à ocorrência de infecções (BUARQUE, 2019). No contexto dos parasitas, conforme auferido nos resultados da pesquisa de Pereira e Cabral (2008), o maior índice pluviométrico nos meses de dezembro a abril aliado à inexistência de saneamento básico na comunidade estudada acarretou enchentes e, conseqüentemente, conferiu um caráter sazonal à DDA. Confirmando tal associação, para Façanha e Pinheiro (2005), cujo estudo buscou descrever o comportamento das diarreias agudas em Fortaleza, ficou concluso que este problema tem relação temporal com as chuvas. Ao tratarem das chuvas, Mota, Sousa e Silva (2015) acrescentam que devido ao fato de trazer sujeira, lixo e efluentes para as residências, a chuva aumenta consideravelmente o risco de contágio por doenças infecciosas.

Quanto aos vírus, Monteiro (2014) destaca que o ar mais seco favorece o aumento da poluição e a proliferação viral. Além disso, conforme referido por Orikasa (2017), a maior circulação de microrganismos associada à aglomeração de pessoas em locais fechados favorece a ocorrência de doenças por agentes virais.

Conforme referido pela SBP (2017b), a investigação da etiologia da diarreia aguda não é obrigatória em todas as situações, sendo indicada para os casos caracterizados como graves e para pacientes hospitalizados. Assim, nos casos de disenteria, se possível, deve ser coletada amostra de fezes para realização de Coprocultura e antibiograma.

2.2.2 Formas terapêuticas para cuidado à criança com DDA

Brandt, Antunes e Silva (2015) apresentam em seu estudo medidas não farmacológicas e farmacológicas para o manejo da DDA na infância. Na primeira categoria estão os cuidados com a hidratação e alimentação e a segunda diz respeito à administração de medicamentos, dentre os quais destacam-se os antieméticos, antidiarreicos, antissecretórios, antibióticos, probióticos e suplementação de zinco.

Convém referir que para além das formas terapêuticas de cuidado à criança com DDA há medidas preventivas para a ocorrência deste problema, como é o caso do uso da vacina rotavírus humano, apontada pelo MS (BRASIL, S.D.c.) como uma forma de proteção contra gastroenterites causadas pela infecção por rotavírus, a causa mais comum de diarreia grave em lactentes e pré-escolares. Esta vacina tem indicação de duas doses de 1,5ml cada, por via oral,

para crianças de 6 a 24 semanas de idade, com intervalo de pelo menos 4 semanas entre as doses (BRASIL, S.D.c.).

Além da vacina, que está indicada apenas para a faixa etária em que a criança ainda não deambula, recomenda-se também o uso de calçados como uma das formas de evitar o contato com microrganismos, dado que os vermes podem se instalar no organismo entrando pela pele após o contato com a terra, conforme apontado pelo MS (BRASIL, 2012b).

Motta e Silva (2002) destacam que na maioria dos casos são os vírus e bactérias os agentes etiológicos envolvidos nos casos diarreicos, contudo, nas áreas onde as enteroparasitoses são endêmicas, os parasitas intestinais podem causar a diarreia. Menezes (2016) acrescenta que apesar da possibilidade de pacientes com verminose serem assintomáticos, dentre as manifestações mais comuns está a diarreia.

Embora seja conhecida importância do uso de calçados na prevenção, infere-se que entre as crianças é comum o contato direto entre os pés e o solo (Figura 2), sendo este considerado como um fator de risco para a ocorrência de doenças, especialmente em localidades de saneamento precário, como é o caso da comunidade onde foi conduzida esta pesquisa de doutorado.

Figura 2 – Crianças transitando descalças pela comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA



Fonte: Acervo pessoal.

No que se refere ao tratamento da diarreia aguda, Araújo (2014) reconhece seis modalidades terapêuticas para este problema, as quais: reidratação; manejo da alimentação; terapia suplementar com zinco, multivitaminas e multiminerais; uso de antidiarreicos inespecíficos (antieméticos, antimotilidade, antissecretores e adsorventes); administração de antimicrobianos e de probióticos.

Considerando-se que a desidratação é a principal complicação da diarreia aguda (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015), conforme evidências científicas (SPG, S.D.; MORAES; CASTRO, 2014), a abordagem terapêutica mais importante para este problema é a terapia de reidratação para assegurar a reposição hidroeletrólítica, sendo a TRO considerada pela Organização Mundial de Gastroenterologia (OMG) como capaz de reduzir a necessidade de internação tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (WGO, 2012). De acordo com orientação da OMS, sempre que possível, a terapia de reidratação deve ocorrer por via oral (MORAES; CASTRO, 2014).

A TRO consiste em reidratação – a partir da administração de água e eletrólitos para reposição de perdas – e manutenção para compensação das perdas que persistem após ocorrer a reidratação (WGO, 2012). A TRO a partir do uso de SRO adotada pela OMS e Unicef nos anos 1970 tem se revelado exitosa no cuidado à criança com diarreia, de forma que na década de 1990 mais de 1 milhão de mortes secundárias a este agravo foram evitadas a cada ano por conta desta terapêutica (WHO/UNICEF, 2004). Por ter culminado em grande impacto nos números relativos à mortalidade infantil por diarreia, o MS (BRASIL, 2014a) considera que o soro é uma das intervenções mais importantes do século XX.

A OMS e Unicef (WHO/UNICEF, 2004) ainda ressaltam que o número de óbitos entre indivíduos menores de 5 anos de idade pode ser reduzido drasticamente pelo uso da TRO e SRO na prevenção e tratamento da desidratação, além do uso de outros líquidos, como é o caso das sopas e água de coco (SBP, 2017b). É importante salientar que determinados líquidos são caracterizados como inadequados no contexto da prevenção e correção da diarreia infantil como é o caso dos refrigerantes, líquidos açucarados, chás, sucos comercializados e café (SBP, 2017b).

Em se tratando da água de coco, muito difundida nos cuidados populares e bem aceita por parte das genitoras na reposição hidroeletrólítica de seus filhos com diarreia, conforme revelado no estudo de Oliveira et al (2017), esta é considerada um isotônico natural, constituído por 93% de água, além de proteínas, vitaminas e sais minerais e vem sendo bastante consumida devido às propriedades de reposição de eletrólitos nos casos de desidratação (COSTA; MEDEIROS; SILVA, 2006). Cabe pontuar, contudo, que o uso deste elemento requer

ponderação, não devendo ser a água de coco a única fonte de reidratação, pois contém em sua composição baixos teores de sódio (Na^+), sendo a utilização de soluções contendo este eletrólito essencial, pois nos quadros diarreicos há uma elevada perda deste sal mineral, que é a principal causa da desidratação (COSTA; MEDEIROS; SILVA, 2016).

O produto caracterizado como adequado para reposição hidroeletrólítica, conforme recomendação da OMS e Unicef desde 1971 é a solução preparada com os SRO (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2014a), os quais contêm em sua composição Na^+ , potássio (K), citrato e glicose, nas concentrações de 3.5, 1.5, 2.9 e 20 gramas em cada envelope, respectivamente (BRASIL, 2007a). O Na^+ é o eletrólito que regula a pressão osmótica e mantém o equilíbrio osmótico, sendo absorvido no intestino delgado ligado à absorção de aminoácidos, bicarbonato e glicose. Este eletrólito atua na manutenção do potencial de membrana (essencial em funções celulares como contrações musculares e transmissão de impulsos nervosos) e na regulação do equilíbrio acidobásico, na qual atua associado ao cloreto e ao bicarbonato (STIVANIN, 2014). O K é essencial para prevenir a hipocalemia severa, uma vez que grande quantidade deste eletrólito é perdida nos episódios diarreicos. O citrato é fundamental na prevenção ou correção dos distúrbios acidobásicos e a glicose é importante porque sua absorção promove maior absorção de água, Na^+ e outros eletrólitos pelo intestino (WHO, 2005), o que Castelo e Salgado (2009) chamam de co-transporte de glicose-sódio.

Stivanin (2014) alertam para o fato de que o Na^+ , o K e o cloro são componentes essenciais nos fluidos corporais, pois ajudam a regular a distribuição de água no organismo e desempenham um papel importante no equilíbrio acidobásico. Neste direcionamento, a OMS considera que quando preparada e fornecida de forma correta, a solução feita com os SRO oferta água e eletrólitos em quantidade suficiente para corrigir os *déficits* resultantes dos episódios diarreicos (WHO, 2005).

O preparo da solução com os SRO ocorre a partir da adição do conteúdo do envelope a 1 litro de água filtrada, sem necessidade de acrescentar sal ou açúcar. O soro deve ser ofertado à criança com diarreia após cada evacuação ou episódio de vômito, em pequenos volumes com o auxílio de uma colher ou copo, podendo ser utilizado em um prazo de 24 horas depois do preparo, período após o qual deve ser descartado (BRASIL, 2014a).

Na indisponibilidade dos SRO para a TRO, pode ser fornecido o soro caseiro, conhecido como “solução de água e açúcar”, muito difundida entre os cuidados populares à diarreia. Destaca-se, contudo, que sua utilização na atualidade é controversa devido ao risco do inadequado preparo e consumo, conforme apontado no estudo de Brandt, Antunes e Silva

(2015), o que pode agravar os episódios diarreicos e acelerar o processo de desidratação. Diante disso, deve ser utilizado apenas quando não for possível o uso dos SRO (BRASIL, 2014a).

Apesar das discussões que permeiam a utilização desta solução, é importante pontuar que em comunidades socialmente vulneráveis, nas quais os SRO nem sempre estão disponíveis para oferta pelo serviço de saúde ou para compra em unidades farmacêuticas, ao se considerar a relação “risco-benefício” do uso unicamente da água (muitas vezes não clorada e indevidamente tratada para consumo humano) em detrimento do soro caseiro, é imprescindível a utilização deste produto, o qual fornecerá à criança, além da água, glicose e Na^+ , sendo este último elemento recomendado pela OMS (2005) sempre que possível quando se tratar dos fluidos fornecidos no domicílio nos casos diarreicos.

O soro caseiro equilibra o meio interno ao simular o que acontece dentro do corpo, de forma que a glicose auxilia a absorção do sal, cuja composição atrai as moléculas de água, fazendo com que ela se mantenha dentro dos vasos. Esses dois elementos são responsáveis por atrair água para as células e reter o líquido (MUNDO ESTRANHO, 2018).

Diante disso, ressalta-se a importância de educar a comunidade para o adequado preparo deste produto, cuja recomendação da OMS (2005) no que diz respeito às medidas dos elementos contidos na sua composição são 3g/l de sal e 18g/l de açúcar. No contexto do preparo artesanal, a conversão destas medidas é realizada a partir da adição de uma colher pequena do tipo “cafezinho” de sal e uma colher de “sopa” de açúcar a 1 litro de água fria (mineral, filtrada ou fervida) (BRASIL, 2009), devendo ser o soro caseiro experimentado antes de ser ofertado à criança, o qual deve ser menos salgado que uma lágrima (BRASIL, 2014a). As recomendações para oferta do soro caseiro são similares às da solução preparada com os SRO: pequenas quantidades em colher ou copo após cada evacuação ou vômito em um período de 24 horas após o preparo (BRASIL, 2014a).

Embora o MS (BRASIL, 2007a) considere que a maioria das crianças com diarreia não evolua para a desidratação, o exame físico é importante para avaliar a presença deste agravo e para a instituição do tratamento adequado (BRASIL, 2013a). Frente a tal problemática, ao se referir acerca do manejo de pacientes com diarreia, o MS (BRASIL, 2017a) orienta que a condução do caso ocorra a partir de três fases: avaliação e classificação da diarreia e, posteriormente, definição de tratamento do agravo. Considerando-se que os problemas têm maior possibilidade de êxito na terapêutica quando tratados precocemente, é imprescindível que os casos de diarreia sejam conduzidos ao serviço de saúde tão logo quanto possível, de forma a evitar o estabelecimento da desidratação e os sinais de piora do quadro, como êmese persistente, polidipsia, inapetência, disenteria e oligúria (BRASIL, S.D.a).

O MS (Brasil, 2017a), ao discutir acerca da classificação da diarreia, deixa claro que todas as crianças com este problema devem ser classificadas quanto ao estado de hidratação, podendo tal classificação culminar em três desfechos, apresentado no Anexo 6. Assim, se não houver dois ou mais dos sinais referidos na coluna amarela, a criança deve ser classificada como “sem desidratação”. Na ausência de dois ou mais dos sinais presentes na coluna vermelha e havendo duas ou mais das evidências da coluna amarela, classifica-se a criança como desidratada (mas não como gravemente desidratada). A desidratação grave está atrelada à existência de dois ou mais dos sinais da faixa vermelha.

É importante referir que a avaliação do grau de desidratação da criança pode ocorrer a partir de outros instrumentos, como é o caso da Escala de Desidratação Clínica (EDC) proposta por Friedman *et al* (2004), sintetizada a partir de 4 itens e apresentada de forma adaptada no Anexo 7.

Na construção da escala acima, os autores (FRIEDMAN *et al.*, 2004) consideraram a combinação de itens que resultaram no escore mais válido e confiável, a partir de um somatório simples, no qual o escore = 0 representa ausência de desidratação, escore 1-4 = desidratação e escore > 4 desidratação moderado ou severa (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

O MS estabelece três planos terapêuticos (A, B e C) direcionados à criança com doença diarreica, com ou sem sinais de desidratação. Após avaliação clínica do usuário, é estabelecido o plano terapêutico mais adequado (BRASIL, 2013a), o qual pode se relacionar ao cuidado domiciliar ou no serviço de saúde, conforme pode ser visualizado no Anexo 8 (de forma sintetizada). No Anexo 9, é apresentado cartaz do MS para manejo do paciente com diarreia, o qual traz de forma completa as etapas para avaliação do grau de desidratação e os planos terapêuticos para tratamento da desidratação no domicílio e no serviço de saúde, além de orientações acerca da disenteria e outras patologias associadas à diarreia (BRASIL, S.D.b).

Conforme o MS (BRASIL, 2013a), no Plano A o tratamento é realizado no domicílio, devendo ser dadas aos cuidadores orientações quanto à alimentação, reidratação oral e uso de SRO, as quais: não suspender ou modificar a dieta habitual da criança; ofertar mais alimentos líquidos que de costume; fracionar a dieta para melhor aceitação em casos de vômitos; oferecer líquidos contendo os SRO à vontade após cada evacuação; não adicionar os SRO a chás, leite ou refrigerante; e deixar claro que a solução de reidratação oral não substitui as refeições.

Para o Plano B, quando já existem sinais de desidratação, as recomendações se relacionam à permanência na UBS para realizar a reidratação (suspender a alimentação enquanto o usuário permanecer desidratado, com exceção das crianças em aleitamento materno); pesar a criança sem roupa para monitorar o ganho de peso; controlar a diurese; iniciar

a TRO com SRO em pequenos volumes, aumentando a frequência aos poucos. Recomenda-se para os casos de desidratação leve 50ml/kg de SRO mais a reposição das perdas continuadas em um período de quatro horas. Nas situações em que a desidratação for classificada como moderada, a indicação é de 100ml/kg de SRO mais a reposição de perdas continuadas, em um período de quatro horas. Outras perspectivas do Plano B são evitar o uso de antitérmicos (a prioridade é a hidratação que, quando restabelecida, faz ceder a febre) e avaliar constantemente a criança, pois este Plano termina quando desaparecem os sinais de desidratação, devendo a criança ser direcionada ao plano A (BRASIL, 2013a).

Em se tratando do Plano C, este tem como principal característica o início da terapia de reidratação por via parenteral, sendo indicada quando houver desidratação grave, contraindicação de hidratação oral (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões) e choque hipovolêmico. Este plano é contemplado a partir de duas etapas: a primeira diz respeito à fase rápida de expansão e a segunda, a fase de manutenção e reposição (SBP, 2017b). A OMG ressalta a importância da administração de uma solução com SRO por via nasogástrica quando não for possível realizar a reidratação por via intravenosa (WGO, 2012).

Entre crianças menores de 5 anos de idade, a fase rápida (expansão) tem tempo de administração de 30 minutos, devendo ser infundido por meio de veia calibrosa soro fisiológico a 0,9% na dose de 20mL/kg de peso, repetindo-se esta quantidade até que a criança esteja hidratada. Em se tratando de recém-nascidos (RN) e cardiopatas graves, a dose recomendada é de 10mL/kg de peso. No que se refere às crianças com idade acima de 5 anos, o tempo de administração é de 30 minutos para a infusão inicial de soro fisiológico a 0,9% na dose de 30mL/kg, seguido da infusão de Ringer Lactato 70mL/kg em 2 horas e 30 minutos. Destaca-se a importância de avaliar o paciente continuamente nesta fase (SBP, 2017b).

A fase de manutenção e reposição tem a mesma indicação para todas as faixas etárias e é detalhada na Figura 3. O MS (BRASIL, 2013a) alerta que a fase de manutenção e reposição é feita em um período de 24 horas e pode ser iniciada na UBS. Contudo, como muitos serviços de atenção primária não têm disponibilidade para realizar esse acompanhamento, é necessária a transferência do paciente para um serviço de urgência.

Para os casos de diarreia persistente e disenteria, o MS (BRASIL, 2017a) estabelece modos peculiares de avaliar, classificar e tratar a criança (Anexo 10). Assim, chama-se diarreia persistente a ocorrência do problema em um período de 14 a 28 dias, sem sinais de desidratação. Quando houver sinais de desidratação, a diarreia é chamada de persistente grave. No caso da disenteria, esta ocorre quando há sangue nas fezes, com indicação de uso de antibiótico.

Figura 3 - Recomendação para infusão de líquidos na fase de manutenção e reposição do Plano Terapêutico C.

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20 kg	1000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%*	2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção.	

*Ou cloreto de potássio (KCl) 19,1% - 1mL para cada 100mL.

Fonte: SBP (2017b).

Além dos mecanismos para manutenção da hidratação, a OMS e Unicef recomendam medidas para manejo da criança com diarreia como aleitamento materno, continuidade da amamentação a partir dos 6 meses de vida, uso cauteloso de antibioticoterapia e suplementação de zinco por 10-14 dias (WHO/UNICEF, 2004).

No contexto da alimentação, o MS (BRASIL, 2007a) e a SBP (2017b) alertam que apesar de a reidratação ser fundamental, os líquidos de hidratação oral – inclusive com o uso dos SRO – não substituem a alimentação e não proporcionam a nutrição adequada. Diante disso, a SBP (2017b) salienta que devem ser atendidas plenamente as necessidades energéticas relativas à infância. Assim, deve-se oferecer à criança alimentos em qualidade e quantidade necessárias para manter a alimentação (SBP, 2017b).

A OMG considera incorreto interromper por mais de 4 horas a administração de alimentos, sendo recomendado continuar com a alimentação normal desde que não haja sinais de desidratação moderada ou severa. Quando houver indícios deste problema, a oferta de alimentos deve ocorrer após a sua correção, que leva cerca de 2-4 horas a partir do emprego da TRO ou reidratação intravenosa (WGO, 2012).

Em se tratando do aleitamento materno, a SBP (2017b) ressalta que todas as diretrizes são unânimes no que concerne ao incentivo e manutenção desta prática durante os episódios diarreicos. Apenas quando necessário, é recomendado jejum durante o período de reversão da desidratação (etapa de expansão ou reparação), devendo-se reintroduzir a alimentação assim que essa etapa for concluída (máximo de 4 a 6 horas). O MS (BRASIL, 2007a) e a OMG (WGO,

2012) corroboram esta assertiva ao recomendarem a manutenção do aleitamento materno mesmo durante a reidratação. No que se refere à criança em aleitamento misto ou artificial, deve-se manter a dieta habitual e a fórmula láctea (ou leite de vaca) não deve ser diluída para não reduzir o aporte calórico (BRASIL, 2007a; SBP, 2017b).

Outras recomendações no contexto alimentar dizem respeito à restrição de sucos de frutas enlatados e refrigerantes – pois os mesmos têm alta osmolaridade e podem agravar a diarreia (WGO, 2012; SBP, 2017b) – e à necessidade de aumento de 1 ou mais refeições ao dia a partir de alimentos habituais com o intuito de compensar as perdas resultantes da diarreia e evitar o comprometimento do estado nutricional, mantendo-se este padrão alimentar até a recuperação da nutrição da criança (BRASIL, 2007a). Ao tratar dos alimentos gordurosos, o MS (BRASIL, 2007a) ressalta que esse tipo de insumo não deve ser retirado da dieta, pois tem alto teor calórico e não piora a evolução da diarreia.

Salienta-se que apesar da fundamentalidade de manter a hidratação e estado nutricional da criança preservados, o manejo destes dois aspectos funciona como uma medida preventiva para as principais consequências da diarreia (desidratação e desnutrição), mas não é capaz de debelar os episódios diarreicos, que podem estar associados à deficiência de zinco, a qual é responsável por suprimir o sistema imune e está associada ao aumento da prevalência de diarreia persistente, conforme referido pela OMG (WHO, 2008).

Em países em desenvolvimento, a deficiência deste mineral é muito comum entre as crianças (WGO, 2012) e é justamente esta elevada prevalência no que concerne ao *déficit* de zinco que justifica a racionalidade para seu emprego nos casos diarreicos (SBP, 2017b). Assim, é recomendada pela OMS a suplementação de sulfato de zinco para todas as crianças com diarreia – especialmente aquelas com o tipo persistente – (WGO, 2008) na dose de 10mg/dia para crianças com idade inferior a 6 meses e 20mg/dia para aquelas com mais de 6 meses de vida (WHO/UNICEF, 2004) por um período de 10-14 dias (WGO, 2008).

A fundamentação para oferta deste micronutriente em vigência da diarreia consiste no fato de que seu uso é capaz de reduzir a gravidade e duração dos quadros diarreicos, a probabilidade de a diarreia persistir por mais de sete dias e a ocorrência de novos episódios de DDA nos três meses seguintes ao uso do suplemento (SBP, 2017b). Além disso, a suplementação com este mineral diminui as mortes não acidentais em até 50% (WGO, 2012). Frente a tais evidências, a OMS e a UNICEF recomendam administração de rotina às crianças com diarreia persistente, independentemente do seu tipo (WGO, 2012). Salienta-se que o uso desta substância adquire maior importância no manejo da diarreia de crianças desnutridas e que apresentam doença diarreica persistente (WGO, 2012).

A eficácia do zinco foi demonstrada na pesquisa realizada por Lukacik, Thomas e Aranda (2008), a qual apontou para menor duração do quadro diarreico entre crianças maiores de seis meses de idade que receberam zinco quando comparadas àquelas que receberam apenas o placebo.

Dada a eficácia deste mineral, desde 2004, após a OMS e a UNICEF revisarem suas recomendações para o manejo da diarreia – aí incluindo-se a suplementação de zinco como terapia adjunta à reidratação oral – mais de 40 países a nível mundial adotaram tais recomendações (WGO, 2008).

É importante ressaltar que além do zinco, outros minerais e vitaminas podem ser suplementados à dieta da criança com DDA, como é o caso do magnésio (WGO, 2012) e da vitamina A, sendo esta última recomendada especialmente em áreas onde ocorre esta hipovitaminose (SBP, 2017b).

Em se tratando do manejo medicamentoso da DDA, a SPG (2012) ressalta que a maioria dos casos é autolimitada, com necessidade apenas do tratamento sintomático, dado que os medicamentos comumente utilizados nos casos diarreicos (antieméticos, antiespasmódicos, adstringentes, antipiréticos e lactobacilos), conforme referido pelo MS (BRASIL, 2007a), estão contraindicados por terem alguma ação prejudicial no trato gastrointestinal (TGI).

Araújo (2014) aponta para o uso de antidiarreicos inespecíficos como uma das terapêuticas para a DDA. Contudo, este mesmo autor chama atenção para o fato de que nenhuma destas drogas ataca as causas básicas da diarreia nem restabelece água, eletrólitos e nutrientes que são perdidos durante os episódios diarreicos. Além disso, tais medicamentos podem prolongar a duração da diarreia do tipo infecciosa e também aumentar a incidência de complicações, mesmo quando associados a antibióticos (ARAÚJO, 2014).

Barbuti (S.D.) considera que por ser a diarreia um mecanismo de defesa corporal, esta não deve ser tratada com medicação antidiarreica, que é responsável por reduzir a quantidade ou a frequência evacuatória. Wingate *et al* (2001) acrescentam que as drogas antidiarreicas, apesar de eficazes no alívio dos sintomas, carregam em si efeitos adversos indesejados, uma vez que têm o potencial de manter os patógenos e suas toxinas no interior do intestino, aumentando os decorrentes da presença destes microrganismos. Frente a tal problemática, aconselha-se a utilização cautelosa dos fármacos antidiarreicos, especialmente entre doentes com disenteria sanguinolenta, febre e distensão do colón (SPG, 2012).

Para Brandt, Antunes e Silva (2015), a presença de vômitos é frequente na DDA, sendo os antieméticos mais utilizados os bloqueadores dos receptores H1 da histamina (prometazina, dimenidrinato), antagonistas de receptores da dopamina (metoclopramida) e de serotonina-5HT

(ondansetrona). Contudo, estes autores (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015) consideram que tais medicamentos são prescritos de forma excessiva, sem se levar em conta a intensidade dos vômitos. As contraindicações se referem ao fato de que estes medicamentos podem culminar em reação extrapiramidal e deprimir o sistema nervoso central (SNC). Além disso, podem causar distensão abdominal e dificultar a ingestão do soro por parte da criança (BRASIL, 2007a). Destaca-se, inclusive, a importância de manter a hidratação da criança, pois de acordo com Brandt, Antunes e Silva (2015), na maioria das vezes os vômitos cessam quando se hidrata a criança, pois a desidratação, mesmo subclínica, pode causar vômitos.

Outras drogas utilizadas nos episódios diarreicos são os adstringentes, os antipiréticos e os antiespasmódicos. Os primeiros têm apenas efeito cosmético sobre as fezes, uma vez que aumentam a consistência do bolo fecal, além de espelir Na^+ e K (BRASIL, 2007a). Os antipiréticos devem ser usados apenas quando necessário para alívio dos sintomas, pois podem prejudicar a ingestão do soro oral, dado seu efeito sedativo (BRASIL, 2007a). Em se tratando dos antiespasmódicos, seu uso deve ser evitado, pois tais medicamentos inibem o peristaltismo intestinal, o que facilita a proliferação dos germes e o prolongamento do quadro diarreico, podendo levar à falsa impressão de melhora (BRASIL, 2007a).

Dado o amplo espectro de medicamentos que podem ser utilizados nos quadros diarreicos, é imprescindível considerar a recomendação de Araújo (2014) de que o início do tratamento deve ocorrer após caracterizar a gravidade do quadro diarreico, avaliar o estado de hidratação e investigar a instalação de um quadro infeccioso, inclusive se o microrganismo encontra-se apenas no intestino ou já se expandiu a nível sistêmico.

Mesmo quando a diarreia tem etiologia bacteriana, conforme exposto por Brandt, Antunes e Silva (2015) e sustentado pela SBP (2017b), os antibióticos não estão indicados na maioria dos episódios de DDA. A justificativa para a restrição da antibioticoterapia, mesmo nas situações em que a diarreia é do tipo infecciosa, está centrada no fato de que a maioria dos casos de diarreia aguda se resolve em poucos dias a partir de medidas gerais (SPG, 2012), de modo que a quase totalidade dos casos tem curso autolimitado e desfecho benigno quando o paciente é devidamente hidratado (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

Sustentando a ideia de resistência à antibioticoterapia na DDA, Sousa e Azevedo (2012) salientam que este tipo de terapêutica ainda pode apresentar considerável iatrogenia, podendo a diarreia surgir em até 30% dos pacientes. Ademais, os antibióticos têm efeito prejudicial sobre a microbiota intestinal, que é um importante mecanismo de proteção (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015). Diante disso, o uso de antimicrobianos é uma conduta de exceção, mesmo nos episódios diarreicos mais graves (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015).

A SBP (2017b), ao tratar dos casos em que a antibioticoterapia está indicada, salienta que o uso destes medicamentos está restrito a pacientes com disenteria, cólera, em imunossuprimidos, falcêmicos, nas crianças portadoras de prótese, naquelas com disseminação bacteriana extra intestinal e nos casos de infecção aguda por *Giardia lamblia* ou *Entamoeba histolytica*. Outros agentes que podem necessitar de antibióticos quando causam casos graves são a ECEI, *Yersinia*, *Vibrio cholerae*, *Clostridium difficile* e *Salmonella* não tifoide (SBP, 2017b).

Araújo destaca que o critério de escolha do antimicrobiano deve ser os padrões de sensibilidade dos agentes patogênicos característicos de cada localidade/região (ARAÚJO, 2014). A utilização de antibioticoterapia empírica deve ser considerada nos casos de diarreia severa em três situações: quando houver forte suspeita de um diagnóstico, mas que ainda não foi confirmado; quando os exames realizados não permitirem um diagnóstico ou nos casos em que mesmo havendo confirmação diagnóstica, não exista nenhum tratamento específico. Frente a tais situações, recomenda-se o uso de uma quinolona oral (ciprofloxacina ou levofloxacina) de 3 a 5 dias. Como antibióticos alternativos, destacam-se a azitromicina por 3 dias ou eritromicina duas vezes por dia durante 5 dias (SPG, 2012). Ao tratarem dos antibióticos, Brandt, Antunes e Silva (2015) relatam que a principal questão no que concerne a esta classe medicamentosa é a ausência de uma terapêutica antibiótica eficaz para a maioria dos agentes associados à DDA.

Para reequilíbrio ecológico do trato intestinal, alterado nos casos diarreicos, especialmente quando o paciente fez uso de antibioticoterapia, podem ser utilizados probióticos, os quais favorecem o crescimento de espécies não patogênicas e estimulam a imunidade (SOUSA; AZEVEDO, 2012). Barbuti (S.D.) define os probióticos como suplementos microbiológicos vivos capazes de manter ou normalizar a microflora intestinal, sendo caracterizados por Araújo (2014) como uma modalidade terapêutica no cuidado à diarreia aguda.

Segundo Moraes e Castro (2014), apesar de serem progressivamente valorizados em diversas áreas da Gastroenterologia, em se tratando da diarreia aguda, o uso de probióticos permanece controverso. Brandt, Antunes e Silva (2015) salientam que há estudos de apenas algumas cepas no contexto da DDA (*Lactobacillus* GG e *S. boulardi* são os mais testados cientificamente) e estes devem ser criteriosamente analisados quanto aos seus desfechos, pois não se deve generalizar e transferir os resultados relativos aos mecanismos de ação de uma cepa para a outra. Neste direcionamento, a OMG reforça que probióticos como o *Lactobacillus* GG (ATCC 53103) já demonstraram ter efeitos benéficos para a saúde humana. Contudo, os efeitos

descritos são específicos para cada cepa, não sendo possível generalizar os resultados, nem quando se tratar de cepas muito parecidas. Assim, o uso de probióticos não é apropriado nos casos em que os recursos são limitados, em particular em países em desenvolvimento (WGO, 2012).

Quanto às cepas já estudadas, Barbuti (S.D.) refere que são potencialmente úteis no tratamento da diarreia vários tipos de *Lactobacilos*, *Bifidobacterium*, *Streptococcus* e o fungo *Saccharomyces boulardii*. Além destes, Diretriz da WGO aponta o *L. reuteri* ATCC 55730, *L. rhamnosus* GG e *L. casei* DN-114 001 como cepas importantes na redução da gravidade e duração da DDA entre crianças (WGO, 2012).

2.3 PANORAMA DA DIARREIA E GASTROENTERITES ENTRE CRIANÇAS BRASILEIRAS NA ÚLTIMA DÉCADA

A OMS refere que nas últimas três décadas, a taxa de mortalidade foi reduzida nos países em desenvolvimento e atribui isto a diversos fatores, dentre os quais a distribuição e o uso generalizado de SRO (WGO, 2012).

No contexto do Brasil, tal evidência é comprovada ao se observar os dados relativos aos óbitos de crianças menores de 5 anos de idade por conta da diarreia e gastroenterites. Os dados a seguir se referem à internação e ao óbito de crianças na nesta faixa etária pelo agravo supracitado no período de 2009-2018 e foram consultados no DATASUS (BRASIL, 2019).

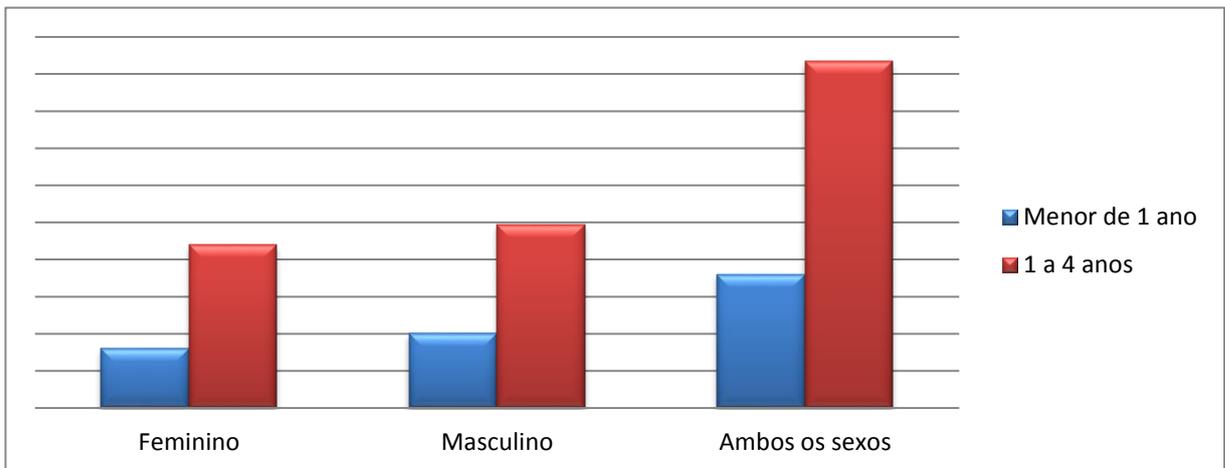
Os dados mais recentes (2018) evidenciaram que em se tratando das doenças infecciosas e parasitárias, a diarreia figurou como a 1ª causa de internação e a 4ª etiologia de óbito no Brasil entre as crianças menores de 5 anos de idade e ainda revelaram que as regiões brasileiras mais afetadas foram as menos desenvolvidas (BRASIL, 2019), permitindo inferir que as condições socioeconômicas, de saneamento básico, culturais e políticas interferem diretamente no alto índice de doenças diarreicas nesses locais, configurando-se, portanto, como um problema de saúde pública, especialmente em localidades precárias.

Dentre os fatores caracterizados como risco para os episódios diarreicos destacam-se as precárias condições socio sanitárias, visto que o saneamento básico – traduzido no abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem e manejo de resíduos – é um dos fatores determinantes da saúde (TEIXEIRA; GOMES; SOUZA, 2012).

Houve na última década (2009-2018) 647.343 internações e 789 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade por diarreia e gastroenterites no Brasil. Conforme demonstrado no Gráfico 1, as internações por esta causa ocorreram principalmente entre as crianças de 1 a 4 anos de idade (72,2%), seguidas daquelas menores de 1 ano (27,77%), sendo o sexo masculino o mais acometido (53,71%) nas duas faixas etárias.

O acometimento das crianças de maior idade é explicado por Siqueira, Jesus e Camargo (2016) que, ao falarem sobre a vulnerabilidade das crianças a agravos, referem que nesta idade as crianças estão em constante descoberta, começam a andar, ter mais liberdade e mais contato com o mundo a partir da manipulação dos objetos e, devido à curiosidade de conhecer o novo sem que possuam a capacidade de prever, evitar e diferenciar situações que as expõem ao perigo, tornam-se vulneráveis a diversas doenças, como as gastroenterites.

Gráfico 1 - Internações de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites (n=647.343) no Brasil no período de 2009-2018 quanto ao sexo e faixa etária.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Apesar de as crianças de 1-4 anos de idade terem sido as que apresentaram o maior número de internações por diarreia e gastroenterites, as que mais morreram por esta causa foram as menores de 1 ano (72,75%), conforme exposto na Tabela 1. Isso se dá pelo fato de que quanto menor for a idade mais frágil é a criança, que se encontra em processo de formação e fortalecimento do sistema imunológico (DINIZ; FIGUEIREDO, 2014). Além disso, as crianças menores têm maior percentual de água corporal que as crianças de maior idade e maior taxa de ACT (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 2016), o que resulta em maiores complicações nos casos de diarreia devido ao maior potencial de serem acometidas pela desidratação e desnutrição.

No que diz respeito ao gênero mais acometido pela diarreia e gastroenterites no período analisado, houve predominância das crianças do sexo masculino tanto para as internações (Gráfico 1) como para os óbitos (Tabela 1). Isto se deve, provavelmente, devido à diferença de comportamento de ambos os sexos e fatores culturais, de forma que os meninos têm maior liberdade de brincar e interagir com o ambiente que as meninas, sendo encorajados a serem mais independentes e participarem de brincadeiras de maior risco, sem supervisão dos adultos em relação às meninas, que recebem maior vigilância dos seus cuidadores (FERNANDES *et al.*, 2012). Neste contexto, também foram as crianças do sexo masculino as que mais morreram por esta causa no período analisado (Tabela 1).

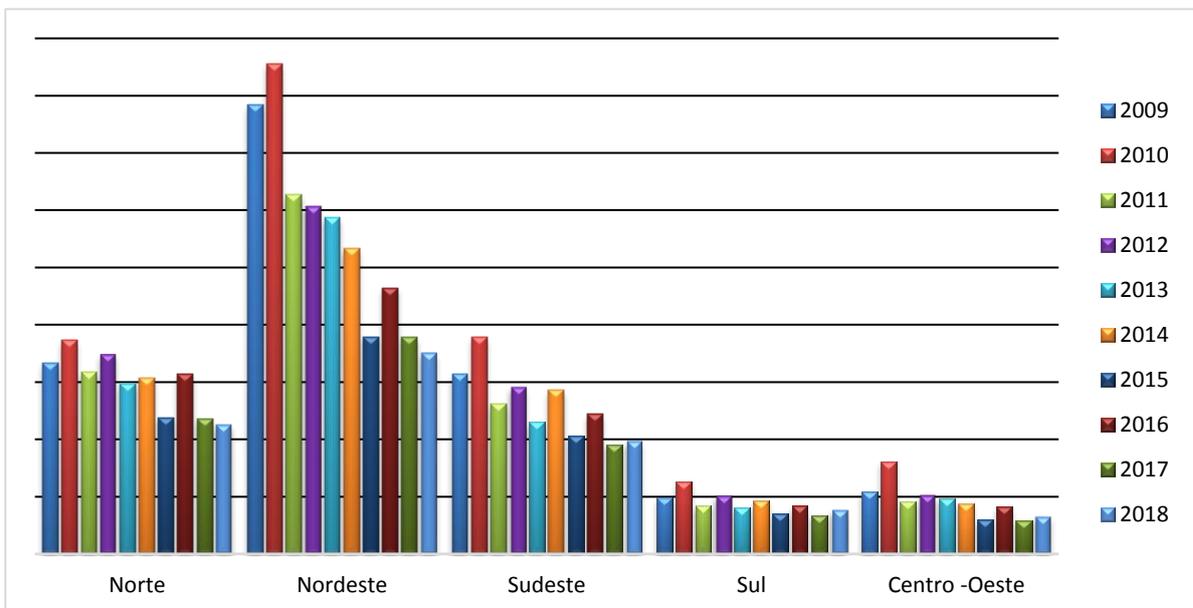
Tabela 1 - Óbitos de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=789) no período de 2009-2018 quanto ao ano, faixa etária, sexo, região brasileira e raça/cor.

Variáveis	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
	N (%)										
Faixa etária											
<1	81	71	71	46	64	64	39	51	53	34	574
1-4	32	37	21	22	24	12	15	19	10	23	215
Total	113	108	92	68	88	76	54	70	63	57	789
Sexo											
Masculino	48	62	59	40	46	46	32	37	33	36	439
Feminino	65	46	33	28	42	30	22	33	30	21	350
Total	113	108	92	68	88	76	54	70	63	57	789
Região											
Norte	26	27	30	20	32	17	13	20	19	20	224
Nordeste	62	48	37	33	31	37	26	24	30	22	350
Sudeste	19	17	15	11	13	15	10	18	11	7	136
Sul	2	3	6	2	2	3	1	2	—	3	24
Centro-Oeste	4	13	4	2	10	4	4	6	3	5	55
Total	113	108	92	68	88	76	54	70	63	57	789
Raça/Cor											
Branca	12	14	10	7	10	11	8	7	6	9	94
Preta	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	3
Parda	35	38	33	18	32	34	16	28	28	27	289
Amarela	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	4
Indígena	13	12	7	8	9	8	5	8	7	6	83
Sem informação	53	44	41	34	36	23	25	26	21	13	316
Total	113	108	92	68	88	76	54	70	63	57	789

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao direcionar a análise por localidade, pode-se constatar que as regiões brasileiras não são afetadas de modo linear, tendo sido o Nordeste (42,90%) a que mais apresentou casos de internações por diarreia e gastroenterites entre as crianças menores de 5 anos de idade no período em questão em todos os anos analisados (Gráfico 2), seguida do Norte (23,09%), Sudeste (20,09%), Centro-Oeste (7,08%) e Sul (6,82%), respectivamente. Houve em todas as regiões redução nas taxas de internação por esta causa ao se comparar os dados do ano inicial da análise (2009) aos do ano final (2018).

Gráfico 2 - Internação de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=647.343) no período de 2009-2018 quanto ao ano e região brasileira.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

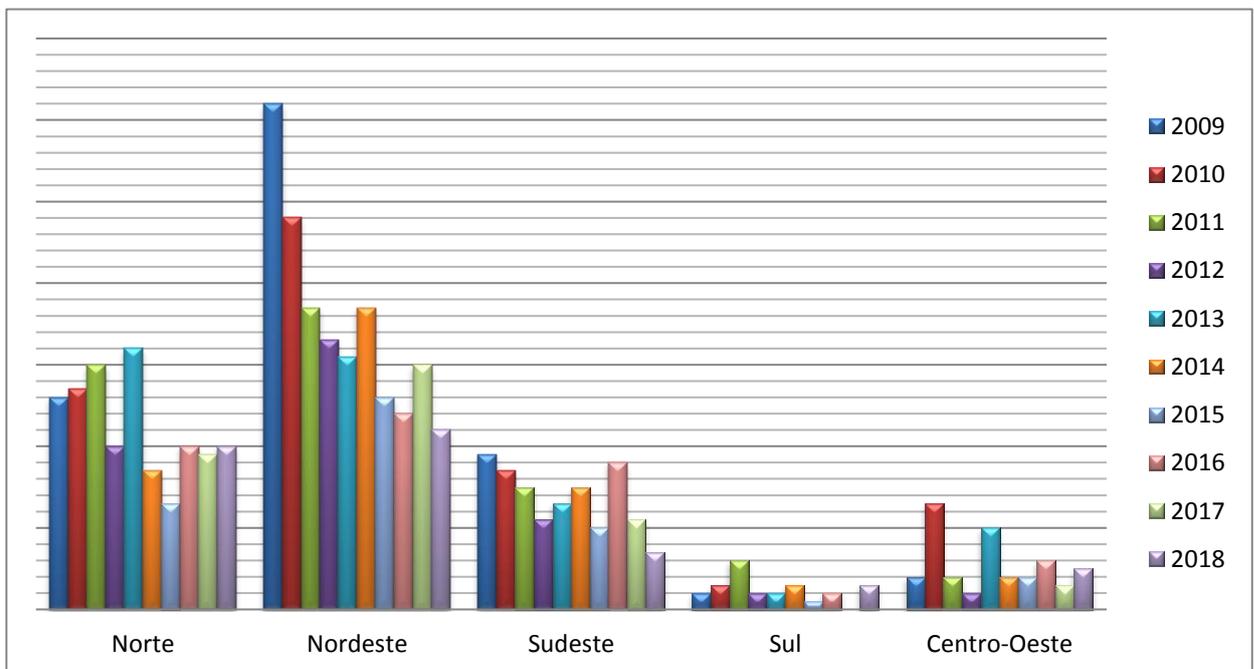
No que diz respeito aos óbitos por ano quanto às regiões, conforme ilustrado pelo Gráfico 3, o ano de 2009 foi o que registrou o maior número de mortes de crianças brasileiras por conta da diarreia e outras gastroenterites (14,32%) e no ano de 2015 a menor, respectivamente com (6,84%). Pode-se perceber ainda que o Nordeste foi a região que apresentou o maior número de casos de óbitos (44,35%), seguido do Norte (28,39%), Sudeste (17,23%), Centro-Oeste (6,97%) e Sul (3,04%), seguindo o mesmo padrão das internações.

O maior número de casos de internações e óbitos diarreia e gastroenterites na Região Nordeste pode se relacionar ao fato de ser esta a região brasileira em que a fome e a pobreza

estão fortemente concentradas, conforme referido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 2003).

Segundo o MS (BRASIL, 2017a), o risco de morte por diarreia em crianças menores de 5 anos assume uma maior magnitude nas regiões Norte e Nordeste do país, de forma que sua incidência é cerca de quatro a cinco vezes maior que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes entre o período neonatal e o primeiro ano de vida. Ainda sobre essas regiões, o estudo epidemiológico de Bühler (2014) revelou que associado aos óbitos por diarreia infantil os principais indicadores foram os relacionados às condições sociais e demográficas e ao saneamento básico em que elas vivem.

Gráfico 3 - Óbitos de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n=789) no período de 2009-2018 quanto ao ano e região brasileira.



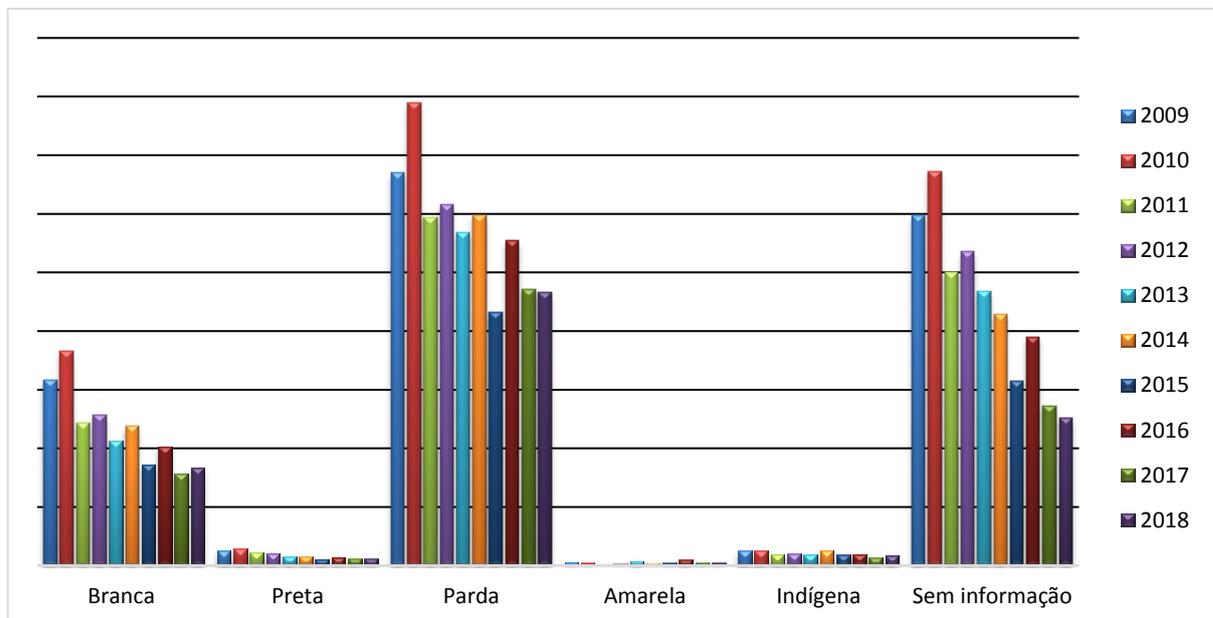
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Por outro lado, foi a Região Sul a que apresentou o menor número de casos de internação (Gráfico 2) e óbitos (Gráfico 3) por diarreia no período referido. Estes dados são corroborados por aqueles do estudo desenvolvido por Bühler (2014), no qual foi revelado que o Sul foi a única região brasileira que não estava relacionada à extrema pobreza associada aos óbitos por diarreia infantil. Tal fato possivelmente resulta das melhores condições de saneamento básico e infraestrutura desta região, conforme divulgado por uma pesquisa realizada pelo Associação Brasileira do Ministério Público do Meio Ambiente (2011) e pelo maior acesso aos serviços de

saúde por parte desta população (STOPA *et al.*, 2017), o que permite uma assistência mais rápida e, por conseguinte, com menor possibilidade de óbito.

Em se tratando das variáveis ano e raça/cor, de acordo com a visualização do Gráfico 4 verifica-se que as crianças mais afetadas foram as negras (45,82%), tendo sido 44,45% as pardas e 1,36% as pretas. Depois dos indivíduos negros, os mais acometidos foram os brancos (17,98%), indígenas (1,56%) e amarelos (0,40%). Cabe destacar que houve uma quantidade significativa de casos de crianças internadas por doença diarreica sem identificação da variável raça/cor (34,22%).

Gráfico 4 - Internação de crianças menores de 5 anos de idade por diarreia e outras gastroenterites no Brasil (n= 647.343) no período de 2009-2018 quanto ao ano e raça/cor.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Assim como ocorreu com as internações, os dados relativos aos óbitos por raça/cor (Tabela 1) também apontaram os negros como os indivíduos mais afetados (37%), seguidos dos brancos (11,91%), indígenas (10,51%) e amarelos (0,50%). As crianças sem informação registraram 40,05% dos casos.

A maior incidência tanto das internações como dos óbitos por diarreia e gastroenterites entre crianças negras pode ser associada à vulnerabilidade a que estão expostas estas pessoas, tanto no que concerne ao acesso às condições de saneamento quanto ao acesso aos serviços de saúde. Segundo o MS (BRASIL, 2014c), a população negra em 1990 classificada como

extremamente pobre era cerca de três vezes maior que a branca, revelando a suscetibilidade destas pessoas às consequências da pobreza.

Destaca-se ainda que a maioria da população negra está concentrada na região Nordeste, local que apresentou maior incidência da diarreia e gastroenterites, evidenciando assim que a região em que elas vivem e as condições precárias de vida desse ambiente contribuem diretamente para este problema.

Convém destacar que houve um número significativo de indivíduos ignorados quanto à variável raça/cor tanto no que diz respeito às internações quanto aos óbitos por diarreia e gastroenterites. Tal fato pode mascarar a análise quanto a esta variável, caracterizando-se como um possível viés acerca destes dados.

Diante disso, chama-se atenção para a importância de os profissionais de saúde preencherem adequadamente as fichas de notificação de agravos nos serviços de saúde, visto que tais fichas permitem delinear o perfil epidemiológico de determinado agravo, favorecendo o delineamento de um perfil fidedigno e a realização de ações que permitam a promoção da saúde das crianças e prevenção de doenças.

2.4 SUSCETIBILIDADE DE INDIVÍDUOS QUE HABITAM COMUNIDADES COM SANEAMENTO BÁSICO PRECÁRIO À OCORRÊNCIA DE DOENÇAS³

Como saneamento básico, a Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007c), aponta um conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Estes serviços são caracterizados por Mota, Sousa e Silva (2015) como uma externalidade positiva, pois sua oferta tem como consequência a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da população.

Embora sejam as ações de saneamento básico necessárias à sobrevivência humana e apontadas como um direito previsto em Lei, infere-se que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo não têm acesso à habitação segura e não dispõe de serviços básicos de saneamento (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

No Brasil, quase metade da população (43%) habita cidades em que não há rede de tratamento de esgoto (FAMA, 2018) e esse aspecto remonta à desigualdade existente entre as regiões brasileiras, afetando especialmente cinturões de miséria, onde encontram-se precárias condições de higiene (FAMA, 2018; GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007). Nesse ponto, chama-se atenção para a questão da exclusão social sofrida pelas pessoas economicamente desfavorecidas, já que o acesso às ações de saneamento deve ser encarado como uma questão de inclusão social (NERY, 2004).

Mota, Sousa e Silva (2015), ao tratarem do abandono do poder público quanto às camadas menos favorecidas, alertam para a falta de equilíbrio e neutralidade no que se refere aos investimentos em políticas públicas, ressaltando a existência de uma assimetria de prioridades e uma distorção entre as camadas sociais, de forma que as zonas rurais têm tratamento diferente daquele empreendido aos indivíduos que vivem na zona urbana. Estes autores chamam ainda a atenção para a diferenciação que acontece dentro do país no que se refere aos estados e regiões. Assim, apesar de o abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo serem bens públicos, há distorções quanto a sua provisão (MOTA; SOUSA; SILVA, 2015).

A ausência de saneamento básico, condição fundamental para a existência humana, descortina a questão da vulnerabilidade (em suas diversas vertentes) a qual estão expostos diversos grupos populacionais, como é o caso das comunidades quilombolas. Para Cançado, Souza e Cardoso (2014), o conceito de vulnerabilidade engloba elementos dinâmicos e

³ Capítulo aceito para publicação no livro “Saúde da criança e do adolescente: enfoques sobre hospitalização e violência”, aprovado pela Editora Appris em janeiro de 2020.

estruturais que perpassam a oferta de oportunidades, havendo nos diversos tipos de vulnerabilidade uma capacidade limitante das potencialidades dos indivíduos à medida que cerceiam seu estatuto de sujeitos de direito.

Em se tratando da vulnerabilidade social, esta é traduzida como condições de pobreza, vitimização, fragilidade e contingência que pessoas enfrentam em decorrência de imposições sociais, econômicas e políticas, havendo também dificuldades relacionais e culturais, além daquelas relativas ao acesso a materiais para a manutenção da sobrevivência (SEMZEZEM; ALVES, 2013), como é o caso das ações de saneamento básico.

Cabe salientar que, conforme exposto pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2015), a vulnerabilidade social não está limitada à questão da pobreza, que é traduzida na insuficiência de recursos financeiros. Possivelmente, a explicação da vulnerabilidade a partir de um viés de cunho econômico pode se relacionar ao fato de este termo ter sido utilizado pelos primeiros estudos acerca da vulnerabilidade para fundamentar análises sobre a capacidade de mobilidade social dos indivíduos ao se acreditar que a limitação financeira reduz oportunidades, interferindo diretamente no acesso a bens e serviços (SEMZEZEM; ALVES, 2013). Contudo, mais que isso, esse termo engloba questões de natureza política, ao se considerar que diz respeito ao acesso a direitos e rede de serviços de políticas públicas, refletindo o exercício da cidadania a partir da capacidade de acesso a bens e serviços por sujeitos e grupos sociais (SEMZEZEM; ALVES, 2013).

Diante disso, pode-se inferir que a vulnerabilidade social se refere a um sintoma de determinados grupos populacionais à falta de investimentos por parte do poder público em áreas prioritárias, como é o caso da Educação, Saúde e Saneamento básico, trazendo a reboque, além da questão do descaso para determinados estratos sociais, o aparecimento de problemas oriundos da vulnerabilidade, como a ocorrência de doenças e, para além disso, a falta de acesso a serviços de saúde na iminência destes casos.

Ao tratar das comunidades afetadas pela questão do *déficit* de saneamento básico, Mota, Sousa e Silva (2015) referem ser este problema mais comumente encontrado nos bolsões de pobreza, figurados pelas periferias das cidades, zona rural e interior dos estados. Corroborando o que já foi dito neste capítulo acerca da vulnerabilidade social, estes autores ressaltam a existência de uma relação entre os problemas sanitários ambientais e a desigualdade social, que é refletida na abrangência dos serviços básicos de saneamento.

Para além da ausência de ações de saneamento, a degradação do ambiente é também causada pela disposição indiscriminada de resíduos no solo, sendo este fator apontado por Guimarães, Carvalho e Silva (2007) como responsável pela sua contaminação, uma vez que

gera líquidos e gases percolados, além da presença de metais nos resíduos que são ali lançados. Estes autores ressaltam que a contaminação do solo pode ter origem orgânica ou inorgânica, sendo a primeira associada a materiais contaminados ou em decomposição presentes no lixo, e a segunda ao uso de substâncias químicas perigosas e pesticidas empregados na produção agropecuária. Como resultado, estas substâncias acessarão o organismo humano, seja pela inalação de poeira ou pela contaminação da água e pelos alimentos (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Cabe destacar que a degradação ambiental, independente do contexto onde ocorra, afeta a sociedade de forma geral. Contudo, é entre as populações mais pobres que estas condições são exacerbadas, ao se considerar que há uma maior exposição a ambientes de risco por parte destas pessoas, além de que, muitas vezes, estes indivíduos se utilizam da natureza para extrair seus meios de subsistência (SERRA; SERRA, 2013).

Dentre os grupos sociais expostos à inexistência de adequadas ações de saneamento básico, destacam-se as comunidades quilombolas, apontadas por diferentes estudos (DAL'VESCO, 2006; SILVA, 2007; GUERRERO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2008; RIQUINHO, 2009; FREITAS; SILVA; GALVÃO, 2009; MARQUES *et al.*, 2010; TORALES, 2013; CUNHA *et al.*, 2013; Gomes *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014; SIQUEIRA, 2014; BEZERRA *et al.*, 2014; PINHO *et al.*, 2015) como locais cujas condições socio sanitárias são precárias.

Como resultado do saneamento básico precário/inexistente em comunidades socialmente vulneráveis, destaca-se a ocorrência de impactos negativos sobre a saúde individual e coletiva, além da elevação de gastos públicos e privados em saúde para tratamento de doenças (SIQUEIRA *et al.*, 2017), algumas das quais podem culminar no óbito de indivíduos de todas as faixas etárias, principalmente as crianças.

Problemas que refletem a falta de condições adequadas de saneamento se retratam na ausência de água clorada, coleta irregular de lixo, deficiência no tratamento e destinação adequada do esgoto e construção de fossas sépticas para escoamento de dejetos que deveriam ser destinados à rede de esgoto. Estas últimas, segundo Nascimento Filho e Castro (2005) se referem a unidades de sedimentação e digestão anaeróbia para onde são encaminhados os despejos sanitários, muito comuns em comunidades quilombolas, conforme observado em estudos desenvolvidos nestas localidades (RIQUINHO, 2009; MARQUES *et al.*, 2010; TORALES, 2013, SIQUEIRA *et al.*, 2014).

Ao discutirem os impactos negativos resultantes das condições inadequadas de saneamento e da utilização de outros mecanismos de escoamento como as fossas sépticas, Mota,

Sousa e Silva (2015) relatam que o sucateamento da rede de esgoto tem como resultado a ocorrência de doenças e a construção de fossas não é suficiente para debelar o problema, sendo necessário investir em infraestrutura sanitária e educacional da população. Além disso, é referido que se aumenta o risco de contágio por doenças infecciosas como leptospirose e hepatite A na ocorrência de chuvas, uma vez que estas trazem sujeira, lixo e os efluentes para as residências.

No que concerne ao lixo, caracterizado como um conjunto de resíduos sólidos decorrentes da atividade humana, sua disposição de forma inapropriada é responsável por gerar tanto problemas sanitários como ambientais, aumentando a incidência de doenças como peste, dengue, toxoplasmose, leishmaniose, salmonelose, leptospirose, cólera e febre tifoide, quando seu acondicionamento e destino final não são adequados (MACIEL; FELIPE; LIMA, 2015).

Mota, Sousa e Silva (2015) consideram que, dada a relação quase umbilical entre as áreas de Saúde e Saneamento, diversas são as doenças que podem surgir como resposta às precárias condições sanitárias, especialmente aquelas de veiculação hídrica como é o caso da cólera, infecções gastrointestinais, amebíase, verminoses, esquistossomose e diarreia, esta última apontada por Façanha e Pinheiro (2005) como mais incidente em áreas mais pobres.

Joventino *et al* (2013) asseveram tal assertiva ao afirmarem que a ocorrência de doenças infectocontagiosas como a diarreia está associada às condições socioeconômicas desfavoráveis, a exemplo de residência com muitos moradores e poucos cômodos – pois isso dificulta as práticas preventivas de diarreia infantil, como higiene pessoal e limpeza doméstica – e a inexistência de acesso à rede coletora de esgotos, que interfere nas condições de saúde das crianças por poluir o ambiente e possibilitar a veiculação de doenças relacionadas a excretas, principalmente parasitoses, cuja maioria tem como sintoma principal a diarreia. A ausência de esgotamento sanitário apropriado, além de importante fonte de poluição de águas superficiais e subterrâneas, é fator de risco para a saúde da população, principalmente quando não se tem conhecimento sobre a transmissão de doenças de veiculação hídrica ou relacionadas com excretas (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012).

Em um estudo realizado em Guarulhos (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012) foi observado que a interação entre o material precário do domicílio e a ausência de sistema de esgoto sanitário aumenta a exposição destes indivíduos aos patógenos causadores de doenças diarreicas, o que explica o elevado risco de ocorrência de diarreia entre crianças que apresentam estas condições de vida, além de indicar situação de exclusão social.

Em sentido oposto, a investigação conduzida por Joventino *et al* (2010) com o intuito de correlacionar o consumo de água das cisternas e comportamento da diarreia infantil na região

semiárida do Sertão Central do Ceará evidenciou melhoria da saúde infantil na região como resultado do uso de cisternas de captação de água pluvial em detrimento do uso de cacimbão e açude como principais fontes de água.

Neste contexto, pode-se inferir que entre as populações vulneráveis e socialmente excluídas, como as comunidades quilombolas, a diarreia está entre um dos principais agravos que acometem as crianças, conforme demonstrado nos estudos de Siqueira *et al* (2016), Paz, Almeida e Günter (2012) e Andrade *et al* (2011), estando tal fato associado às desfavoráveis condições sanitárias identificadas nestes locais.

Assim, embora as evidências apontem para o declínio da mortalidade por este agravo tanto em países industrializados como naqueles em desenvolvimento, em algumas áreas subdesenvolvidas a diarreia ainda permanece como uma das principais causas de morte em crianças menores de dois anos de idade, devendo ser abordada nesta faixa etária como uma afecção potencialmente grave (GUIMARÃES *et al.*, 2001; VRANJAC, 2004; BARBUTI, S.D.), dado o risco de desidratação e desnutrição, discutidos no primeiro capítulo deste trabalho.

Em um estudo realizado em Salvador-BA com o objetivo de descrever a evolução da mortalidade infantil por doenças infecciosas intestinais entre 1977 e 1998, foi observado que apesar do acentuado declínio da mortalidade infantil por esta causa, os maiores índices de morte por diarreia foram identificados nos distritos sanitários mais carentes. Ademais, estes mesmos autores dão conta de que a redução da mortalidade na capital baiana no ano de 1996 foi menor que em outras cidades de maior índice de desenvolvimento humano (IDH), como é o caso de Porto Alegre, uma vez que o risco de morte infantil por diarreia nesta última capital em 1996 era quatro vezes menor que o observado em Salvador naquele mesmo ano (GUIMARÃES *et al.*, 2001).

Ao tratar da maior exposição a doenças infecciosas e parasitárias por indivíduos que habitam localidades com menor desenvolvimento socioeconômico, no contexto da cólera, Passos (1999) revelou que esta doença foi responsável por uma pandemia universal na década de 1960, tendo atingido o Brasil em 1991, após invadir a América do Sul através do Peru. Para este autor, a cólera, à época do seu surto, se incorporou à realidade epidemiológica nacional e se caracterizou como mais uma doença associada às precárias condições de higiene e saneamento, característica de regiões pobres e desassistidas, tendo sido estas as que mais foram vitimadas pela doença, dado que nos oito anos decorridos desde a chegada da cólera ao Brasil, a Região Sul foi a que apresentou um número relativamente reduzido de casos, sendo muitos deles ligados a pacientes que haviam adquirido a doença em áreas do Norte e Nordeste (PASSOS, 1999).

A OMS (2006) refere ser a cólera uma doença diarreica resultante da infecção intestinal pelo *Vibrio cholerae* tipo 01 ou 0139, transmitida por meio da água ou alimentos contaminados com fezes, sendo as maiores áreas de risco os locais insalubres, os quais estão suscetíveis à ocorrência de surtos.

A associação entre insalubridade e cólera é apontada em estudos como aquele desenvolvido por Gerolamo e Penna (2000) em Pernambuco, o qual trouxe como resultado a associação positiva entre a incidência desta doença e a "proporção de domicílios não ligados à rede geral de esgotos", dentre outros fatores, recomendando como prioridade em saneamento a oferta de água de boa qualidade. Neste mesmo direcionamento, a pesquisa de Aragon *et al* (1994) apontou para a precariedade higiênico-sanitária e a alimentação sem controle sanitário como determinantes para a ocorrência de cólera em Moçambique entre 1973 a 1992.

Reiterando a menor exposição a enteroparasitoses em localidades onde as condições de saneamento não são marcadas pela inadequação, pesquisas como as de Tomé e Tavares (2007) e Nozaki *et al* (1990) permitiram inferir que locais do Sul do Brasil, como é o caso do Rio Grande do Sul, apresentam baixos índices de ocorrência de amebíase, uma doença resultante das condições inadequadas do ambiente, referida por Stanley (2003) como a segunda causa de morte por infecção parasitária em todo o mundo.

Ainda sobre a amebíase, em um relato de caso divulgado por Marques *et al* (2014) acerca de um paciente em idade pediátrica com abscesso hepático amebiano, foi referido pelos autores que, dentre as características da criança, a mesma vivia em habitação com saneamento básico e com um “poço”, cuja água era utilizada para regar a horta. Apesar de o caso se focar nas condições diagnósticas e terapêuticas e não necessariamente na contribuição ambiental para o desfecho da doença, é possível inferir que o uso de água de poço pode ser um dos fatores que culminaram neste caso e em suas repercussões, calibrando a associação entre condições ambientais e ocorrência de protozooses.

O rotavírus, referido por Costa *et al* (2006) como um agente etiológico de importância epidemiológica nas diarreias graves, também é associado à precariedade socioambiental, conforme auferido nos resultados de Araújo *et al* (2010), os quais evidenciaram que mais da metade das crianças que apresentaram diarreia aguda utilizavam fossa séptica e não bebiam água filtrada.

Ainda discutindo as doenças associadas às condições de higiene, ambiente e saneamento – como é o caso das helmintíases – se pode dizer a partir da análise de dados presentes na literatura que é tanto maior sua incidência quanto pior for o contexto socioambiental e exposição dos indivíduos. Ratificando tal aspecto, estudo desenvolvido em quatro vilarejos da

região litorânea do Irã, onde os habitantes tinham contato com o solo, revelou elevada ocorrência de infecções por *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, ancilostomídeos, *Trichostrongylus sp.* e *Taenia saginata* (GHADIRIAN; CROLL; GYORKOS, 1979). Ao tratarem do parasitismo por este agente etiológico, Silva *et al* (2011) identificaram em sua pesquisa prevalência de infecção por este patógeno em mais de metade da amostra, referindo ainda entre os participantes “alarmante” grau de insalubridade e precários hábitos de higiene, os quais foram associados por estes autores ao índice de parasitoses encontrado. Neste mesmo direcionamento, a investigação de Campos *et al* (2002) apontou para as condições peridomiciliares como um dos fatores significativamente associados à ocorrência de ascaríase.

No contexto das comunidades quilombolas, a pesquisa conduzida por Andrade *et al* (2011) em um quilombo de Minas Gerais revelou positividade para pelo menos uma espécie parasitária em mais de 60% participantes, havendo poliparasitismo em 36,5% dos investigados. Estes autores associaram a presença de parasitos intestinais a determinadas condições ambientais, referindo a necessidade de melhoria das condições de saneamento básico, dentre outras medidas de combate ao problema.

Cabe pontuar que as doenças de veiculação hídrica não são os únicos problemas oriundos da precariedade habitacional. Para Vasconcelos (2012), este é um fator de risco para a ocorrência de infecções respiratórias recorrentes (IRR) ou de repetição, já que o ar leva em suspensão substâncias como poeiras, vapores e microrganismos patogênicos que são capazes de provocar doenças quando introduzidos no organismo humano pelo ato ventilatório (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Guimarães, Carvalho e Silva (2007) consideram o lançamento de gases poluentes na atmosfera (principalmente o dióxido de carbono, o metano, os óxidos de nitrogênio e os hidrocarbonetos halogenados) como um grande agravante para a poluição atmosférica, contribuindo para a destruição da camada de ozônio e, por consequência, para a ocorrência de cânceres de pele, cataratas oculares e prejuízos para o sistema imune.

A extensa literatura provê claras evidências de que a poluição interfere de maneira complexa com os alérgenos e, também, com os mecanismos de defesa do trato respiratório, de modo que todos os esforços devem ser envidados, no sentido de diminuir a exposição tanto aos alérgenos quanto aos poluentes do ar (CROCE *et al.*, 1998).

Para Guimarães, Carvalho e Silva (2007), os diversos gases lançados na atmosfera são decorrentes de diferentes atividades humanas como combustão de petróleo, gás, carvão mineral e vegetal; emissão de gases pelas indústrias; queimadas; fermentação de produtos agrícolas e uso de fertilizantes na agricultura.

Ao tratarem da poluição ambiental, Croce *et al* (1998) dão conta da existência de diversos mecanismos que participam na patogênese das enfermidades respiratórias induzidas pelo meio ambiente, como o intercâmbio gasoso, a deposição do pó inalado e sua subsequente eliminação ou retenção. Quanto à captação de gases, estes autores referem que este mecanismo depende da solubilidade do gás em água e lipídios, de forma que gases altamente hidrossolúveis, a exemplo do formaldeído, são facilmente absorvidos pelo nariz e faringe em breves e curtas exposições, ao passo que gases menos hidrossolúveis, como o monóxido de carbono (CO) conseguem penetrar profundamente no trato respiratório, sendo absorvidos a nível alveolar, com efeito sistêmico.

A inalação de partículas presentes em ar poluído não se restringe ao local onde se concentra a poluição. Neste ponto, Leite *et al* (2011) referem que os poluentes lançados ao meio ambiente, além de afetarem as comunidades próximas à fonte de emissão, afetam também locais distantes, dado o potencial de os poluentes viajarem milhares de quilômetros pela atmosfera.

Apesar da maior propensão de afetarem locais distantes, destaca-se que as alergias e infecções das vias aéreas são mais prevalentes em locais com maior número de poluentes no ar atmosférico, conforme evidenciado pela literatura nacional (SIH, 1997; NICOLUSSI *et al.*, 2014) e internacional (ISHIZAKI *et al.*, 1987; NEUPANE *et al.*, 2010) que buscou comparar tais manifestações em indivíduos com maior e menor exposição a alérgenos ambientais, permitindo inferir uma importante associação entre a poluição do ambiente e as alergias respiratórias. O estudo de Roseiro e Takayanagui (2006) evidenciou estreita relação entre o nível de desenvolvimento econômico e social e o quadro epidemiológico retratado pelas internações hospitalares por problemas respiratórios.

Ao tratarem da deposição e retenção de partículas, Croce *et al* (1998) relatam que este mecanismo está diretamente associado ao tamanho do conteúdo ambiental inalado, de modo que partículas maiores são consideradas menos lesivas que aquelas menores. Assim, quando as partículas são maiores que 10 μm há uma maior efetividade na filtração realizada pelo nariz e nasofaringe, enquanto que as menores se depositam na árvore brônquica, sobretudo aquelas com diâmetros de 1 a 2 μm . As partículas menores que 0,5 μm , como as partículas virais, são levadas por difusão e localizadas nas superfícies alveolares. Quando há deposição do material no epitélio brônquico, os macrófagos alveolares podem remover ou permeabilizar este conteúdo na corrente sanguínea ou linfática. Contudo, essa depuração demora de dias a meses.

A contribuição ambiental para o desencadeamento deste problema está associada ao fato deste sistema mobilizar diariamente cerca de dez a vinte mil litros de ar, estando por isso exposto a diversos tipos de poluentes – de natureza gasosa, particulada ou fibrosa – capazes de

interferir com o sistema mucociliar, causando dano epitelial e alterações no mecanismo dos cílios, que induzidos pela poluição, permitem uma maior penetração e acesso de partículas e alérgenos às células do sistema imune, além de diminuir a elasticidade do muco em presença de poluição significativa (CROCE *et al.*, 1998).

A importância da poluição ambiental sobre o trato respiratório humano é retratada em estudos que associam a existência de poluentes atmosféricos aos danos à saúde (BAKONYI *et al.*, 2004; SIH, 1997; ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2006; BUENO *et al.*, 2010). Uma pesquisa (SIH, 1997) conduzida no estado de São Paulo com três grupos de crianças constatou que aquelas portadoras de asma/bronquite foram encontradas em maior número na metrópole de São Paulo (expostas à poluição urbana) e na região canavieira (expostas à poluição da queimada da palha da cana de açúcar) quando comparadas com a zona rural livre de poluição. Do mesmo modo, o uso de antibióticos, antialérgicos e as internações por complicações de doenças brônquicas e/ou pulmonares foi significativamente maior entre as crianças da grande São Paulo.

Corroborando tais achados, um estudo desenvolvido em Ribeirão Preto (ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2006) concluiu pela existência de comprometimento respiratório da população do município, permitindo aos autores apontar a poluição atmosférica como um importante fator causal.

Neste mesmo direcionamento, Bueno *et al* (2010) auferiram a existência de relação diretamente proporcional entre a concentração de particulados na atmosfera, a qualidade do ar e o quadro epidemiológico, refletido este último nas internações hospitalares de crianças por problemas respiratórios, uma vez que no período estudado distúrbios desta natureza ocuparam uma posição de destaque dentre as hospitalizações na rede pública.

Além de predispor as crianças de comunidades insalubres aos distúrbios respiratórios, as precárias condições de vida também são associadas a manifestações mais graves de condições respiratórias como a asma, que afetam de forma mais grave pessoas submetidas a condições precárias de vida (MOURA; CAMARGOS; BLIC, 2002). Bezerra *et al* (2014) ressaltam que a asma alérgica é induzida pela exposição a agentes ambientais, os quais são capazes de inflamar e obstruir as vias aéreas inferiores, culminando no pródromo da doença.

Frente a tais achados, infere-se que apesar de as crianças de uma forma geral estarem suscetíveis aos problemas respiratórios, estas não são afetadas por estes distúrbios de maneira horizontal, uma vez que há fatores agravantes para o problema como a pobreza, insalubridade, desnutrição e as precárias condições de vida, conforme evidenciado por alguns estudos

(ALBERTI; CALDEIRA; PETROIANU, 2010; VASCONCELOS, 2012; MOURA; CAMARGOS; BLIC, 2002; ROSEIRO; TAKAYANAGUI, 2006). Assim, estão mais expostas aos distúrbios respiratórios e suas consequências as crianças que habitam localidades mais pobres e sem serviços básicos de saneamento, onde os poluentes degradam de diferentes formas o meio ambiente, englobando a água, o solo e o ar (GUIMARÃES; CARVALHO; SILVA, 2007).

Diante disso, destaca-se a importância da implementação de medidas de controle ambiental por parte do poder público no sentido de executar políticas que garantam à sociedade o direito garantido por lei de acessar ações de saneamento, pois apenas por meio do controle ambiental é possível garantir o bem-estar e qualidade de vida da população, além de que as medidas de controle ambiental estão entre as várias ações terapêuticas capazes de contribuir no controle e tratamento de doenças como a asma (MELO; LIMA; SARINHO, 2005). Mota, Sousa e Silva (2015) relatam a existência de diversos estudos que apontam para a redução da incidência de doenças como uma resposta à melhoria nos serviços de saneamento prestados à população.

Assim, Roseiro e Takayanagui (2006) destacam a fundamentalidade do estabelecimento de uma política ambiental para o município, além do desenvolvimento de estudos que viabilizem a implantação de políticas públicas ambientais e de saúde que garantam uma melhor qualidade do ar, envolvendo administradores, industriais, potenciais poluidores e toda a comunidade civil.

Em se tratando de comunidades socialmente vulneráveis, como as comunidades quilombolas, Kochergin, Proietti e César (2014) chamam atenção para a relevância do desenvolvimento de pesquisas que delineiem suas especificidades no sentido de contribuir na construção e implementação de políticas públicas que favoreçam o enfrentamento das desigualdades raciais e redução da vulnerabilidade social.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

O estudo realizado na Comunidade de Praia Grande/Ilha de Maré foi respaldado pela Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (também conhecida como Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado), visto que a comunidade em questão apresenta peculiaridades culturais e esta teórica aborda a influência da cultura no comportamento das pessoas em todos os âmbitos da vida, incluindo nos cuidados adotados em situações de saúde.

Madeleine Leininger foi a primeira enfermeira no mundo a obter o título de doutora em Antropologia e desenvolveu sua teoria após observar, enquanto trabalhava em um lar de orientação para crianças, diferenças de comportamentos entre estas, relacionando-as à sua base cultural. A partir daí ela identificou a ausência de conhecimento das culturas como o elo que faltava à Enfermagem para que compreendesse as variações no cuidado aos clientes (GEORGE, 2000).

Para esta teórica, os fatores culturais devem ser considerados como parte essencial dos cuidados em saúde, pois possibilitam uma assistência mais apropriada, de forma que sem sua inclusão nos serviços de saúde, os cuidados prestados são parciais ou incompletos (LEININGER, 1991a).

A consideração do contexto sociocultural na elaboração de uma intervenção direcionada à diarreia aguda é imprescindível na adesão da população a esta proposta. Além disso, é o contexto sociocultural que influencia a concepção do sujeito acerca do que é saúde, doença e cuidado adequado e orienta a tomada de decisões, fazendo com que o cuidado alcançado tenha sentido dentro de contextos culturais e não seja caracterizado como superficial. A prestação de assistência sem a devida consideração da perspectiva cultural do indivíduo, muito difundida no subsistema profissional, torna os cuidados em saúde mecânicos e incongruentes de acordo com o que esta teoria propõe.

Leininger (2002) considera que o conhecimento do cuidado cultural foi até meados do século passado e ainda é em alguns lugares do mundo a maior lacuna na área da Enfermagem. Assim sendo, ela criou o constructo do cuidado cultural por considerar que o cuidado é a essência da profissão e tem seu significado dentro de contextos culturais.

Para Leininger (1988), a enfermagem é um fenômeno que necessita ser explicado e sua preocupação não se relaciona apenas com o indivíduo, mas inclui grupos, coletividades e

instituições e está enfocada no cuidado humano para auxiliar a pessoa a manter ou readquirir o bem-estar ou enfrentar a deficiência ou a morte, em formas culturalmente significativas (LEININGER, 1991b).

Conforme Leininger (1991a), as enfermeiras trabalham com pessoas de diferentes culturas e, por isso, no cuidado ao cliente não devem assumir que todas as pessoas são iguais, mas precisam ser sensíveis às diferenças culturais existentes, evitando consequências desfavoráveis.

Ao desenvolver esta teoria, Leininger estava interessada em compreender a natureza da Enfermagem e sua diferença com a Medicina no que diz respeito à prática e conhecimentos. Ela acredita que sua teoria deu às enfermeiras um modo completamente diferente de compreender indivíduos, famílias e culturas (LEININGER, 1988).

A compreensão dos fatores culturais na assistência oferecida pela enfermeira permite a elaboração de um cuidado consoante às expectativas do cliente e seu grupo familiar/social, tornando o cuidado de enfermagem significativo tanto do ponto de vista biológico como cultural, diferenciando esta profissão de outras nas quais o cuidar está atrelado ao tratamento tecnológico da doença. Ao oferecer às enfermeiras uma forma inovadora de praticar o cuidado, Leininger descortinou uma nova perspectiva para a profissão, chamada de Enfermagem Transcultural.

A Enfermagem Transcultural é um subcampo da Enfermagem com foco no estudo e análise comparativa de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado saúde-doença, crenças e valores, de forma a alcançar um cuidado coerente com os valores culturais e o contexto de saúde-doença das pessoas (LEININGER, 1979). Seu propósito é desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado que viabilize a prática do cuidado universal e que seja culturalmente específico, tornando o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados (MOURA *et al.*, 2005).

Leininger (1991b) esclarece que a Teoria Transcultural do Cuidado, para a Enfermagem, representa a ideia de que o paciente tem seus significados e entendimentos sobre o modo como deseja que o cuidado seja realizado.

O cuidado é para Leininger (1991b) um fenômeno relativo à prestação de auxílio, apoio ou capacitação para um indivíduo ou grupo com o intuito de melhorar ou aperfeiçoar a condição ou vida humana. “Os enfermeiros estão aprendendo que cuidar é mais que fazer ou realizar tarefas a nível físico. O cuidado tem significados culturais e simbólicos, tais como cuidado como proteção, cuidado como respeito e cuidado como presença” (LEININGER, 2006, p. 12).

Para esta autora, o cuidado é uma prática universal, realizada por todas as pessoas nas diferentes partes do mundo. Contudo, em cada região do globo, ele é prestado de modo peculiar, sendo orientado pelos padrões culturais, de modo que, mesmo sendo este uma prática universal, o seu sentido é particular e, portanto, diversificado. Assim sendo, a maneira como as pessoas experienciam e provêm o cuidado é única a cada cultura.

Conforme Leininger (2002, p. 192), “os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado variam transculturalmente, com diversidades (diferenças) e algumas universalidades (semelhanças)”. Tornar-se consciente acerca das semelhanças e diferenças culturais é na atualidade um dos maiores desafios para os profissionais de saúde para que os serviços oferecidos sejam, de fato, efetivos (LEININGER, 1991a).

Além dos conceitos citados anteriormente, a teoria desenvolvida por Leininger apresenta grande diversidade de suposições acerca do cuidado relacionado à cultura do indivíduo e também muitos conceitos, cujo conhecimento é essencial à compreensão da teoria proposta por ela.

Dentre os conceitos apresentados por Leininger, é possível destacar: cuidado, cultura, valores culturais, cuidado cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular e profissional de saúde, saúde, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado, repadronização cultural do cuidado. Estes três últimos conceitos são fundamentais para a compreensão do modelo esquemático proposto por Leininger e para a realização de ações de intervenção em comunidades com forte caráter cultural (como é o caso de Praia Grande) como forma de alcançar o cuidado congruente. Para melhor assimilação do referencial teórico-metodológico proposto, alguns destes conceitos serão explanados a seguir por serem considerados significativos.

Para Leininger (1991b), a saúde é um estado de bem-estar que, dentro da cultura, é definido, valorizado e praticado e capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura. Neste contexto, a intervenção direcionada ao cuidado à criança com diarreia deve se relacionar à percepção que o indivíduo tem acerca do cuidado para alcance da higidez, de forma que a escolha dos processos de resgate e/ou manutenção da saúde seja orientada para as práticas que, culturalmente, coincidem com suas crenças ou as englobam.

Cultura é um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidas, partilhadas e transmitidas por um determinado grupo e que orientam o modo de pensar, as

decisões e as ações. Desta derivam os valores culturais, que identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores são mantidos pela cultura por longos períodos de tempo, servindo para orientar a tomada de decisões dos seus membros (LEININGER, 1991b).

Em relação à visão de mundo, Leininger (1991b) diz que é o modo como os indivíduos ou grupos veem o mundo e lhe atribuem um valor, nele inserindo sua perspectiva sobre sua vida e o próprio mundo. A visão de mundo é influenciada diretamente pela cultura e nela estão contidos os sentidos da saúde, doença e cuidado almejado.

Há, ainda, os conceitos de diversidade e universalidade cultural do cuidado. O primeiro diz respeito às variações e diferenças que as culturas apresentam no que concerne aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado e o segundo se refere à similaridade destes elementos entre as culturas do mundo (LEININGER, 1991b).

Leininger (1991b) define como cuidado cultural os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam indivíduos ou o grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida, assim como a lidar com a doença, a deficiência e até mesmo a morte. A partir do cuidado cultural desenvolvido em cada comunidade é que se constrói a noção de cuidado congruente, sendo que esta deve direcionar as ações dos profissionais de saúde.

Além do cuidado cultural, Leininger (1991b) reconhece o conceito de preservação cultural do cuidado que consiste em ações e decisões profissionais para auxiliar as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou conservar valores importantes do cuidado, mantendo o seu bem-estar, recuperando-se da enfermidade ou enfrentando as deficiências e a morte. A preservação do cuidado cultural possibilita o respeito às crenças alheias e confere ao cliente o alcance de um cuidado integral de acordo à sua perspectiva de integralidade. No que concerne à população quilombola, por exemplo, pode-se inferir que, devido ao fato de o aparato cultural destes indivíduos em larga escala se relacionar com o candomblé, as pessoas destas comunidades podem adotar práticas de saúde condizentes à religião, cabendo aos profissionais do sistema formal proporcionar cuidados que sejam caracterizados como coadjuvantes e não substitutos daqueles que já venham sendo realizados.

Langdon e Wiik (2010), ao falarem sobre costumes presentes em outras culturas, citam os índios Barasana, da selva amazônica colombiana. Estes possuem princípios culturais denominados por eles como “witsioga”, que interferem, sobretudo, na percepção do diagnóstico, origem e etiologia das doenças, sendo as práticas de saúde baseadas nestes princípios. Os autores chamam atenção para a necessidade de entender os costumes de outras culturas para evitar a compreensão etnocêntrica, ou seja, julgar os hábitos culturais de saúde de

um grupo, segundo nossos próprios valores. É necessário que as práticas adotadas por determinada comunidade sejam compreendidas e apenas reconhecidas como diferentes, sem que haja julgamentos e interferências.

Desta forma, supõe-se que a forma de realização de atividades de intervenção direcionadas aos índios Barasana, por exemplo, se difere (e muito) daquela a ser desenvolvida para pessoas que não compartilham desta cultura, visto que a visão de mundo, saúde, doença, cuidado e cura destes índios se baseia em princípios culturais desconhecidos à maioria das pessoas, sendo necessário, portanto, o respeito às suas crenças e a preservação do cuidado exercido por eles e que se baseia na sua cultura.

Leininger propõe o conhecimento da cultura do paciente pelo enfermeiro para evitar o que ela chama de choque cultural, que consiste nas diferenças entre as culturas do cuidador e do ser cuidado, que pode resultar em sentimentos negativos por gerar o que a teórica denomina “imposição cultural”.

Para Leininger (1991b), a imposição cultural consiste nos esforços de imposição dos valores, crenças e práticas próprias por profissionais de saúde a pessoas de outra cultura por conta da crença da superioridade de suas ideias em detrimento às destes indivíduos. A imposição de crenças e valores por parte dos profissionais de saúde sobre outras culturas gera práticas caracterizadas como inapropriadas e antiéticas, podendo ocasionar conflitos culturais e estresse (LEININGER, 1991a).

A imposição cultural é uma característica muito presente nos cuidados de saúde ofertados no mundo ocidental, visto serem estes fortemente influenciados pelo paradigma biomédico que, por se basear no conhecimento científico para explicar e tratar as doenças, considera suas práticas de saúde superiores a outras adotadas nos demais subsistemas, gerando uma relação de poder marcada pelo desencontro entre as culturas do profissional e do paciente. Ao tratar deste aspecto, Leininger (1991a) afirma que nas sociedades ocidentais os profissionais fornecem aos clientes alternativas para a melhoria da saúde que, por não serem congruentes à cultura não ocidental, são de difícil aceitação por parte destes últimos, o que torna imprescindível a consideração da cultura na elaboração de planos de cuidado.

Leininger (1991a) refere ser a imposição cultural um dos mais sérios problemas na área da saúde, sendo que o desafio para os profissionais consiste em identificar os valores culturais dominantes do cliente, trabalhar em cima destes e evitar práticas impositivas nos cuidados. Na tentativa de evitar as consequências da imposição cultural, muitos indivíduos optam por evitar o subsistema profissional ou, muitas vezes, não informam aos praticantes deste subsistema os recursos dos quais estão fazendo uso, com receio da repreensão.

No contexto da DDA infantil essa omissão pode resultar em falta de acesso por parte da equipe de saúde a informações essenciais para o direcionamento do cuidado adequado, como por exemplo, modificações no padrão alimentar da criança, inadequação no preparo do soro caseiro, automedicação e preparação de receitas caseiras que podem culminar em piora do quadro diarreico.

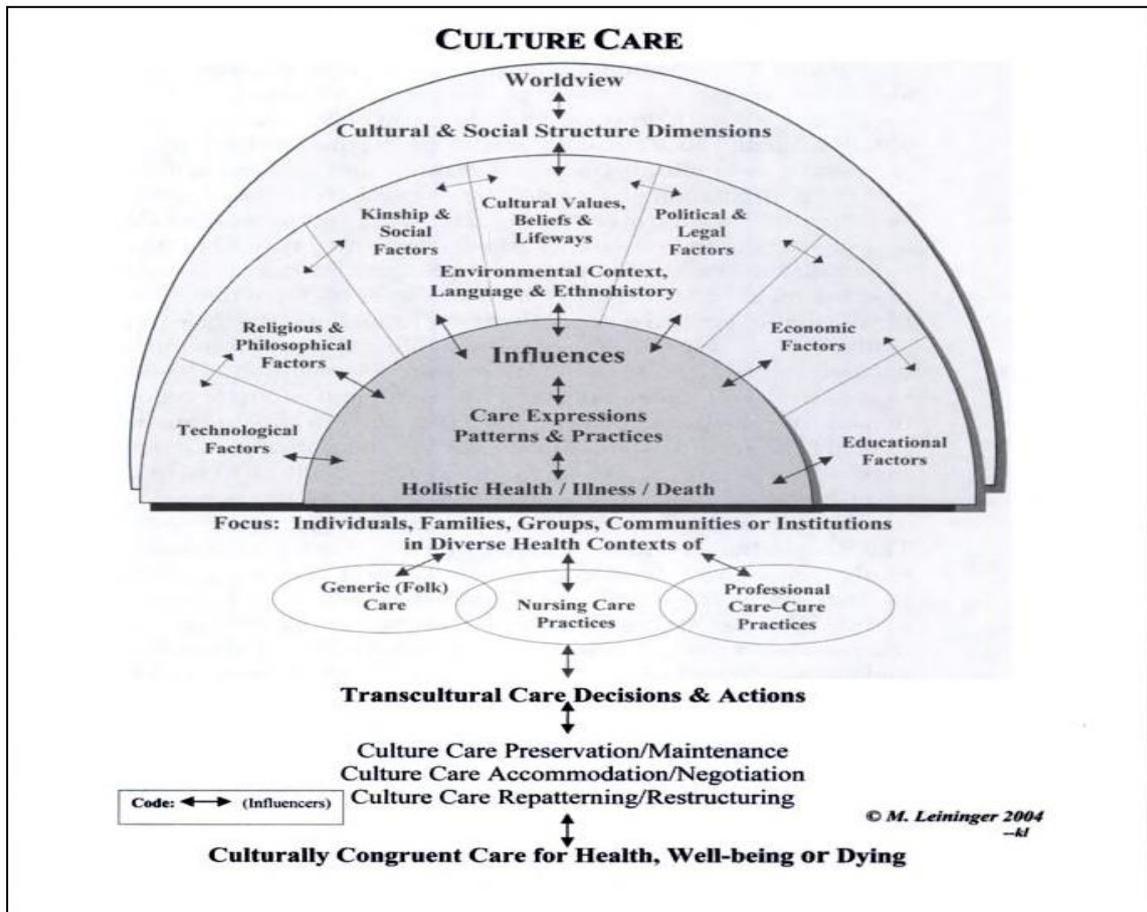
Além dos diversos conceitos expostos por Leininger na sua teoria, ela ainda cita algumas importantes características: é uma das teorias de Enfermagem mais antigas, sendo a primeira a buscar descobrir as diversidades culturais dos cuidados globais (diferenças) e as universalidades (semelhanças) e a primeira com um método de pesquisa específico (Etnoenfermagem); é a única teoria que tem como foco o cuidado cultural comparativo e a inter-relação entre cultura e cuidado no que diz respeito ao bem-estar, saúde, doença e morte; a teoria mais holística e multidimensional na descoberta do cuidado cultural, seus significados e práticas; possui três modos de ação para a prestação de cuidados coerentes à cultura; e, por fim, é a teoria pioneira nos cuidados culturais genéricos e profissionais, cujos dados são relacionados à visão de mundo, fatores de estrutura social e etno-história em diferentes contextos ambientais (LEININGER, 2002).

Para representar a sua teoria, Leininger desenvolveu um modelo esquemático conhecido como *Sunrise Model* ou Modelo do Sol Nascente (Figura 4), a partir do qual a enfermeira poder conhecer as interferências que a cultura possui na vida do indivíduo e, de forma criativa, desenvolver um modo de cuidado individualizado e compatível às suas necessidades e crenças. O conhecimento acerca deste modelo é substancial para o profissional que deseje realizar atividades de educação em saúde na comunidade para que estas sejam bem aceitas por seus habitantes.

De acordo com Leininger (1988), o Modelo do Sol Nascente foi desenvolvido para ilustrar os componentes da teoria. Ele não é a teoria em si, mas uma imagem conceitual que permite a compreensão dos seus componentes e da sua influência nos cuidados e no estado de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições socioculturais.

Erdtmann e Erdmann (2003) acrescentam que a demonstração de como a teoria acontece na prática, com dados reais, desperta na imaginação o traçado de um sol nascente. O sol foi utilizado para mostrar simbolicamente uma teoria que estava nascendo com todos os seus elementos estruturais.

Figura 4 – Modelo Sunrise proposto por Leininger.



Fonte: Leininger (2006, p.25)

Braga (1997) explica que neste modelo há quatro níveis de abstração e análise do cuidado. O nível I, que engloba o sistema social e a percepção do mundo, é o maior nível de abstração, e o nível IV, o de menor. No nível II, são estudados o cuidado e a saúde e nele estão incluídos os indivíduos, as famílias e as culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e expressões. No nível III, são estudados os sistemas de saúde profissional e popular, buscando-se características e aspectos específicos de cada sistema, com a finalidade de se determinar as áreas de semelhanças e diferenças. O nível IV é utilizado para o desenvolvimento de um cuidado de Enfermagem congruente à cultura do cliente e é este último que servirá de inspiração para a intervenção a que este estudo se propõe.

Ao explicar o Modelo do Sol Nascente, Braga (1997, p. 502-3) salienta que: “a porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam o sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de Enfermagem, que se encontram na parte inferior do modelo. As porções

superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo; este precisa ser explorado pelas enfermeiras para que conheçam o cuidado humano e sua relação com a saúde”.

No nível I são obtidas informações acerca das estruturas social e cultural do indivíduo e da sua visão de mundo, permitindo a aquisição de informações sobre sua linguagem, contexto ambiental, religião, educação, filosofia, tecnologia, parentesco, economia e sistema legal. Este nível corresponde às estruturas que, dentro do contexto sociocultural, orientam a visão de mundo de determinado grupo social e direcionam a percepção do indivíduo sobre o que é saúde, doença e padrão de cuidado favorável à saúde. A partir da análise deste nível, a enfermeira poderá compreender quais as influências religiosas, filosóficas, políticas, econômicas e educacionais sofridas pelo sujeito no seu contexto ambiental, permitindo o entendimento acerca da forma de cuidado almejada e possibilitando que as intervenções de educação em saúde sejam culturalmente congruentes.

Em se tratando do objeto de estudo desta tese, no primeiro nível do modelo esquemático do sol nascente, o qual trata do sistema social e da percepção de mundo, pode ser apontada como influência exercida pelos fatores tecnológicos a consulta à internet para direcionamento acerca de como preparar o soro caseiro e o uso de aplicativo de comunicação (WhatsApp) com a rede de suporte para orientação dos cuidados à criança com DDA. Em relação aos fatores religiosos e fisiológicos que orientam a visão de mundo sobre os cuidados nos casos diarreicos, destacam-se a reza e o ato de “esperar” o problema cessar sem prestar nenhum tipo de cuidado. As influências sociais se relacionaram à rede de suporte. Cuidados como oferta de chás, água de coco e calçamento dos pés da criança se apresentaram como pertinentes aos valores culturais. No que diz respeito à precariedade sanitária, econômica e o baixo nível de escolaridade dos participantes, estes foram caracterizados como influências políticas, econômicas e educacionais.

O nível II do Modelo do Sol Nascente corresponde à aplicação dos conhecimentos obtidos pelo enfermeiro no nível I, sendo estes aplicados ao cliente que pode ser um indivíduo, uma família, um grupo social ou uma instituição. No contexto da intervenção para cuidado à DDA infantil, o atendimento englobará os quatro elementos em questão.

Neste nível, a partir das informações obtidas no nível anterior, foram compartilhados conhecimentos acerca da prevenção e manejo da DDA infantil com indivíduos, familiares e vizinhos, uma vez que as atividades de educação em saúde foram realizadas por meio de visita domiciliar, norteadas pela técnica *snow ball*, com indicação do participantes pelos próprios participantes, os quais faziam parte de uma mesma rede social. A ideia inicial do projeto era

englobar grupos comunitários (representantes da comunidade) e instituições (USF e igreja). Contudo, conforme exposto na metodologia deste estudo, não houve adesão à proposta da pesquisa por estas instituições, de modo que não foi possível implementar as atividades em grupo, tendo-se, portanto, recorrido à opção de visita domiciliar.

No nível III são apresentados pela teórica os sistemas de saúde presentes na sociedade. A visualização do gráfico permite a identificação do sistema informal e do sistema formal (profissional), neste último incluído o cuidado de Enfermagem. Silva (2009) considera que a Enfermagem, no Modelo Sunrise, é a intercessão entre os sistemas popular e profissional de cuidado à saúde, de modo que o enfermeiro ocupa o papel de cuidador direto, aquele que tem o maior contato com o cliente e que realiza a ligação entre ele e outros profissionais de saúde.

A assistência prestada nestes sistemas é influenciada pelos fatores apresentados no nível I do modelo, de forma que, em cada sociedade, as condutas adotadas dentro do Sistema de Cuidados à Saúde têm como base a sua construção cultural (KLEINMAN, 1978). Do mesmo modo, as expectativas do cliente quanto ao cuidado a ser recebido derivam destes fatores. Assim, em determinadas sociedades, a busca por assistência ocorre mais amplamente no sistema informal, ao passo que em outras esta ocorre mais no sistema formal. De qualquer forma, as atividades de intervenção propostas por este estudo levará em consideração os cuidados preconizados culturalmente e formalmente direcionados à DDA, conforme o MS e OMS.

Conforme Leininger (1988), no estudo dos sistemas de saúde é importante interrogar acerca das crenças e práticas para que se chegue à compreensão acerca das práticas de cuidado e práticas de saúde. Para a autora, adotar uma postura exploratória é essencial na descoberta das diferenças e similaridades do cuidado entre culturas e também nos sistemas profissional e popular de saúde.

No que se refere a estes sistemas, nesta pesquisa se configurou como cuidados populares aqueles exercidos pela família e pelos membros da comunidade, emergidos neste estudo como os cuidados primários empreendidos à criança com diarreia. Como cuidados formais foi destacado aquele executado pela USF da comunidade e o encaminhamento da criança a algum serviço de saúde de Salvador, quando necessário, sendo este julgamento realizado por membros do subsistema informal. Em relação aos cuidados de enfermagem, este se dá tanto nas instituições do subsistema formal como no contato entre enfermeiros e familiares no domicílio, como ocorreu durante a realização desta pesquisa-ação, que contou com ações de educação em saúde realizadas individualmente pela enfermeira no domicílio dos participantes para orientar formas de prevenção e cuidados à criança com quadros diarreicos.

O quarto e último nível representado no modelo diz respeito às decisões e ações que serão adotadas pela enfermeira na promoção do cuidado após esta ter passado pelos níveis anteriores e ter tido contato com o contexto cultural do cliente e, a partir daí, ter conhecido suas expectativas.

Leininger (1991b) salienta a importância de conhecer a cultura a partir da experiência daqueles que a vivenciam, ou seja, dos seus próprios membros, por uma perspectiva que ela chama de “emic”. Esta, segundo Braga (1997), diz respeito à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem o seu mundo, ao passo que o conhecimento “etic” refere-se interpretação das experiências daquela cultura a partir de fatos pesquisados. Isto significa dizer que a perspectiva êmica é centrada no indivíduo e a ética na pessoa que estuda determinada cultura.

Na última etapa do *Sunrise Model* são apresentados pela teórica três diferentes modos de ação cuja escolha será orientada pela necessidade de saúde do cliente de acordo com os seus padrões culturais e que, conforme Leininger *apud* Silva (2009), são previstos a partir dos fatores emic e etic. São eles: preservação ou manutenção cultural do cuidado, acomodação ou negociação cultural do cuidado e repadronização ou reestruturação cultural do cuidado.

De acordo Leininger (1991b), a preservação consiste nos cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo e que são benéficos para a saúde e inclui as ações e decisões dos profissionais que auxiliam indivíduos de determinada cultura a preservar valores considerados relevantes para os cuidados, de forma que a pessoa possa manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar as deficiências e a morte.

A respeito deste modo de ação, foram destacados nesta pesquisa o uso de calçados, a oferta de chás, a realização de “rezas”, a prática de higiene das mãos e o apoio ofertado pela rede de suporte. Todas estas práticas revelaram-se benéficas, sem que houvesse nenhum prejuízo à saúde da criança, sem necessidade, portanto, de readequação, mas incentivo à sua manutenção. Salienta-se, ainda, que a maioria dos cuidados domiciliares à criança com DDA se concentrou neste primeiro modo de ação.

A acomodação cultural do cuidado consiste em ações e decisões profissionais que auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a se adaptar ou negociar com as outras (no caso, os profissionais cuidadores) um resultado de saúde benéfico ou satisfatório (LEININGER, 1991b). Em se tratando deste modo de ação, houve necessidade de negociação acerca do preparo do soro caseiro e dos SRO por ter sido observado que, em ambos os casos, as medições dos ingredientes não eram condizentes com o que é proposto na literatura científica, havendo, em relação ao soro caseiro, o risco de hipertensão e desidratação da criança por excesso de

sódio. Além disso, o armazenamento e tempo de oferta destes dois produtos após seu preparo não se revelaram adequados nos relatos dos participantes, com necessidade de negociação. Outro ponto negociado foi a oferta de água de coco, considerando-se que, apesar de recomendada cientificamente, esta não deve ser fonte única de reidratação, por ser rica apenas em potássio, mas não em outros sais minerais que são perdidos nas fezes e que necessitam ser repostos.

A reestruturação do cuidado cultural consiste em ações e decisões profissionais que auxiliam o cliente a reorganizar, permutar ou modificar sua maneira de vida para um novo padrão de atendimento à saúde considerado benéfico, sendo respeitados os valores e crenças do cliente na promoção de um modo de vida mais benéfico e mais saudável que o anterior (LEININGER, 1991b).

A despeito deste modo de ação emergiram dois cuidados: a oferta de dipirona como uma forma de prevenção dos quadros diarreicos e a opção por não ofertar nenhum cuidado à criança, esperando a diarreia cessar espontaneamente. Não há na literatura nenhuma evidência que sustente o uso de dipirona como um mecanismo eficaz para prevenir a diarreia infantil. Ademais, por se tratar de uma substância com princípio ativo, há o risco de efeitos adversos, reações colaterais e hipersensibilidade. Em virtude disso, houve necessidade de orientação para que tal medida não fosse empregada, com vistas à proteção à saúde da criança. Por fim, houve reestruturação da prática de esperar a diarreia cessar espontaneamente, uma vez que há necessidade de hidratar a criança com este problema para evitar a principal consequência da diarreia aguda, a desidratação.

Pereira e Cabral (2008), ao tratarem das diferenças entre as comunidades no que concerne aos conhecimentos, crenças, atitudes e práticas de cuidados com as crianças, referem não ser possível seguir uma única regra universal para a assistência no contexto da alimentação e da doença. Por isso, esses autores ressaltam ser necessário conhecer os valores culturais da comunidade para que seja possível desenvolver alternativas culturalmente aceitáveis e elevar o padrão da assistência à saúde, que depende de o profissional enfermeiro atuar diretamente na comunidade.

Frente a tal assertiva, Leininger propõe, sob a égide dos três modos de ação acima expostos, uma assistência de enfermagem pautada nos princípios culturais do indivíduo e, como consequência, o alcance do cuidado congruente. A partir disso, é conferida à pessoa a liberdade de decidir e participar da sua terapêutica, permitindo maior autonomia na busca por cuidados, que pode englobar a passagem em mais de um subsistema, sendo respeitados os recursos

adotados pelo paciente, sem que haja imposição de práticas de saúde consideradas superiores em nenhum dos subsistemas.

Ao falar sobre o modelo Sunrise, George (2000) reconhece a existência de analogias entre este e o Processo de Enfermagem (PE). Para esta autora, ambos representam um processo de solução de problemas tendo o cliente como enfoque. Os três primeiros níveis do modelo são apontados como correspondentes às fases de avaliação e diagnóstico, e o quarto nível, correspondente à fase de planejamento e implementação. Contudo, conforme salienta a autora, o modelo Sunrise não inclui uma área correspondente à “avaliação”, ou seja, a última fase do PE. Nesta perspectiva, em se tratando da intervenção para a prevenção e cuidado à criança com diarreia aguda aqui proposta, por se tratar de uma metodologia de pesquisa-ação, tal avaliação será realizada nos termos propostos pelo desenho de estudo em questão.

Esse modelo permite ao profissional de Enfermagem o reconhecimento da existência de uma grande gama de fatores que influenciam no comportamento humano, como também na forma como o indivíduo percebe o ato de cuidar e como deseja ser cuidado pelo enfermeiro, possibilitando a este desenhar um modelo de cuidado de acordo às expectativas do cliente e de sua família.

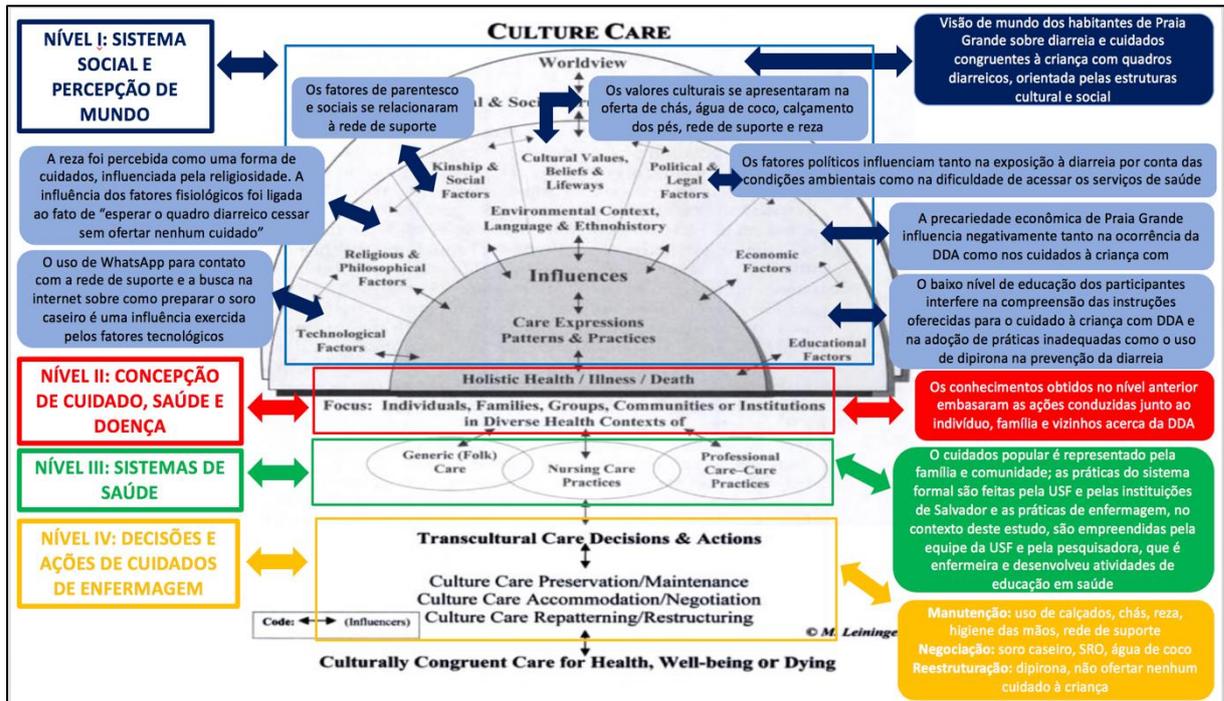
Conforme acredita Leininger (1991a), se os fatores culturais fizerem parte do modo de pensar e das práticas dos profissionais de saúde, estes serão capazes de dar respostas mais adequadas às necessidades de saúde dos clientes. Contudo, se estes não forem considerados nos serviços de saúde, os cuidados fornecidos serão parciais e incompletos.

À luz da Teoria de Leininger foram analisados os comportamentos dos participantes da pesquisa no que concerne às características culturais, bem como os conceitos e práticas pertinentes à diarreia infantil. Tal análise está exposta no primeiro manuscrito oriundo esta tese, na seção “5.2 Manuscritos” e sua compilação é apresentada por meio da Figura 5.

Destaca-se que nesta pesquisa foram identificados mais cuidados relacionados ao conceito de universalidade cultural que ao de diversidade, ambos propostos na Teoria Transcultural. Dentre os primeiros, dá-se ênfase ao próprio conceito de diarreia, que foi descrita conforme a visão de mundo sobre esse problema em diferentes culturas, ou seja, “quando vai no banheiro toda hora”, segundo foi dito por diversos participantes. Ademais, foram elencados como cuidados de natureza universal o uso de calçados, a higiene das mãos, a oferta de água de coco, o apoio ofertado pela rede de suporte e a opção por esperar o quadro diarreico cessar sem que seja feita nenhuma intervenção. Relacionados ao conceito de “diversidade cultural do cuidado” foram observadas práticas de forte caráter cultural como a oferta de chás e as “rezas”

realizadas em crianças com diarreia. Além destas, foi citado por uma participante o uso de “dipirona” como um mecanismo de “prevenção” dos quadros diarreicos infantis.

Figura 5 – Adaptação dos resultados desta pesquisa a partir do Modelo Sunrise proposto por Leininger.



Fonte: Leininger (2006, p.25) + dados da pesquisa.

Cabe referir que durante toda a condução do estudo foram respeitadas as características culturais da comunidade quilombola de Praia Grande, já conhecidas pela pesquisadora pelo fato de a mesma desenvolver atividades no *lócus* em questão há anos, o que favoreceu, além de uma maior aproximação com os participantes que compuseram o universo deste estudo, a manutenção e preservação de comportamentos de forte cunho cultural, como o fato, por exemplo, de descalçar os pés durante a entrada no domicílio do participante.

Como resposta aos comportamentos de respeito à cultura, os participantes aceitaram muito bem tanto o objeto de estudo proposto como a pesquisadora que conduziu os trabalhos, não tendo havido desistência de nenhum dos indivíduos que compuseram o universo da pesquisa em nenhuma de suas fases.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Elegeram-se para a condução deste estudo o método da pesquisa-ação (PA) que, conforme Thiollent (2011), é um tipo de pesquisa social com base empírica, a qual é concebida e realizada a partir de uma estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual, de modo cooperativo ou participativo, pesquisadores e participantes estão envolvidos.

A eleição da PA para a tessitura desta tese relacionou-se ao fato de que apesar de visar ao conhecimento científico, este método se aproxima da realidade social, considerando, portanto, os significados, crenças e simbologias dos envolvidos nos processos da vida cotidiana (PESSOA *et al.*, 2013), sendo tal aspecto imprescindível na imersão em comunidades tradicionais, como é o caso dos quilombos.

Esta estratégia metodológica, conforme referido por Baldissera (2001), provem das ciências sociais, tem sua proposta baseada teoricamente no conceito de educação libertadora e foi introduzida no Brasil no campo da educação e no planejamento rural pelo sociólogo brasileiro João Bosco Pinto, sendo utilizada para incentivar a participação dos camponeses nos processos de planejamento e desenvolvimento regional e local.

Embora sua origem seja atribuída às ciências sociais, na atualidade a PA tem sido amplamente utilizada na área da saúde (HART; BOND, 1995), sendo apontada por Grittem, Meier e Zagonel (2008) como uma possibilidade metodológica de pesquisa na enfermagem, que estas autoras consideram apropriada para aplicação a este campo de conhecimento por visar a mudança de rotinas, implantação de serviços e modificação de comportamento de um grupo de indivíduos, havendo corresponsabilidade pelos sujeitos da ação realizada.

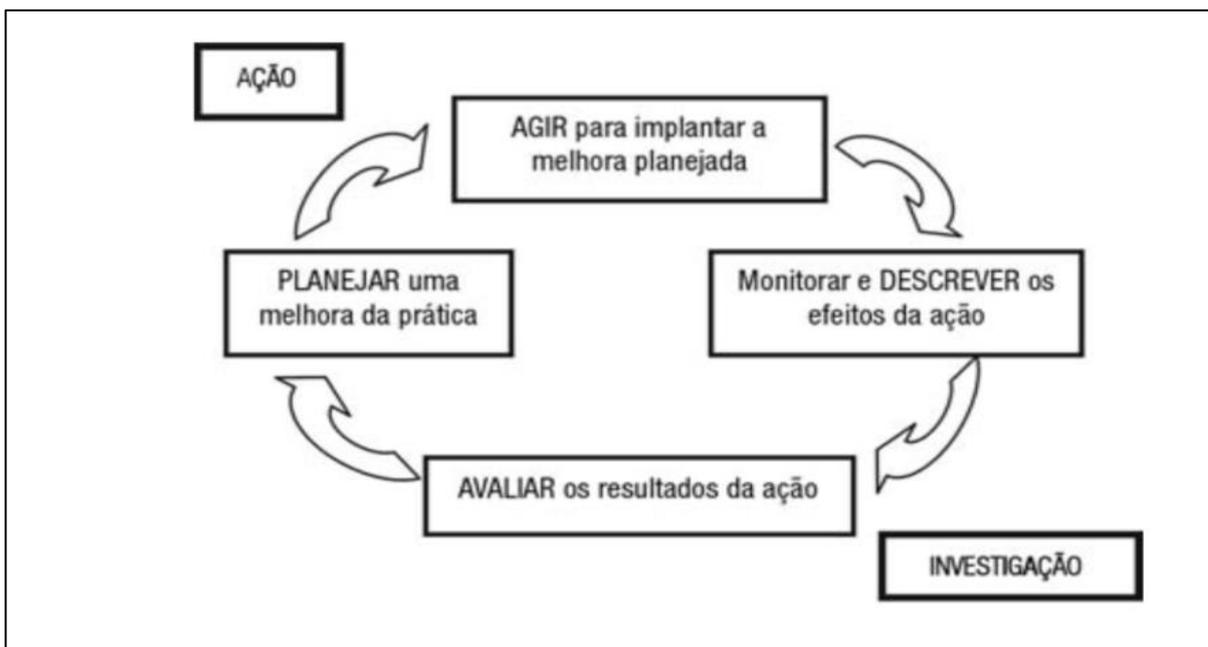
Trata-se de uma estratégia de pesquisa de caráter participativo, dialógico e interdisciplinar que se tem revelado cada vez mais eficaz para uma melhor compreensão e enfrentamento dos problemas socioambientais e de saúde da atualidade, envolvendo diretamente os grupos sociais na busca de soluções para seus problemas e promovendo maior articulação entre a teoria e a prática na produção de novos saberes (TOLEDO; JACOBI, 2012).

Ao tratar dos principais aspectos deste método, Thiollent (2011) refere serem estes os seguintes: 1) existência de interação ampla e explícita entre pesquisadores e indivíduos implicados na situação investigada; 2) surgimento da ordem de problemas a serem pesquisados e das respectivas soluções a partir da interação entre os envolvidos; 3) o que constitui o objeto de investigação é a situação social e os problemas encontrados e não as pessoas; 4) o objetivo consiste em resolver ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada; 5)

acompanhamento das decisões, ações e de toda atividade intencional dos envolvidos durante o processo; e 6) este método não está limitado a uma forma de ação, mas busca aumentar o conhecimento/consciência dos envolvidos acerca da situação, de forma que a ênfase pode ser dada a um dos seguintes aspectos: resolução de problemas, tomada de consciência ou produção de conhecimento.

Para Tripp (2005), é um dos tipos de investigação-ação, o qual segue um ciclo no qual a prática é aprimorada pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela, de forma a melhorar o processo. O ciclo da pesquisa-ação, representado na Figura 6, pressupõe a existência de quatro fases (investigação, planejamento, implementação e avaliação), nas quais ocorrem simultaneamente o “conhecer” e o “agir”, conforme referido por Baldissera (2001).

Figura 6 – Ciclo básico da pesquisa-ação.



Fonte: Tripp (2005).

A partir de uma abordagem empírica, este método de pesquisa tem como objetivos: identificar problemas e encontrar caminhos e ações para resolvê-los; aumentar a consciência, os níveis de reflexão e de comprometimento dos participantes, com o intuito de fazer avançar a situação problemática por meio de ações significativas que também funcionam como uma oportunidade para extrair ensinamentos a partir de experiências de sucesso ou de fracasso; e a geração de informações para que os participantes construam conhecimentos apropriados e

adequados para solucionar os problemas identificados desde o início do projeto (THIOLLENT, 2012).

Por se tratar de um método de pesquisa que permite que as pessoas implicadas tenham algo a dizer e a fazer, e que permite o desempenho de um papel ativo na realidade dos fatos observados por parte do pesquisador (THIOLLENT, 2011), acredita-se que este método permitiu aos remanescentes de quilombolas maior autonomia nas suas ações e empoderamento destes indivíduos para melhorar seu contexto de vida e saúde, tendo sido essencial para o alcance dos objetivos que este estudo propôs.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi conduzida na comunidade quilombola de Praia Grande (Figura 7), uma das doze comunidades que compõem a Ilha de Maré (NEVES et al., 2011), a qual pertence à XVIII Região Administrativa da cidade de Salvador-BA (MACHADO; ALMEIDA, 2008).

Figura 7 – Vista da comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Ilha de Maré tem uma população em torno de 12.000 habitantes (predominam pessoas negro-mestiças de baixa renda), se distancia da capital baiana por oito milhas náuticas (14,8

km), tem cerca de 14 km² de área (RODRIGUES, 2012) e é uma das 56 ilhas pertencentes à Baía de Todos os Santos (NEVES *et al.*, 2011). Nesta ilha há doze comunidades bem estabelecidas, as quais: Bananeiras, Botelho, Caquende, Itamoabo, Maracanã (ou Armenda), Martelo, Neves, Oratório, Ponta Grossa, Porto dos Cavalos, Praia Grande e Santana (NEVES *et al.*, 2011). Destas, cinco foram certificadas pela FCP como remanescentes de quilombos, as quais: Praia Grande (em 25/05/2005), Bananeiras (em 10/12/2004), Porto dos Cavalos, Martelo e Ponta Grossa (em 12/09/2005) (FCP, 2019).

A ilha é uma Área de Proteção Ambiental (APA) e está localizada em frente à entrada da Baía de Aratu, na foz do Rio Cotegipe (MOURA *et al.*, 2008). Nela, a vegetação é constituída por espécies da Mata Atlântica, manguezais, mangueiras, coqueiros e canabrava (NEVES *et al.*, 2011), sendo coberta praticamente em toda a sua extensão por remanescentes vegetais de Mata Atlântica, com áreas com áreas agropastoris dentro e fora da mata (PAIVA; ALMEIDA; SILVA, 2011).

Trata-se de uma das poucas localidades da Baía de Todos os Santos que conserva suas características naturais bem primitivas, de forma que não há circulação de carros, o mar é a única via de acesso à ilha e o único meio de transporte são as lanchas (Figura 8), as quais partem do terminal marítimo de São Tomé de Paripe (Figura 9) com um tempo estimado de 30 minutos para se chegar até a Ilha de Maré (NEVES *et al.*, 2011).

Quanto à renda, Silva (2012) refere que esta advém das atividades de extrativismo, como pesca, mariscagem e agricultura familiar, sendo a primeira apontada por Neves *et al.* (2011) como uma atividade historicamente predominante na vida dos moradores de Ilha de Maré. Além das atividades extrativistas, a produção de barcos e canoas é uma forma de contribuir com a renda (SILVA, 2012), sendo este ofício aprendido na prática e transmitido de pai para filho (NEVES *et al.*, 2011). Entre as mulheres, a contribuição com o orçamento familiar ocorre a partir do trabalho artesanal com o doce de banana enrolado na folha de bananeira, cestaria com canabrava e o artesanato com renda de bilros (renda de almofadas) na produção de toalhas, colchas, panos e roupas. Além disso, a mariscagem é apresentada às meninas desde cedo pela sua mãe, que coleta moluscos bivalves (o chumbinho é o mais frequente) e crustáceos (caranguejo e siri) (NEVES *et al.*, 2011).

Figura 8 – Lanchas ancoradas no Terminal de São Tomé de Paripe para transporte de passageiros à Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 9 – Entrada do Terminal de São Tomé de Paripe, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Em se tratando da questão do saneamento ambiental na Ilha de Maré, Gois, Machado e Costa (2011) referem ser este um aspecto em que se observa negligência por parte da gestão municipal de Salvador, que não assiste a ilha, uma vez que esta não acompanha o desenvolvimento da capital baiana. Assim, há precariedade no que concerne ao abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais, manejo de resíduos sólidos e controle de vetores.

No que diz respeito ao abastecimento de água, apesar de ter sido implantado o serviço pela concessionária EMBASA em 1999, refere-se que tal medida não representou uma solução para a questão da água na ilha, que ainda tem uma distribuição inconstante deste elemento, já que muitas comunidades passam dias – e até mesmo semanas – sem serem abastecidas pela água da rede, que provém da adutora subaquática de Candeias, que recebe água da Barragem de Pedra do Cavalo (GOIS; MACHADO; COSTA, 2011).

No contexto do esgotamento sanitário, Gois, Machado e Costa (2011) referem que a ilha não possui um sistema com esta finalidade, de forma que a população se utiliza de fossas rudimentares (Figura 10) e do despejo em valas a céu aberto (Figura 11) como estratégias para dar fim aos dejetos. A ilha também não dispõe de um sistema de manejo das águas pluviais, de forma que as águas das chuvas se misturam aos esgotos dispostos a céu aberto, favorecendo a contaminação do solo, das reservas de águas subterrâneas e o aparecimento de doenças de veiculação hídrica. Diante disso, piora-se a situação de controle dos vetores, uma vez que a drenagem das águas pluviais é um dos métodos de controle da proliferação de mosquitos e de outros insetos, além de diminuir o contato da população com águas contaminadas com urina de ratos (GOIS; MACHADO; COSTA, 2011).

Acerca dos resíduos sólidos, na Ilha de Maré estes não recebem os devidos cuidados, uma vez que o lixo é recolhido e transportado para o continente (Figura 12) devido ao fato de não haver na ilha uma unidade de coleta seletiva e de processamento.

Figura 10 – Fossa para descarte de dejetos em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 11 – Vala a céu aberto em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 12 – Lixo sendo recolhido para transporte até o continente. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Considerando-se os aspectos supracitados acerca das comunidades que compõem a Ilha de Maré, Praia Grande foi selecionada como cenário para este estudo devido ao fato de se tratar de uma localidade socialmente vulnerável, na qual as condições socio sanitárias não são favoráveis e se constituem como fator de risco para a ocorrência de diarreia infantil. Ademais, trata-se de um *locus* onde o grupo de pesquisa de que faz parte a pesquisadora deste projeto, o Grupo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER), desenvolve seus estudos desde o ano de 2002, havendo, desta forma, aproximação com os remanescentes de quilombolas desta localidade, fator considerado necessário para que haja maior aceitação por parte dos participantes, visto que, conforme Thiollent (2012), a forte interação entre pesquisadores e participantes é um dos principais procedimentos deste tipo de pesquisa. Baldissera (2001) corrobora a importância da aproximação entre os envolvidos ao referir que esta estratégia metodológica requer uma estrutura de relação entre os pesquisadores e as pessoas envolvidas.

Praia Grande é a maior comunidade da Ilha de Maré e a segunda mais populosa, com aproximados 2.500 habitantes (MACHADO; ALMEIDA, 2008), ficando atrás de Santana (NEVES *et al.*, 2008). Sua localização na ilha está à zona oeste, tem vista panorâmica para a Ilha de Paramana e Madre de Deus e se divide em linhas imaginárias, de acordo com a ocupação territorial a partir do nome da rua, quais são: Cidade Palha, Beco, Major, Caieira, Apicum e Tuíca (RODRIGUES, 2012).

Quanto à infraestrutura, há instituições públicas de educação e saúde, além de organizações comunitárias que integram o local. No que diz respeito à Educação, está disponível para os moradores da comunidade a Escola Municipal Ilha de Maré (Figura 13), fundada em 1992, com capacidade para 609 alunos, com oferta de vagas que vão da creche (limite de 3 anos de idade) até o Ensino Fundamental II (9º ano). Além disso, é ofertada nos turnos matutino e vespertino a Educação de Jovens e Adultos (EJA) (PREFEITURA DE SALVADOR, S.D.). Destaca-se que apesar de ter sido fundada em 1992, a construção da escola no atual prédio data de 2016.

Figura 13 – Escola Municipal Ilha de Maré. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

No contexto de assistência à saúde, há na comunidade uma USF (Figura 14), inaugurada em 29 de agosto de 2008, a qual conta com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde (A TARDE, 2008). Por se tratar de uma instituição de nível primário, conforme referido no estudo de Siqueira (2014), não tem horário ininterrupto de funcionamento, de forma que os serviços não estão disponíveis no período noturno nem nos finais de semana, ficando os moradores obrigados a atravessar até o continente quando da necessidade de assistência formal à saúde.

Figura 14 – Unidade de Saúde da Família Ilha de Maré. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Há também duas Organizações Não-Governamentais (ONG) (Sociedade dos Amigos de Praia Grande de Ilha de Maré e Adjacências e a Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré – ABECIM), além de uma fábrica apresentada na Figura 15 e denominada SOMMAR (SOMA de saberes; Som e Mar), a qual foi construída pelo grupo Crescer-UFBA em 2010 e está à disposição de toda a comunidade para a geração de economia sustentável a partir do reaproveitamento de resíduos de canabrava (muito abundantes na região) na fabricação de placas acústicas e produção de doces caseiros na cozinha experimental contida no local (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Também está disponível na comunidade uma concessionária EMBASA (Figura 16), a qual fornece água potável para a comunidade e cujo contexto de funcionamento foi descrito acima, ao tratar do abastecimento de água em Ilha de Maré.

Figura 15 – Fábrica comunitária (SOMMAR) em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 16 – Concessionária EMBASA em Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo próprio.

4.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa um total de 64 indivíduos, cuja caracterização é apresentada na seção “5.1 Caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos participantes”.

Este estudo constou de dois momentos distintos. Para seleção dos participantes no primeiro momento do estudo, foram delineados os seguintes critérios de inclusão: ser responsável por crianças de até 5 anos de idade⁴ que já apresentaram algum episódio diarreico, ser habitante de Praia Grande no momento da coleta de dados, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

O primeiro momento do estudo foi realizado no período de novembro de 2017 a março de 2018 com 29 indivíduos, os quais foram recrutados por meio da técnica “*snow ball*” (SCARPARO *et al.*, 2012), tendo a busca sido feita por meio de “andanças” pela comunidade, e a coleta ocorrida até que se observasse saturação teórica dos dados, ou seja, quando se começou a observar um padrão de repetição nas respostas fornecidas pelos participantes.

Para seleção dos participantes no segundo momento do estudo, os critérios de inclusão foram: ser responsável por crianças de até 5 anos de idade, ser habitante de Praia Grande no momento da coleta dos dados, ter idade igual ou superior a 18 anos, disponibilizar o endereço para posterior visita do pesquisador (avaliação mediata) e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do TCLE. O segundo momento do estudo foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2019 com 35 indivíduos, os quais também foram recrutados por meio da técnica “*snow ball*” (SCARPARO *et al.*, 2012), tendo a busca sido feita por meio de “andanças” pela comunidade.

Cabe destacar que a técnica “*snow ball*” foi adotada nesta pesquisa devido ao fato de Praia Grande se tratar de uma comunidade em que as redes de contato são fortes, de forma que as pessoas que ali habitam conhecem umas as outras, sendo a identificação dos responsáveis por crianças menores de cinco anos de idade que já apresentaram algum episódio mais facilitada a partir do suporte oferecido pela própria comunidade, que ia nos indicando vizinhos, amigos e familiares que se encaixavam nos critérios de inclusão acima expostos.

Destaca-se que a expectativa em relação ao segundo momento do estudo era de que o mesmo fosse realizado em espaço da USF da comunidade, em parceria com os profissionais que ali atuam e com os responsáveis por crianças devidamente acompanhadas nas consultas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD). Contudo, não houve adesão de

⁴Esta faixa etária foi selecionada pelo fato de a diarreia se tratar de uma das doenças prevalentes na infância.

alguns dos profissionais da USF aos objetivos propostos por este estudo e os indivíduos que foram previamente convidados a participar da oficina de educação em saúde em espaço da USF não se dirigiram à unidade em nenhuma das duas diferentes datas marcadas. Considerando-se a força que representações religiosas têm nestas comunidades, buscou-se a parceria e apoio de uma autoridade religiosa para que a atividade fosse realizada no espaço por eles utilizado para reuniões, tendo sido convidados a participar da atividade de educação em saúde os indivíduos que frequentam aquela instituição. Esta estratégia também não foi exitosa, uma vez que não obtivemos *feedback* daquelas pessoas para o desenvolvimento das atividades,

Diante destes empasses, foi reavaliada a estratégia de aplicação do estudo e optou-se por recrutar os participantes em seu domicílio, a partir da visita domiciliar, garantindo, desta forma, um maior número de adeptos à pesquisa.

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

4.4.1 Fase exploratória

A primeira fase da PA, a fase exploratória, consiste em estabelecer um primeiro levantamento/diagnóstico da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações a serem desenvolvidas (THIOLLENT, 2011).

Baldissera (2001) considera que na PA é exigida uma estrutura de relação entre os pesquisadores e envolvidos, sendo a participação destes primeiros explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas implicadas, não se tratando apenas de um simples levantamento de dados.

Diante disso, refere-se que a exploração da situação antecede a realização deste estudo, uma vez que no *locus* em questão são realizados estudos pelo Grupo Crescer, sendo, portanto, conhecidas as características da comunidade. Para estabelecer a caracterização sociodemográfica dos participantes que compõem o universo da pesquisa e o diagnóstico situacional acerca dos cuidados à criança com DDA em Praia Grande (primeiro momento da pesquisa) foi aplicada no período de novembro de 2017 a março de 2018 a técnica de entrevista e o instrumento em questão foi um roteiro estruturado (Apêndice 2), constituído por questões acerca: 1) do perfil sociodemográfico dos participantes; 2) da percepção das condições de higiene na comunidade; 3) da relação entre as precárias condições socio sanitárias do *locus* em questão e a ocorrência de doenças (com ênfase na diarreia infantil); 4) das formas de prevenção de doenças associadas às condições socio sanitárias da comunidade; 5) do manejo da diarreia

infantil no domicílio; 6) da busca por serviços formais de saúde para cuidado à criança com diarreia; 7) do preparo e oferta do soro caseiro à criança; e 8) do reconhecimento dos sinais de desidratação, cuidados à criança desidratada e prevenção da desidratação nos episódios diarreicos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no domicílio dos participantes, gravadas por um gravador de voz digital (com consentimento prévio dos mesmos) e tiveram duração média de trinta minutos. Posteriormente, as entrevistas passaram pelo processo de transcrição, sendo esta etapa realizada por bolsistas e alunos envolvidos no projeto (do Grupo Crescer e do Centro Universitário Jorge Amado – UNIJORGE). Destaca-se que todas as transcrições foram rigorosamente revisadas pela pesquisadora.

4.4.2 Fase de planejamento

Baldissera (2001) considera que a qualificação de uma pesquisa como PA requer que haja uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo no sentido de solucionar problemas coletivos, estando centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva.

Assim, concomitante às entrevistas, foi-se observando a necessidade de intervenção no que concerne à qualificação do cuidado à criança com diarreia. Diante disso, em consonância com os participantes, foram planejadas duas intervenções, uma a ser implementada logo após a coleta dos dados e outra a ser desenvolvida em momento posterior juntamente à comunidade (segundo momento da pesquisa).

A primeira intervenção planejada diz respeito à educação em saúde para preparo do soro caseiro no domicílio. A segunda intervenção se refere a uma atividade de educação em saúde no domicílio do participante (segundo momento da pesquisa). Ambas as intervenções se encontram descritas na seção 4.4.3 “Fase de implementação”.

4.4.2.1 Estudos pilotos

Para a segunda intervenção, a atividade de educação em saúde, foi planejada a aplicação de um pré-teste e um pós-teste (avaliação imediata e mediata), no sentido de realizar a avaliação dos conhecimentos requerida em estudos do tipo PA antes e após a implementação da ação de educação em saúde (THIOLLENT, 2011).

Diante disso, foi elaborado e aplicado a uma participante um mesmo questionário estruturado antes e após a realização da educação em saúde. O questionário foi aplicado em outubro de 2019 na sala de consultas de enfermagem da USF da comunidade, com prévia

autorização da participante, após assinatura do TCLE. A atividade teve duração de 40 minutos e ficou demonstrado que o instrumento inicialmente planejado estava “extenso” e “cansativo”, conforme verbalizado pela própria participante.

Após reajustes no instrumento inicial, o mesmo foi aplicado novamente em outubro de 2019 a uma outra participante. Desta vez, a aplicação aconteceu no domicílio da mesma, com duração aproximada de 35 minutos. Mais uma vez, ficou constatado que este estava extenso e cansativo, com necessidade de readequações, sendo estas sugeridas pela própria participante.

Diante disso, foi realizada uma terceira adequação do instrumento de coleta de dados e aplicado novamente a uma terceira participante, em seu domicílio, em outubro de 2019, tendo esta última aplicação duração aproximada de 20 minutos e o instrumento em questão se mostrou adequado ao alcance dos objetivos desta pesquisa, tendo este último sido utilizado para a coleta dos dados do segundo momento do estudo (Apêndice 3).

Destaca-se que os três estudos pilotos aqui referidos foram aplicados a três pessoas diferentes.

4.4.3 Fase de implementação

Baldissera (2001) refere que a PA, para trabalhar com a dimensão coletiva e interativa na produção do conhecimento e programação da ação coletiva, se utiliza de diferentes formas de intervenção para solucionar problemas e organizar ações, dentre as quais técnicas e dinâmicas de grupo.

No contexto da solução de problemas, considera-se imprescindível que as comunidades que contribuem para a realização dos estudos do Grupo Crescer sejam, de alguma forma, beneficiadas com os produtos destas pesquisas, aqui traduzidas nas ações implementadas para prevenção/cuidado à criança quilombola com DDA.

Esta etapa constou de 2 atividades: 1) Demonstração do preparo do soro caseiro no domicílio do participante (primeiro momento do estudo); 2) Realização de uma entrevista estruturada seguida de uma atividade de educação em saúde no domicílio para prevenção e cuidados à criança com DDA (primeiro momento do estudo).

Ao final da coleta dos dados (primeiro momento da pesquisa, realizado entre novembro de 2017 e março de 2018), após ser observado que o soro caseiro não era preparado por nenhum dos participantes em conformidade com as recomendações do MS, foi realizada uma intervenção para demonstração do preparo deste elemento. Para tanto, foi realizada a seguinte indagação a cada um dos participantes, individualmente: “Posso ir à sua cozinha demonstrar como deve ser preparado o soro caseiro?”. A partir daí, e com autorização prévia do

participante, a pesquisadora se dirigia à cozinha do domicílio do mesmo e solicitava uma garrafa de água com capacidade de um litro, uma colher de sopa, uma colher de café, açúcar e sal. Em posse dos materiais, a pesquisadora fazia o soro caseiro na presença do participante e, durante o preparo, orientava sobre as condições da água para o preparo do soro caseiro, destacando a necessidade de fervura (caso a água não fosse mineral) e de esperar o esfriamento para posterior adição dos outros ingredientes do soro.

O segundo momento do estudo foi a realização de uma entrevista estruturada, seguida de uma atividade de educação em saúde, implementada em outubro e novembro de 2019 no domicílio do participante. A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro estruturado (Apêndice 3), o qual constou de questões acerca: 1) da identificação da diarreia infantil; 2) das formas de prevenção deste problema; 3) da relação entre as condições de saneamento da comunidade e a ocorrência de diarreia infantil; 4) dos cuidados de higiene pessoal e do domicílio; 5) dos cuidados à criança com diarreia; 6) manejo do soro caseiro e do soro de reidratação oral preparado com os SRO.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no domicílio dos participantes, com assinatura prévia do TCLE e tiveram duração média de vinte e cinco minutos. Posteriormente, foi realizada a atividade de educação em saúde, com entrega e orientação acerca do uso dos seguintes materiais: 1) colher medida para preparo do soro caseiro; 2) cartilha ilustrada e personalizada sobre prevenção e cuidados à criança com diarreia; 3) folder sobre o preparo do soro caseiro; 4) frasco coletor para coleta de amostra de fezes para realização de exame laboratorial; e 5) chinelos arrecadados no projeto “Doe um chinelinho e ajude a combater a diarreia infantil”.

A cartilha (Anexo 11) entregue aos participantes da pesquisa consistiu em um material elaborado e validado em um estudo de mestrado intitulado “Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação”, defendido pela mestrandia Leidiane Minervina Moraes de Sabino, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, no ano de 2016. O material em questão teve seu uso autorizado pela autora, conforme exposto no “Termo para autorização de uso de cartilha educativa”, contido no Anexo 12 desta tese.

A cartilha ilustrada consta de 8 partes, as quais serviram de base para a elaboração do instrumento de coleta de dados utilizado no segundo momento da pesquisa e para a atividade de educação em saúde no domicílio: 1) Como saber se a criança está com diarreia; 2) Como cuidar da higiene do seu filho; 3) Saiba como cuidar da sua higiene; 4) A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; 5) Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; 6) Veja como

cuidar da alimentação do seu filho; 7) Saiba a importância da vacinação para seu filho; 8) Como cuidar da criança com diarreia.

O frasco coletor foi entregue ao final da atividade de educação em saúde com agendamento de dia para retorno da pesquisadora para captação da amostra para exame, com devolutiva do resultado no momento da realização da avaliação mediata. Foram pesquisados no parasitológico de fezes os seguintes elementos: 1) Ovos de: *Ascaris lumbricoides*, Ancilostomídeos (*Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*), *Trichuris trichiura*, *Enterobius vermicularis*, *Taenia sp*, *Trichostrongylus sp*, *Hymenolepis nana* e *Schistosoma mansoni*; 2) Cistos de: *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba butschlii* e *Giardia duodenalis*; 3) Larvas de: *Strongyloides stercoralis* e Ancilostomídeos. Vale ressaltar que a realização de protoparasitológico diz respeito ao fato de esta pesquisa ser parte de um projeto guarda-chuva (descrito na seção 4.4 desta tese, que trata dos aspectos éticos) do qual também participam pesquisadores cujo objeto de estudo engloba a análise de amostras de fezes de crianças de diferentes comunidades quilombolas. Diante disso, adotou-se o protoparasitológico como parte integrante deste estudo como forma de colaborar com pesquisas parceiras que compõem o projeto maior, além de favorecer os participantes desta pesquisa de doutorado.

O projeto “Doe um chinelinho e ajude a combater a diarreia infantil”, consistiu na arrecadação de chinelos para oferta aos participantes ao final da atividade de educação em saúde. Este projeto foi desenvolvido em parceria entre a Escola de Enfermagem da UFBA e o curso de Enfermagem da UNJORGE. Para a entrega dos chinelos, de forma a evitar constrangimentos, os mesmos foram expostos ao participante e dada a este a liberdade de escolher um dos itens, caso esta fosse sua vontade.

4.4.4 Fase de avaliação

A avaliação imediata do primeiro momento do estudo se iniciou a partir da realização do preparo do soro caseiro no domicílio. Após a demonstração de como ferver a água e preparar o soro caseiro, deu-se início à última fase da pesquisa (avaliação imediata) na qual o participante era convidado a reproduzir a ação, fervendo a água e colocando as medidas de açúcar e de sal, sendo sempre orientado pela pesquisadora do projeto ao longo do processo. Foi observado que, integralmente, os indivíduos que compuseram o universo da pesquisa conseguiram reproduzir o conhecimento acerca do preparo do soro caseiro.

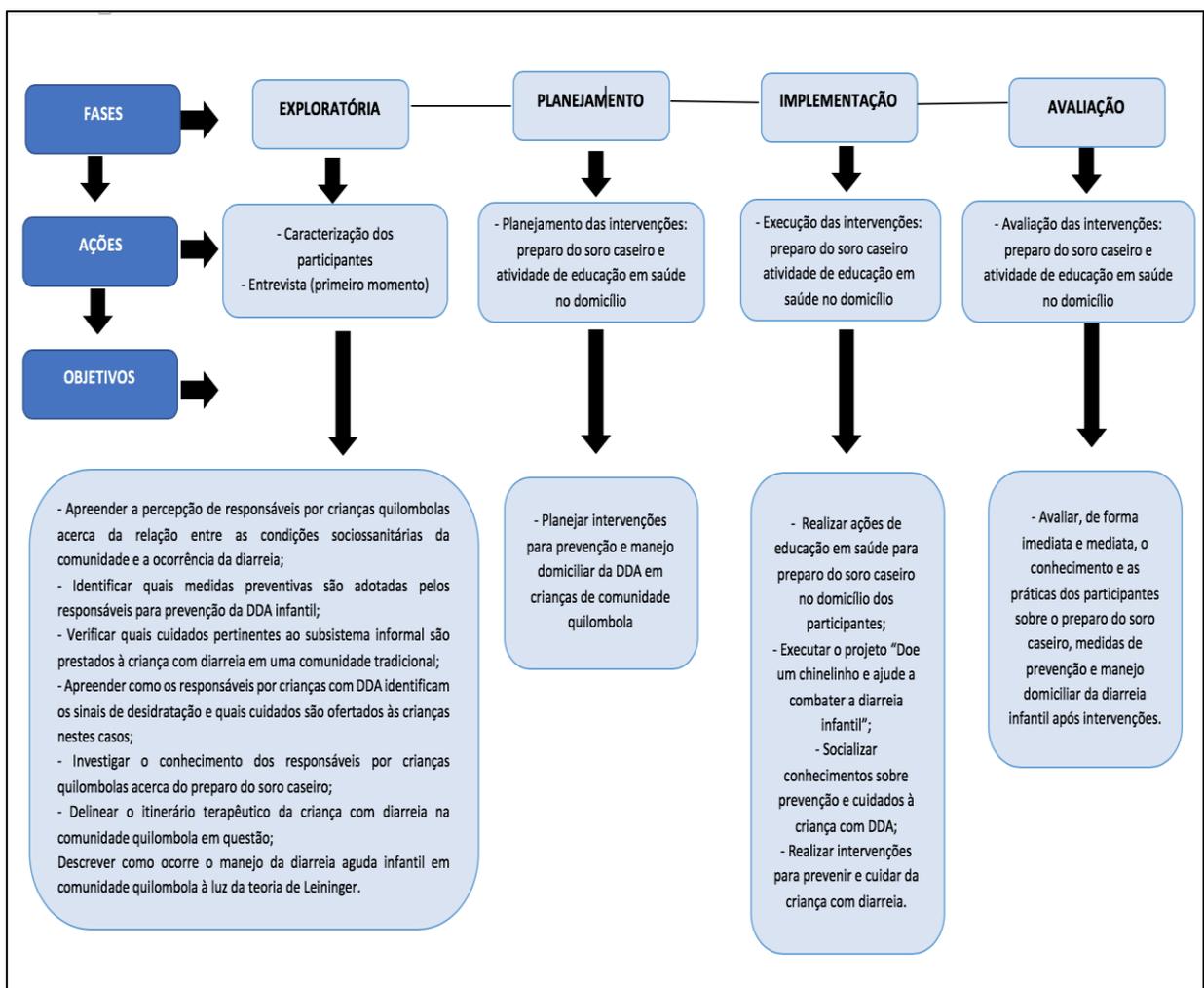
A avaliação imediata do segundo momento ocorreu logo após a realização da atividade de educação em saúde e distribuição de materiais educativos e a mesma se deu pela aplicação

do mesmo questionário (Apêndice 3) utilizado no pré-teste. Quanto à avaliação mediata, esta ocorreu em março de 2020 (4 meses após a realização da atividade de educação em saúde) pela coleta de dados no domicílio do participante por meio da aplicação do mesmo questionário utilizado na avaliação imediata (Apêndice 3). Os resultados de ambas as avaliações se encontram no manuscrito 4.

Destaca-se que nenhum dos participantes se recusou a participar da avaliação mediata e neste momento foi entregue aos indivíduos que compuseram o universo do estudo o resultado do protoparasitológico, acompanhado de medicamento devidamente prescrito por pediatra à criança.

Segue abaixo fluxograma (Figura 17) representativo das fases da PA com a respectiva atividade desenvolvida neste estudo e o objetivo correspondente.

Figura 17 – Fluxograma com correspondência entre as fases da pesquisa-ação, as atividades e objetivos deste estudo.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram computados e processados no Programa Epiinfo versão 3.5.1. Para análise destes dados foi adotada a estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas das variáveis quantitativas nominais. A caracterização sociodemográfica dos participantes está apresentada em forma de tabela construída no Programa Excel versão 16.2 (Tabela 2). Para tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (BARDIN, 2016), caracterizada como a mais comumente utilizada no tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013).

Conforme Bardin (2016), a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se encontram em constante aperfeiçoamento e que se aplicam a discursos extremamente diversificados. Esta técnica oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade, absolvendo e caucionando o investigador por conta da atração pelo escondido, latente, não aparente, não dito, retido por qualquer mensagem. Destaca-se, ainda, que a análise de conteúdo não se trata de um instrumento, mas de um “leque de apetrechos” que é adaptável a um campo de aplicação muito vasto por se direcionar às comunicações (BARDIN, 2016).

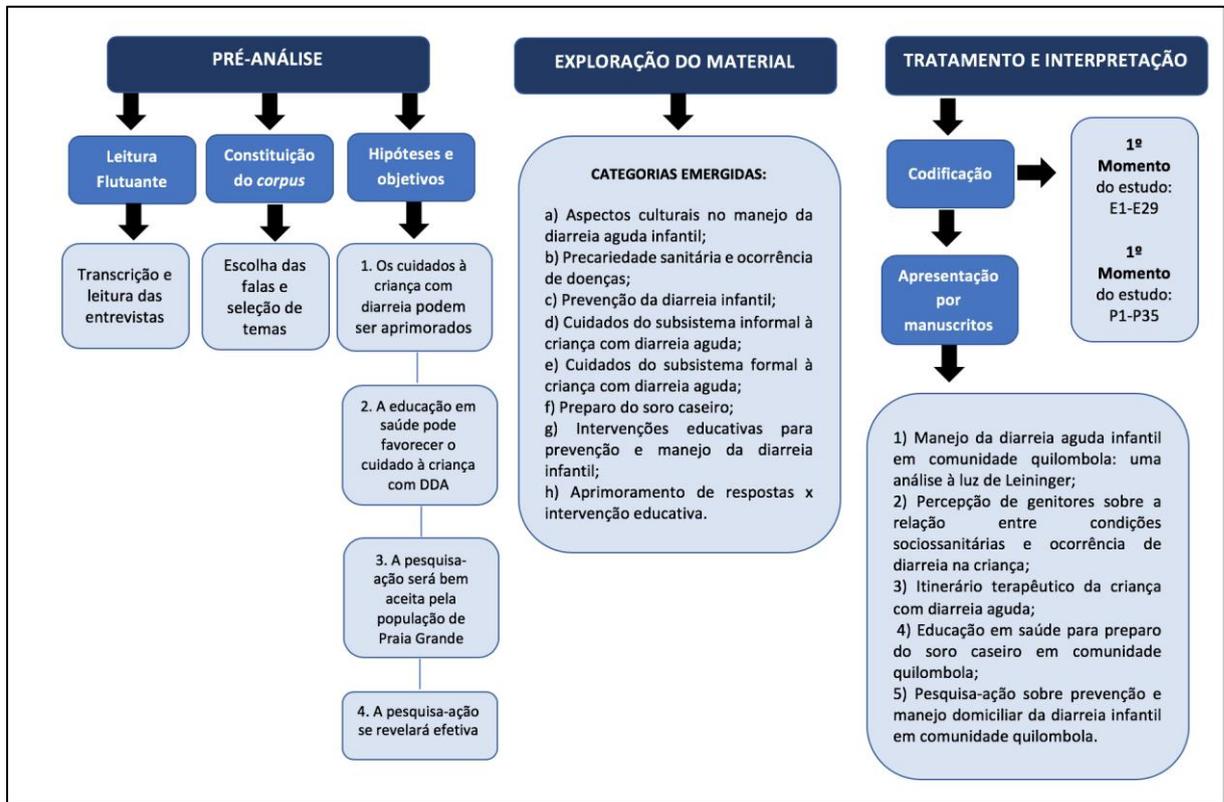
A modalidade de análise de conteúdo foi a análise temática, referida por Bardin (2016) como rápida e eficaz e uma das formas de análise por categorias (análise categorial), a qual é cronologicamente mais antiga e a mais utilizada na prática. Seu funcionamento se dá a partir do desmembramento do texto em unidades e categorias, conforme agrupamentos e reagrupamentos analógicos.

Segundo Bardin (2016), a análise temática é transversal, uma vez que, por meio de uma grade de categorias que é projetada sobre os conteúdos, há o recorte dos conjuntos das entrevistas. Neste tipo de análise ocorre a contagem de um ou mais temas ou itens de significação, numa unidade de codificação que é determinada previamente e que tem na “frase” a unidade de codificação mais adequada (BARDIN, 2016). Assim, a análise temática consiste na descoberta de núcleos de sentido que existem na comunicação e que, ao aparecerem, podem ter algum significado para o objetivo analítico escolhido, tendo como unidade de registro o tema, que é a unidade de significação que se liberta naturalmente na análise de um texto (BARDIN, 2016).

Ao tratar dos polos cronológicos em torno dos quais as diferentes fases da análise de conteúdo se organizam, Bardin (2016) cita três: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação. Diante disso, considerando-se cada uma destas fases, são citados abaixo os procedimentos executados nos três polos da análise de conteúdo e

na Figura 18 é apresentado um fluxograma da manipulação dos dados desta tese conforme cada uma destas fases.

Figura 18 – Fluxograma da manipulação dos dados conforme as fases da análise temática.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

1ª) Pré-análise:

Bardin (2016) considera este primeiro polo como a fase de organização propriamente dita, a qual diz respeito a um período de intuições com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, construindo-se um plano de análise. Quanto às missões concernentes a esta primeira etapa, são apontadas por Bardin (2016) a escolha dos documentos que serão analisados, a formulação de hipóteses e de objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentarão a interpretação final. Refere-se que estes fatores não se sucedem, necessariamente, conforme uma ordem cronológica, uma vez que um tem ligação com o outro.

Na etapa de pré-análise é destacada a existência de três atividades: 1) a leitura “flutuante”; 2) a escolha dos documentos/constituição do *corpus*; e 3) a formulação das hipóteses e objetivos (BARDIN, 2016).

Bardin (2016) reconhece a leitura “flutuante” como a fase em que há contato do pesquisador com os documentos que serão analisados, devendo este deixar-se invadir por impressões e orientações no conhecimento do texto.

A constituição do *corpus*, definido por Bardin (2016) como o conjunto dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, implica em escolhas, seleções e regras, sendo as principais regras a exaustividade, representatividade homogeneidade e pertinência. A exaustividade, que é completada pela regra de não seletividade, diz respeito ao fato de não ser permitido deixar de fora nenhum dos elementos essenciais, por qualquer razão que seja. A regra da representatividade concerne na análise de uma amostra que seja representativa do universo inicial, permitindo a generalização dos resultados. Quanto à homogeneidade, esta se refere à obediência a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, sem que haja demasiada singularidade fora desses critérios. Por fim, a pertinência se refere à adequação dos documentos, os quais devem corresponder aos objetivos que suscitou a análise (BARDIN, 2016).

A última atividade da pré-análise, a formulação das hipóteses e objetivos, diz respeito à construção de afirmações provisórias que podem ser confirmadas ou infirmadas ao se recorrer aos procedimentos de análise, bem como à retomada da finalidade geral a que o pesquisador se propôs, na qual os resultados obtidos serão utilizados.

2ª) Exploração do Material:

Para Bardin (2016) trata-se de uma fase longa e fastidiosa que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Caso as operações resultantes da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise se relaciona à aplicação sistemática das decisões tomadas.

Nesta fase, ocorre a exploração do material, que é uma operação classificatória na qual o pesquisador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas a partir das quais o conteúdo de uma fala será organizado, gerando a categorização, ou seja, a redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2013).

3ª) Tratamento dos dados obtidos e interpretação

Nesta etapa, os resultados brutos são tratados para que sejam significativos e válidos. As informações fornecidas pela análise são condensadas e postas em relevo a partir de operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) (BARDIN, 2016).

A partir disto, segundo Minayo (2013), são feitas inferências e interpretações que se inter-relacionam com o quadro teórico inicial ou possibilitam o surgimento de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir da leitura do material.

As entrevistas realizadas no primeiro momento do estudo, após transcrição, foram codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E29, de forma a manter o anonimato das participantes. Em se tratando das entrevistas realizadas no segundo momento do estudo, estas foram codificadas com a letra P seguida do número relativo à ordem de participação: P1 a P35.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Atenção à saúde da criança em vulnerabilidade social”, submetido ao CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), e aprovado sob número de parecer 3.471.347, quinta versão do projeto supracitado (Anexo 13).

Em todas as etapas da pesquisa foram considerados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016) e pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a cumprir as diretrizes e normas quanto aos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, assegurando os direitos dos informantes.

Em todas as etapas da pesquisa, os participantes foram informados acerca dos objetivos e relevância desse estudo e esclarecidos acerca da sua participação, que ocorreu mediante a assinatura do TCLE (Apêndice 1), elaborado em conformidade com a Resolução nº. 466/2012. Também foi assegurado direito de desistir de sua participação a qualquer momento, podendo entrar em contato com a pesquisadora por telefone ou e-mail, que foram disponibilizados para os mesmos no TCLE.

As informações contidas neste documento, segundo Polit e Beck (2011), contemplam o escopo do estudo, expectativas relacionadas à participação do indivíduo, voluntariedade na participação, bem como os possíveis custos e benefícios advindos da participação na pesquisa. Neste contexto, os participantes foram previamente à coleta dos dados esclarecidos acerca da importância do estudo e a sua relevância para o cuidado à criança quilombola de Praia Grande que apresente quadro diarreico.

De acordo com a Resolução 510, de 07 de abril de 2016, configura-se como risco da pesquisa a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente” (BRASIL, 2016).

Considerando-se o conceito acima, destacou-se como possível risco advindo da realização deste estudo a possibilidade de oferecer aos participantes algum grau de constrangimento advindo do processo de coleta dos dados ou vazamento das informações disponibilizadas. Para que o risco não fosse concretizado, buscou-se assegurar a confidencialidade das informações, anonimato e privacidade dos participantes a partir da codificação das falas, de forma que não seja possível associar seu conteúdo aos depoentes.

Convém referir que, devido ao fato de um dos objetivos deste estudo se referir à investigação dos cuidados ofertados à criança com diarreia no domicílio, houve a possibilidade de identificação da oferta de cuidados por parte da família que, no contexto da DDA, tenham maior potencial de culminar em prejuízos que benefícios à saúde da criança. Nestes casos, levando-se em conta a responsabilização da pesquisadora, foi planejada como forma de minimizar os riscos à saúde da criança a realização de orientações em saúde, cientificamente embasadas e que considerassem de forma respeitosa os aspectos culturais da população em questão.

Os formulários de coleta de dados e os TCLE foram arquivados no banco de dados do Grupo Crescer na sala 413 da EEUFBA, onde ficarão por um período mínimo de cinco anos sob a responsabilidade da coordenadora do grupo em questão.

4.7 Retorno da pesquisa à comunidade de Praia Grande

Destacam-se como formas de retorno à comunidade de Praia Grande três produtos oriundos desta pesquisa de doutorado: 1) As atividades de educação em saúde planejadas e implementadas junto aos participantes; 2) A elaboração de um relatório construído a partir dos resultados obtidos neste estudo e que será encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador-BA, demonstrando a importância de garantir à comunidade de Praia Grande adequadas condições de saneamento básico no sentido de prevenir doenças como a diarreia; e 3) A divulgação de uma “carta” intitulada “Precárias condições sanitárias da Ilha de Maré: até quando?” (Apêndice 4) no espaço temático da Revista Brasileira de Saúde Funcional (REBRASF), prevista para publicação em agosto de 2020, na qual é apresentado o panorama sanitário de Ilha de Maré e cobrados da gestão municipal posicionamentos quanto à melhoria das condições de saneamento da Ilha. A expectativa é o engendramento de políticas públicas

municipais que resultem em melhoria das condições de vida das pessoas que participaram deste estudo.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram apresentados, inicialmente, por meio da caracterização sociodemográfica e socioeconômica dos participantes do estudo. Após esta, as interpretações realizadas a partir dos dados obtidos por meio das entrevistas são expostas sob o formato de cinco manuscritos, abaixo relacionados e associados aos objetivos traçados para este estudo.

Manuscrito 1 – Manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola: uma análise à luz de Leininger

Objetivo correspondente:

- Descrever como ocorre o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola à luz da teoria de Leininger.

Manuscrito 2 – Percepção de genitores sobre a relação entre condições socio sanitárias e ocorrência de diarreia na criança

Objetivo correspondente:

- Apreender a percepção de responsáveis por crianças quilombolas acerca da relação das condições socio sanitárias da comunidade e a ocorrência da diarreia.

Manuscrito 3 – Itinerário terapêutico da criança quilombola com diarreia aguda

Objetivos correspondentes:

- Identificar quais medidas preventivas são adotadas pelos responsáveis para prevenção da DDA infantil;
- Verificar quais cuidados pertinentes ao subsistema informal são prestados à criança com diarreia em uma comunidade tradicional;
- Apreender como os responsáveis por crianças com DDA identificam os sinais de desidratação e quais cuidados são ofertados às crianças nestes casos;
- Delinear o itinerário terapêutico da criança com diarreia na comunidade quilombola em questão;
- Planejar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola.

Manuscrito 4 – Educação em saúde para preparo do soro caseiro em comunidade quilombola

Objetivos correspondentes:

- Investigar o conhecimento dos responsáveis por crianças quilombolas acerca do preparo do soro caseiro;
- Planejar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola;
- Realizar ações de educação em saúde para preparo do soro caseiro no domicílio dos participantes;
- Socializar conhecimentos sobre prevenção e cuidados à criança com DDA;
- Realizar intervenções para prevenir e cuidar da criança com diarreia;
- Avaliar o conhecimento e as práticas dos participantes sobre o preparo do soro caseiro, medidas de prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil após intervenções.

Manuscrito 5 – Pesquisa-ação sobre prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil em comunidade quilombola

Objetivos correspondentes:

- Apreender a percepção de responsáveis por crianças quilombolas acerca da relação das condições socio sanitárias da comunidade e a ocorrência da diarreia;
- Identificar quais medidas preventivas são adotadas pelos responsáveis para prevenção da DDA infantil;
- Verificar quais cuidados pertinentes ao subsistema informal são prestados à criança com diarreia em uma comunidade tradicional;
- Apreender como os responsáveis por crianças com DDA identificam os sinais de desidratação e quais cuidados são ofertados às crianças nestes casos;
- Investigar o conhecimento dos responsáveis por crianças quilombolas acerca do preparo do soro caseiro;
- Planejar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola;
- Realizar ações de educação em saúde para preparo do soro caseiro no domicílio dos participantes;
- Executar o projeto “Doe um chinelinho e ajude a combater a diarreia infantil”;
- Socializar conhecimentos sobre prevenção e cuidados à criança com DDA;

- Realizar intervenções para prevenir e cuidar da criança com diarreia;
- Avaliar, de forma imediata e mediata, o conhecimento e as práticas dos participantes sobre o preparo do soro caseiro, medidas de prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil após intervenções.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DOS PARTICIPANTES

A produção dos dados foi obtida a partir da realização de entrevistas com um universo composto por 64 participantes (Tabela 2), todos residentes em Praia Grande/Ilha de Maré, que se encontravam no *locus* de pesquisa no período da coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão definidos previamente. A seguir, são apresentados e discutidos os dados.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=64) da pesquisa. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, nov. 2017 – mar. 2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	59	92,2
Masculino	5	7,8
Ocupação		
Marisqueiro/pescador	22	34,3
Dona de casa	13	20,3
Autônomo	8	12,5
Desempregado	4	6,2
Não-remunerado	4	6,2
Manipulador de alimentos	3	4,7
Artesão	3	4,7
Aposentado	3	4,7
Recepcionista	1	1,6
Marinheiro	1	1,6
Professor	1	1,6
Empregado com carteira assinada	1	1,6
Situação conjugal		
Casado	27	42,1
Mora junto	16	25
Solteiro	12	18,8
União estável	6	9,4
Divorciado/Separado/Desquitado	3	4,7
Raça/cor⁵		
Preto	33	51,5
Pardo	26	40,6
Negro	2	3,1
Moreno	1	1,6
Sarará	1	1,6

⁵ Nesta seção, buscou-se utilizar os critérios de classificação apresentados pelo IBGE (2013). Contudo, dois dos participantes não se auto identificaram em nenhuma das opções apresentadas, tendo se autorreferido como “moreno” e “sarará”. Considerando-se o fato de a variável raça/cor ser autodeclarada e a importância do respeito ao contexto cultural dos participantes, o que foi por eles verbalizado foi considerado na variável raça/cor, mesmo não sendo tais classificações reconhecidas oficialmente.

Branco	1	1,6
Religião		
Evangélica	24	37,5
Protestante	16	25
Nenhuma	13	20,3
Católica	9	14
Candomblé	1	1,6
Não sabe informar	1	1,6
Benefício do governo		
Programa Bolsa Família	45	70,4
Nenhum	17	26,5
Seguro defeso	2	3,1

Fonte: Dados da pesquisa

Embora pessoas de ambos os gêneros fossem convidadas a participar da pesquisa, predominaram os indivíduos do sexo feminino (92,2%).

O predomínio da mulher se relaciona ao seu protagonismo no que concerne à oferta de cuidados em saúde para toda a família e a sua responsabilização pelo cuidado, sendo a figura feminina a principal e, às vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado no contexto familiar, conforme é destacado nos estudos de Vilela *et al* (2006), Budó *et al* (2008), Brito *et al* (2010), Cardim (2012), Fundato *et al* (2012) e Siqueira, Jesus e Camargo (2016), nos quais a mulher emerge como a principal agente de cuidados.

Sena *et al* (2006) associa o protagonismo feminino às construções histórico-sociais resultantes da divisão sexual do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção e acumulação da sociedade que posicionam a mulher nas tarefas relativas ao cuidado – seja dos filhos, outros familiares ou da casa -, ao passo que aos homens são atribuídas tarefas associadas à força física, a exemplo da caça e outros trabalhos extradomiciliares.

Budó *et al* (2008) concordam com esta assertiva ao acrescentarem que a construção cultural da mulher na sociedade remete a esta a atribuição do cuidado, considerada por todos como uma responsabilidade inata ou natural, sendo a divisão de papéis por gênero fruto de um longo processo de socialização no qual às mulheres estão restritas as tarefas de mãe, esposa e cuidadora da família e do lar e este padrão cultural se mantém hegemônico apesar de todas as conquistas femininas do século XX.

Trata-se de um constructo cultural derivado da responsabilização feminina pelos cuidados à família, o que torna a mulher a mais capacitada para prover os cuidados à prole, visto ser esta quem possui a aptidão inata de dar à luz, cuidar e satisfazer as necessidades básicas da cria, sendo caracterizada como figura imprescindível no cuidado ao filho doente.

Quando perguntados acerca da situação conjugal, a maioria (42,1%) relatou ser casada, seguida daqueles que moram junto (25%), dos solteiros (18,8%), daqueles que possuem união estável (9,4%) e dos divorciados/separados/desquitados (4,7%), com predominância do filho único. Este dado reflete o declínio da taxa de fecundidade que, conforme Berquó e Cavenaghi (2006) teve início no país na década de 1960. Dados divulgados pelo IBGE (2012) revelam que a taxa de fecundidade caiu de 2,38 filhos por mulher em 2000 para 1,90 em 2010, ficando este número abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher.

De acordo com Berquó e Cavenaghi (2006), nas últimas duas décadas, esse declínio foi mais acentuado entre as mulheres mais pobres, negras, menos escolarizadas, domiciliadas em zonas rurais e nas Regiões Norte e Nordeste, entre as quais a fecundidade era mais elevada no início da década de 1990. Estas características coincidem com aquelas identificadas entre as informantes deste estudo, no qual a maioria possuía apenas um filho. Mesmo tendo sido o declínio desta taxa mais proeminente entre mulheres com o perfil supracitado, Vieira (2012) afirma que são estas as que têm mais filhos. Varella (2007) concorda com este pensamento ao anunciar que 73% das crianças que nascem no país pertencem aos estratos mais pobres da população.

A queda da fecundidade nos estratos de baixa classe social pode ser explicada pela melhoria do acesso à devida informação, qualidade do programa de planejamento familiar disponível e diversidade de métodos contraceptivos acessível a este público. Varella (2007) trata o acesso das pessoas mais pobres no Brasil aos métodos de controle de natalidade como uma perversidade social, visto que este é dificultado para estes indivíduos. Para ele, o maior número de filhos se encontra entre as mulheres pobres por conta da falta de acesso total aos métodos de anticoncepção e esterilização. Alves (2011) acrescenta que as famílias são menores nos segmentos populacionais que possuem informação e conseguem acessar os serviços de saúde públicos e privados, especialmente aqueles relacionados à saúde reprodutiva.

Outra possível explicação para a prevalência do maior número de filhos em famílias desfavorecidas economicamente seria a baixa perspectiva para o futuro das mulheres mais pobres, menos escolarizadas e domiciliadas em zonas rurais quando em comparação àquelas de alta renda, maior instrução e que habitam os núcleos das cidades, para as quais as oportunidades de ascensão social são maiores e a ampliação da família pode representar alteração da trajetória profissional, induzindo-as mais amplamente a adotar medidas de prevenção que, para elas, estão mais acessíveis.

Embora os resultados aqui expostos apontem para a tendência do filho único, estes se contrastam com os de outros estudos realizados em comunidades quilombolas, a exemplo do

de Guerrero *et al* (2007) conduzido em seis comunidades quilombolas situadas no estado do Pará. De acordo com os autores, no conjunto dos quilombos estudados, a taxa de fecundidade total é de 6,8 filhos por mulher. Também no estudo de Marques *et al* (2014), realizado em uma comunidade quilombola do Norte de Minas Gerais, foram identificadas famílias com número de filhos acima da média brasileira.

A queda no número de filhos e a preferência pela gestação única se relacionam a fatores como maior acesso a contracepção e aumento do nível de escolaridade, cuja tendência tem sido observada no país nos últimos anos, conforme demonstram dados do IBGE (2012), segundo os quais do ano 2000 para 2010, na população de 10 anos de idade ou mais, o percentual de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto sofreu queda de 65,1% para 50,2%. Em contraste, houve aumento de 4,4% em 2000 para 7,9% em 2010 do percentual de pessoas com pelo menos o curso superior completo.

Este aumento no nível de instrução da população pode ser explicado pela ampliação de políticas de governo que promovem a democratização da educação, possibilitando às pessoas negras e de baixa renda o acesso ao ensino, inclusive o superior. Dentre estas iniciativas, Catani *et al* (2006) citam o Programa Universidade para Todos (Prouni), a ampliação das universidades federais e a instituição de cotas para alunos da rede pública de ensino, com subcotas para negros e indígenas.

Ademais, a opção pelo filho único, especialmente em comunidades economicamente desfavoráveis, como é o caso da comunidade onde foi realizado este estudo, representa a redução dos gastos domiciliares, evita o declínio da renda *per capita* familiar e, assim, permite melhores condições de vida aos indivíduos, possibilitando maior acesso a alimentação, lazer, educação e saúde, inclusive a possibilidade de acessar o sistema privado.

No que diz respeito à escolaridade, todos os participantes verbalizaram serem alfabetizados. Em se tratando da Educação Fundamental, 69% revelaram ter concluído este grau, ao passo que 41,37% não concluíram. 10,34% completaram o Ciclo 1 da Educação Fundamental (1º ao 5º ano) e 13,79% não concluíram. Quanto ao Ciclo 2 deste nível de ensino (6º ao 9º ano), 17,24% não concluíram. No contexto do terceiro ciclo da educação básica (Ensino Médio), 31,04% disseram ter concluído e 17,24% não chegaram até o final. Apenas 3,45% dos participantes tiveram acesso ao Ensino Superior, tendo concluído este grau.

Estes números apontam para as dificuldades de acesso desta população à Educação, especialmente à superior, alertando para a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de incentivo à escolarização. Ademais, os baixos valores relacionados ao ensino médio

e superior refletem a escassez de serviços considerados como necessários ao crescimento comunitário, a exemplo de instituições de ensino na ilha.

Naquela comunidade, os habitantes dispõem apenas de duas escolas, ambas restritas à educação fundamental. Isto faz com que seus habitantes tenham de se deslocar diariamente pelo mar, enfrentando as condições climáticas, para que tenham acesso à educação de nível médio e superior, acentuando as dificuldades já existentes naquela comunidade e tornando o estudo um fenômeno cansativo, estressante e passível de desistência para aquelas pessoas que, muitas vezes, precisam deixar a família e os afazeres para se dedicar aos estudos no continente.

Os resultados apresentados por Silva *et al* (2008) corroboram os deste estudo à medida que estes autores referem que as escolas das comunidades estudadas, em sua maioria, oferecem até a 8ª série (hoje, nono ano do ensino fundamental), compelindo os alunos a transitar entre outras localidades para concluir seus estudos.

O baixo nível de instrução de indivíduos adultos remanescentes de quilombos foi destacado também por outros autores, demonstrando a precariedade destas comunidades no que se refere à Educação. Neste contexto, os resultados aqui apresentados se assemelham aos achados de Bezerra *et al* (2014), no qual 72,3% da amostra tinham apenas até quatro anos completos de estudo; os de Silva *et al* (2008), que identificaram alto nível de analfabetismo não funcional entre os quilombolas, correspondente a 31,8%; os de Torales (2013), que demonstraram ser mais da metade da amostra (59,3%) escolarizada até o fundamental completo; e os de Cunha *et al* (2013) que revelou que nas comunidades quilombolas, além de haver um alto índice de analfabetismo entre os chefes de família, nenhum deles possuía o ensino médio.

A baixa escolaridade tem reflexos negativos em todos os âmbitos da vida do indivíduo, aí incluindo-se posição ocupada na sociedade, trabalho, renda e número de filhos. Sobre este aspecto, Berquó e Cavenaghi (2006) afirmam que a escolaridade afeta a fecundidade de forma inversamente proporcional, de forma que as mulheres sem instrução, entre os anos de 1991 e 2004 tiveram mais filhos que aquelas mais escolarizadas, mesmo que entre as primeiras a queda da taxa de fecundidade nestes anos tenha sido mais acentuada.

Quanto às evidências da relação entre escolaridade e situação de trabalho, observou-se no estudo de Bezerra *et al* (2014), realizado em cinco comunidades quilombolas baianas, a predominância de baixa escolaridade e alto índice de desemprego no momento da coleta de dados (51,2%).

Os dados referentes à escolaridade configuram-se como de grande relevância na discussão dos cuidados à criança com DDA, visto que, conforme destacam Aquino *et al* (2007),

além de causar desinformação, a baixa instrução é fator condicionante de menor interesse pelos cuidados com a saúde ou de maior dificuldade para acessar estes serviços, aspecto que, nos casos de diarreia aguda é preponderante para saber como agir frente a este agravo, bem como o momento de adentrar o sistema formal de saúde, buscando assistência precoce e evitando a evolução do quadro para a desidratação grave.

No que se refere à ocupação, foram identificadas atividades laborais em 100% dos casos que não requerem formação em nível superior, as quais: marisqueiro/pescador (34,3%), dona de casa (20,3%), autônomo (12,5%), desempregado (6,2%), trabalho não-remunerado (6,2%), manipulador de alimentos (4,7%), artesão (4,7%), aposentado (4,7%), recepcionista (1,6%), marinheiro (1,6%), professor (1,6%) e empregado com carteira assinada (1,6%).

Este resultado se assemelha a outros, a exemplo do estudo de Silva *et al* (2008) realizado em seis comunidades quilombolas do estado do Pará que demonstrou que as categorias profissionais mais frequentes naquelas comunidades se referem a empregos informais, tendo se destacado a pesca, atividades domésticas e agricultura. Segundo estes autores, o emprego formal, representado pela assinatura da carteira de trabalho, esteve presente em menos de 1% da população acima de 18 anos de idade.

Em linhas gerais, a atividade profissional é diretamente proporcional ao nível de instrução e este à renda. Neste sentido, a predominância de ocupações de baixa qualificação é resultante da baixa escolaridade identificada na comunidade de Praia Grande e tem seus efeitos no faturamento da população, fazendo com que a renda *per capita* seja discreta, com impacto direto na qualidade de vida e saúde da população.

No que concerne à variável raça/cor autodeclarada, a maioria se identificou de raça negra (92,1%), sendo 51,5% da cor preta e 40,6% da cor parda. Esta prevalência é explicada pelo fato de os remanescentes de quilombos serem descendentes de africanos. Velten *et al* (2013) corroboram com esta ideia ao concluírem em seu estudo, realizado em quatro comunidades quilombolas do estado do Espírito Santo, que a maioria da amostra (assim como neste estudo) é de cor preta e os demais são de cor parda, devido ao fato de as comunidades quilombolas serem formadas por descendentes de escravos negros. Neste contexto, outros trabalhos realizados em comunidades quilombolas apontaram para a predominância de indivíduos de raça negra nestas comunidades, a exemplo dos de Silva (2007), Bezerra *et al* (2014), Barroso *et al* (2014), Silva *et al* (2010) e Andrade *et al* (2011).

De acordo com Oliveira (2004), a identidade racial/étnica diz respeito ao sentimento de pertencimento a um grupo racial ou étnico, resultante de construção social, cultural e política. Este autor refere ser o Brasil um país biológica e culturalmente mestiço no qual ser negro possui

vários significados, resultando da escolha da identidade racial que tem a ancestralidade africana como origem.

Em relação à religião, trata-se de uma variável fundamental na investigação dos cuidados no contexto das comunidades quilombolas devido ao fato de, por serem de descendência africana e, por isso possuírem uma diversidade cultural, os remanescentes de quilombos têm a capacidade de desenhar sua trajetória na busca por cuidados no sistema informal a partir de práticas de saúde baseadas no candomblé.

Trata-se de uma religião com vasto potencial simbólico, grande complexidade ritual e mítica, ligada ao universo sagrado da música, dança e outras técnicas corporais, que guarda segredos relativos ao uso de plantas e ervas medicinais e cuja tradição oral preserva um conjunto de crenças, símbolos e práticas (MOTA; TRAD, 2011). Com seus mitos, rituais, símbolos e linguagem sagrada, o Candomblé viajou da África para terras brasileiras onde foi recriado e sua tradição é mantida e ressignificada no cotidiano dos terreiros (CAPUTO; PASSOS, 2007).

Apesar da notável associação entre Candomblé e comunidades quilombolas, evidenciada por muitos autores, a exemplo de Campos (2012), Silva e Melo (2011) e Rabinovich (2008), os resultados auferidos neste estudo apontaram a predominância de evangélicos (37,5%), seguidos dos protestantes (25%), daqueles que referiram não ter religião (20,3%), dos católicos (14%) e candomblé (1,6%)

Este resultado não reflete, necessariamente, o perfil religioso daquela comunidade. Assim sendo, os números aqui expostos não significam que entre as pessoas da ilha o candomblé não tenha força ou que seja uma religião extinta entre os quilombolas que ali residem, mas que apenas entre as participantes esta não é a religião eleita e, se é, isto não foi verbalizado entre as componentes da amostra.

Silva (2012), em estudo realizado em Ilha de Maré, verificou que Praia Grande é uma das comunidades da ilha onde há maior concentração de terreiros de candomblé e Casas de Santo (espaço reservado dentro do ambiente doméstico para a devoção de entidades religiosas do culto africano), sendo também uma das comunidades onde está localizada uma das igrejas católicas (Figura 18) que pertencem à ilha (ao total são três, estando as outras duas situadas em Neves e Santana).

Figura 18 – Igreja Católica localizada no alto da Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.

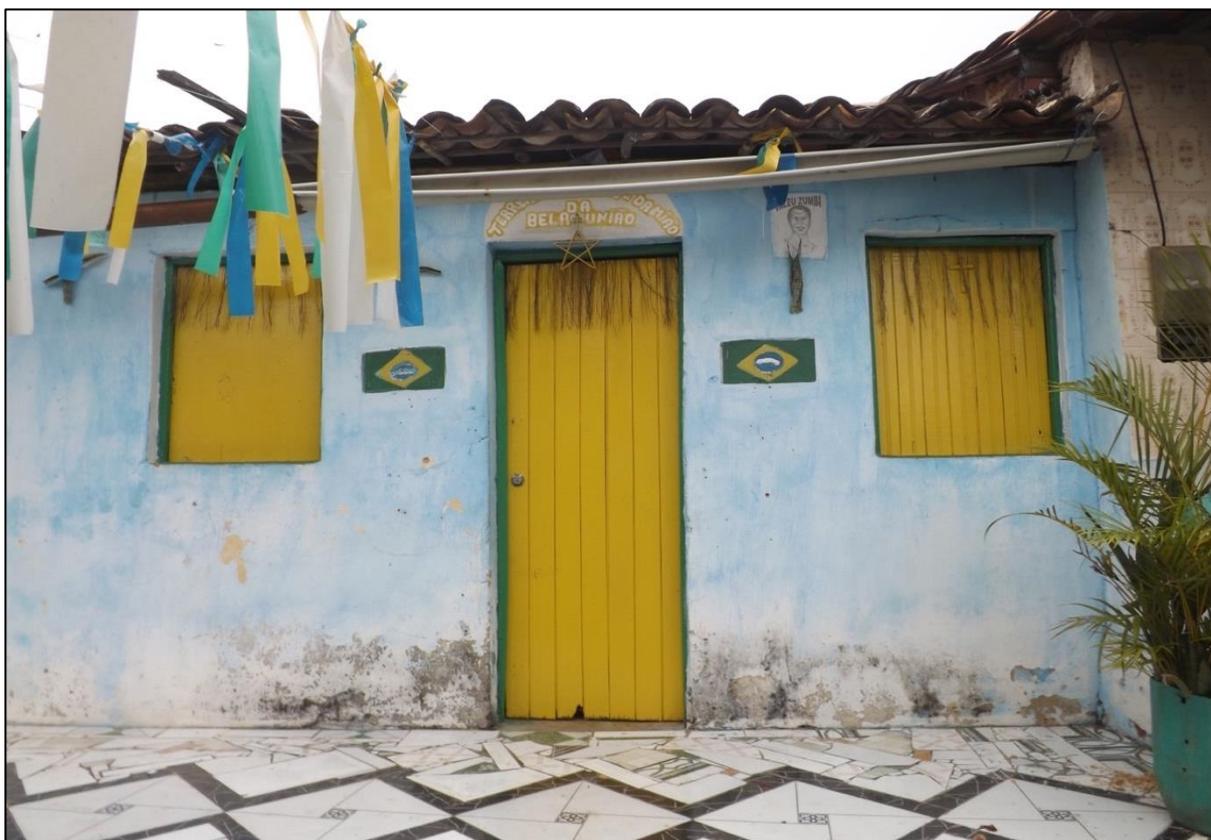


Fonte: Acervo pessoal.

Dentre os terreiros (Figuras 19 e 20) lá existentes, Rodrigues (2011) cita o Terreiro de Oxossi, criado em 1949 e localizado na Rua do Beco e o Terreiro de Odé, fundado em 1957 e situado na Rua de Palha. De acordo com este autor, ambos os terreiros têm como raiz a finada Balbina que, conforme Rodrigues (2012) foi quem implantou na ilha esta religião. Trata-se de “uma mulher dotada de saber natural e sobrenatural que atuava como parteira, rezadeira, vidente, curandeira e mãe-de-santo, conhecedora profunda do uso das folhas” (RODRIGUES, 2011, p. 11).

A existência de grande número de católicos e evangélicos é explicada por Silva e Melo (2011) ao afirmarem que nas comunidades quilombolas, atualmente, predominam três religiões: o catolicismo, o evangelismo e o candomblé. Em algumas comunidades sobressai apenas alguma destas três religiões, contudo é mais comum a predominância de duas ou três diferentes numa mesma comunidade.

Figura 19 - Terreiro de Cosme e Damião da Bela União, situado na Rua Tancredo Neves, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo pessoal.

Silva e Melo (2011), ao tratarem deste assunto, afirmam que o candomblé foi (e muitas vezes ainda é) malvisto pela sociedade e, especialmente, pela igreja católica, que refere serem as práticas da umbanda pecaminosas e desrespeitosas a Deus. Contudo, a maioria das comunidades quilombolas foi e ainda é adepta desta prática religiosa. Rodrigues (2011) acrescenta que a adesão a estas práticas, aliada à medicina popular, faz parte da memória coletiva e do cotidiano dos moradores mais antigos de Praia Grande.

Em se tratando da renda, a maioria (70,4%) revelou ser beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). O PBF é um programa brasileiro de transferência condicionada de renda que foi criado pela Lei nº 10.836 e concede benefícios a famílias que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças na faixa etária de 0 a 12 anos ou adolescentes de até 15 anos. O repasse do benefício é feito, preferencialmente, à mulher e tem como condicionalidades a realização de pré-natal, acompanhamento nutricional, acompanhamento de saúde, frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular, dentre outras (BRASIL, 2004).

Figura 20 - Terreiro Monakessimbe, situado na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo pessoal.

Trata-se de uma política social que, indubitavelmente, combateu a miséria para milhares de famílias brasileiras, retirando-as da linha da pobreza extrema e, com isso, melhorando a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde, caracterizada pelo bem-estar em todos os âmbitos da vida do cidadão, não significando apenas a mera ausência de enfermidades. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2013) o PBF reduziu em 28% a extrema pobreza no Brasil em seus dez anos de vigor.

Nas inúmeras visitas realizadas à Praia Grande durante a realização desta pesquisa, foi possível notar as condições precárias vivenciadas pelos habitantes da ilha e, com isso, perceber a relevância social do recebimento deste benefício por aquelas pessoas, visto que as fontes de renda destas são pequenas, em contraste com as necessidades (inclusive de saúde) que são grandes.

Também em outras pesquisas envolvendo comunidades quilombolas verificou-se que o benefício concedido por este programa complementava a renda da comunidade que mesmo com este auxílio ainda era pequena. Neste sentido pode-se citar o estudo de Silva *et al* (2008) no qual o PBF representava 3,3% das fontes de renda; o de Marques *et al* (2010) no qual os autores

referem que grande parte dos moradores recebem benefícios do governo, dentre eles o Bolsa Família, para complemento da renda, visto que o território que a comunidade dispõe para a agricultura é insuficiente para uma venda rentável; e o de Dal'vesco (2006), segundo o qual a renda proveniente do PBF auxilia na sobrevivência das famílias.

Ao tratar do valor ao qual as famílias beneficiadas têm direito, Alves (2011) refere que este é diretamente proporcional ao número de crianças e adolescentes no núcleo familiar. Conforme este autor, pelos valores praticados em 2011, uma família em situação de extrema pobreza recebe o benefício básico de R\$ 70,00. A este valor são acrescidos R\$ 32,00 para cada criança ou adolescente de até quinze anos na família, correspondendo ao chamado benefício variável, ao qual cada família pode fazer jus até três vezes. Além deste, diz o autor, ainda há o benefício variável vinculado ao adolescente entre 16 e 17 anos e que corresponde ao valor de R\$ 38,00, sendo pagos, no máximo, dois benefícios desta espécie por família. Desta forma, o valor máximo da bolsa corresponde a R\$ 242,00.

Embora se trate de uma quantia relativamente discreta, o auxílio advindo desta bolsa gera polêmicas no sentido de considerar o PBF como uma política de governo com efeito pró-natalista. Em outras palavras, há quem considere esta iniciativa governamental como um fomento à fecundidade, fazendo com que sua taxa se eleve entre os mais pobres.

Contrariando esta corrente de pensamento, os números apontam para a queda da fecundidade (conforme demonstrado outrora). Ao tratar deste aspecto, Alves (2013) argumenta que, conforme demonstrado por estudos acadêmicos, o número de filhos das famílias beneficiadas não tem aumentado com o PBF, do contrário, tem diminuído progressivamente, conforme assinala Alves (2011). De acordo com este autor, o segmento social composto pelos 20% mais pobres da população (aquele que faz parte do público alvo do PBF) tinha fecundidade de 5 filhos por mulher em 1992, passando para 3,4 no ano de 2009 (cinco anos após o programa ter entrado em vigor), ou seja, uma queda de 1,6 filhos por mulher.

Em sua análise sobre o PBF, o doutor em demografia Alves (2013) refere que entre as famílias beneficiadas, por conta do contexto sociocultural, há uma tendência de haver maior fecundidade que entre aquelas não beneficiárias. O maior número de crianças nestas famílias reduz a renda *per capita* e, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de elegibilidade destas famílias de acordo à política do programa. Assim, a direção de causalidade entre número de filhos e os beneficiários do PBF seria inversa, de forma que não é o fato de receber o benefício que faz com que a mulher tenha mais filhos, mas, do contrário, o fato de ter mais filhos credencia a família a participar do programa, visto que reduz a sua renda *per capita*.

Neste contexto, verificou-se que mesmo a quase totalidade das participantes deste estudo fazendo jus aos benefícios do PBF, também a maioria possui um único filho, demonstrando que naquela comunidade a teoria do incentivo à natalidade não é endossada por números.

Trata-se de uma política social que, indubitavelmente, combateu a miséria para milhares de famílias brasileiras, retirando-as da linha da pobreza extrema e, com isso, melhorando a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde, caracterizada pelo bem-estar em todos os âmbitos da vida do cidadão, não significando apenas a mera ausência de enfermidades. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2013) o PBF reduziu em 28% a extrema pobreza no Brasil em seus dez anos de vigor.

Nas inúmeras visitas realizadas à Praia Grande durante a realização desta pesquisa, foi possível notar as condições precárias vivenciadas pelos habitantes da ilha e, com isso, perceber a relevância social do recebimento deste benefício por aquelas pessoas, visto que as fontes de renda destas são pequenas, em contraste com as necessidades (inclusive de saúde) que são grandes.

Também em outras pesquisas envolvendo comunidades quilombolas verificou-se que o benefício concedido por este programa complementava a renda da comunidade que mesmo com este auxílio ainda era pequena. Neste sentido pode-se citar o estudo de Silva *et al* (2008) no qual o PBF representava 3,3% das fontes de renda; e de Marques *et al* (2010) no qual os autores referem que grande parte dos moradores recebem benefícios do governo, dentre eles o Bolsa Família, para complemento da renda, visto que o território que a comunidade dispõe para a agricultura é insuficiente para uma venda rentável; e o de Dal'vesco (2006), segundo o qual a renda proveniente do PBF auxilia na sobrevivência das famílias.

Ao tratar do valor ao qual as famílias beneficiadas têm direito, Alves (2011) refere que este é diretamente proporcional ao número de crianças e adolescentes no núcleo familiar. Conforme este autor, pelos valores praticados em 2011, uma família em situação de extrema pobreza recebe o benefício básico de R\$ 70,00. A este valor são acrescidos R\$ 32,00 para cada criança ou adolescente de até quinze anos na família, correspondendo ao chamado benefício variável, ao qual cada família pode fazer jus até três vezes. Além deste, diz o autor, ainda há o benefício variável vinculado ao adolescente entre 16 e 17 anos e que corresponde ao valor de R\$ 38,00, sendo pagos, no máximo, dois benefícios desta espécie por família. Desta forma, o valor máximo da bolsa corresponde a R\$ 242,00.

Embora se trate de uma quantia relativamente discreta, o auxílio advindo desta bolsa gera polêmicas no sentido de considerar o PBF como uma política de governo com efeito pró-

natalista. Em outras palavras, há quem considere esta iniciativa governamental como um fomento à fecundidade, fazendo com que sua taxa se eleve entre os mais pobres.

Contrariando esta corrente de pensamento, os números apontam para a queda da fecundidade (conforme demonstrado outrora). Ao tratar deste aspecto, Alves (2013) argumenta que, conforme demonstrado por estudos acadêmicos, o número de filhos das famílias beneficiadas não tem aumentado com o PBF, do contrário, tem diminuído progressivamente, conforme assinala Alves (2011). De acordo com este autor, o segmento social composto pelos 20% mais pobres da população (aquele que faz parte do público alvo do PBF) tinha fecundidade de 5 filhos por mulher em 1992, passando para 3,4 no ano de 2009 (cinco anos após o programa ter entrado em vigor), ou seja, uma queda de 1,6 filhos por mulher.

Em sua análise sobre o PBF, o doutor em demografia Alves (2013) refere que entre as famílias beneficiadas, por conta do contexto sociocultural, há uma tendência de haver maior fecundidade que entre aquelas não beneficiárias. O maior número de crianças nestas famílias reduz a renda *per capita* e, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de elegibilidade destas famílias de acordo à política do programa. Assim, a direção de causalidade entre número de filhos e os beneficiários do PBF seria inversa, de forma que não é o fato de receber o benefício que faz com que a mulher tenha mais filhos, mas, do contrário, o fato de ter mais filhos credencia a família a participar do programa, visto que reduz a sua renda *per capita*.

Neste contexto, verificou-se que mesmo a quase totalidade das participantes deste estudo fazendo jus aos benefícios do PBF, também a maioria possui um único filho, demonstrando que naquela comunidade a teoria do incentivo à natalidade não é endossada por números.

Em se tratando da renda, a mediana de renda *per capita* foi de R\$ 724,65 (Q2), tendo sido identificados valores de renda familiar que variaram de R\$ 70,00 (Q1) a R\$ 1.800,00 (Q3). A renda domiciliar *per capita* diz respeito ao somatório da renda mensal de todos os moradores de um domicílio (renda bruta familiar) e a sua divisão pelo número de moradores deste mesmo domicílio.

A Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) estabeleceu a classificação de grupos de renda a partir da renda *per capita* da população. Estas classificações englobam sete estratos sociais, os quais: extremamente pobre (até R\$ 81); pobre, mas não extremamente pobre (até R\$ 162); vulnerável (até R\$ 291); baixa classe média (até R\$ 441); média classe média (até R\$ 641); alta classe média (até R\$ 1.019); baixa classe alta (até R\$ 2.480); e alta classe alta (acima de R\$ 2.480) (SAE, 2013).

De acordo com os parâmetros supracitados, a comunidade em estudo é englobada na classificação de grupo vulnerável, destacando o baixo nível socioeconômico destes indivíduos e baixo índice de desenvolvimento humano municipal renda (IDHM). Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013a) no IDHM renda, o domínio sobre recursos para garantir um padrão de vida com acesso a necessidades básicas (a exemplo de água, alimento e moradia) é medido a partir da renda mensal *per capita*. O IDHM baixo corresponde à renda *per capita* aproximadamente entre R\$180 e R\$333; o médio, entre R\$333 e R\$618; e o alto, entre R\$624 e R\$1157 (PNUD, 2013a), o que situa a comunidade em estudo no IDHM baixo.

Os resultados encontrados entre os remanescentes de quilombos deste estudo não se diferem em muito de outras comunidades quilombolas, o que faz com que estes coincidam com os achados de outros autores, a exemplo de Bezerra *et al* (2014) no qual a renda familiar per capita de mais da metade da população quilombola foi de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (à época = R\$ 545,00); e o de Silva *et al* (2010), no qual a mediana de renda declarada correspondeu a R\$ 200,00 (à época, o salário mínimo era de R\$ 380,00).

Convém lembrar que a renda familiar da maioria das participantes é incrementada pelo benefício do PBF (que as participantes têm acesso justamente por conta da baixa renda *per capita*) e que as mesmas possuem, em sua grande maioria, apenas um filho, o que evita a redução da renda *per capita*, já que esta diminui à medida que o número de indivíduos no domicílio aumenta.

Se comparado com dados de 2010 do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (dados mais recentes), percebe-se que a renda *per capita* da população de Praia Grande está aquém da brasileira (R\$ 793,87), do estado da Bahia (R\$ 496,73) e também do município de Salvador (R\$ 973,00) (PNUD, 2013b), alertando para as dificuldades vivenciadas entre os quilombolas e as desigualdades sociais que afetam esta comunidade.

Quando perguntados sobre planos/convênios de saúde para si e seus filhos, a maioria (82,8%) revelou não ter acesso a este bem. Usufruir de plano de saúde permite ao indivíduo o acesso com maior facilidade às instituições privadas, de forma que a pessoa não necessita ficar refém dos serviços ofertados pelo subsistema público que, muitas vezes, caracteriza-se pela demora no atendimento e dificuldade de acesso integral aos serviços necessários ao efetivo cuidado.

O número referente às crianças quilombolas que tiveram acesso a algum plano privado de saúde mostrou-se pequeno, possivelmente, porque se trata de uma comunidade de baixa renda (conforme discutido anteriormente) na qual a maioria das pessoas não pode arcar

financeiramente com este tipo de serviço e a utilização de uma parcela das finanças para custear este recurso representaria o desfalque da renda para outras necessidades consideradas básicas, a exemplo da alimentação, o que caracterizaria, para esta população, a saúde suplementar como um serviço supérfluo.

Foi observado que em relação às condições de moradia, todas as residências foram construídas em alvenaria (100%), com acesso à energia elétrica (100%) e a maioria possuía banheiro (92,1%). Acerca da coleta de lixo, a maioria (92,1%) dos deponentes verbalizou ter acesso à coleta diária por garis, outros referiram queimar (2,9%) e desprezar o lixo em terrenos baldios (1,9%).

Embora se trate de uma comunidade economicamente desfavorável e visivelmente excluída pelo poder público, salienta-se que existem comunidades quilombolas que, nestes três aspectos, encontram-se em desvantagem quando comparadas a Praia Grande, visto terem sido apontadas maiores condições de precariedade.

Neste sentido, o estudo de Bezerra *et al* (2014) realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-BA demonstrou que nenhum dos domicílios investigados apresentou a coleta regular como destino do lixo (a maioria queimava ou enterrava) e nem todos os domicílios possuíam energia elétrica. Quanto ao trabalho realizado por Silva *et al* (2008) em seis comunidades quilombolas do Pará, foi verificado que nenhuma das comunidades conta com rede de energia elétrica e a maioria das habitações é de palhoça, madeira ou ambos e apenas em uma predominam as construções de alvenaria. Do mesmo modo, Silva (2007) em estudo realizado num quilombo paraibano, mostrou que muitas das casas são edificadas em taipa e enxertadas com barro e a comunidade não dispõe de serviço de coleta de resíduos sólidos.

A maioria dos participantes tem acesso à água encanada (98,4%) e a principal forma de tratamento da água foi a cloração (89%), seguida da filtração (9,3%) e da fervura (1,5%). O acesso à rede geral de abastecimento que, de acordo com Gois *et al* (2011) teve início na Ilha de Maré a partir de 1999 com a implantação do serviço de abastecimento de água pela EMBASA, cuja água potável distribuída é proveniente da adutora subaquática do município de Candeias, que recebe água da Barragem de Pedra do Cavalo. Neste contexto, o tratamento referido pela totalidade das entrevistadas foi a cloração, contudo algumas ainda informaram que antes do consumo a água passa pelo processo de filtração.

Mesmo com a falta ocasional de água da rede de abastecimento, conforme cita Gois *et al* (2011), estas pessoas dispõem de água encanada e tratada, ao contrario de outras comunidades quilombolas, a exemplo daquelas citadas nos trabalhos de Silva (2007) e Silva *et al* (2008) (das seis comunidades do estudo, apenas uma conta com água encanada).

O descarte de dejetos sólidos ocorre principalmente por meio da construção de fossas sépticas (93,7%), ilustradas a partir da Figura 21. As fossas sépticas, de acordo com Nascimento Filho e Castro (2005), são unidades de sedimentação e digestão anaeróbia de escoamento contínuo para disposição de águas residuárias domésticas para onde são encaminhados despejos provenientes de cozinha, bacias sanitárias, banheiros, dentre outros. Panorama semelhante foi apresentado nos estudos de Riquinho (2009), Marques *et al* (2010) e Torales (2013), nos quais emergiram a existência de fossas sépticas nas comunidades quilombolas como alternativa de tratamento do esgoto.

A falta de saneamento básico na comunidade, além das fossas sépticas é responsável pela existência de esgotos a céu aberto (Figura 22), encontrados por toda a extensão de Praia Grande e também pelo despejo dos dejetos no mar, contribuindo para a contaminação ambiental que, de acordo com Gois *et al* (2011), compromete além da água a área de manguezal e a vida animal ali existente, utilizada pela população para alimentação e comércio.

Figura 21 – Fossa séptica situada na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo pessoal.

Gois *et al* (2011) alertam que o esgoto existente em vias públicas favorece a contaminação do solo e das águas de fontes subterrâneas, além de criar um mal-estar para a

população e favorecer o aparecimento de moscas e mosquitos, que são uma fonte potencial de doenças, o que torna o ambiente hostil para os moradores. De acordo com estes autores, a retenção de água no solo favorece o aparecimento das chamadas doenças de veiculação hídrica, como gastroenterites, leptospirose, cólera, hepatite A, amebíase e giardíase, comprometendo a saúde dos habitantes daquela comunidade, especialmente as crianças, com potencial de gerar a DDA e suas consequências.

Dadas as condições precárias de saneamento que afetam não apenas esta como também outras comunidades quilombolas, em alguns estudos, a exemplo do de Marques *et al* (2010), é destacada a ocorrência de doenças parasitárias entre os indivíduos nos quilombos e também doenças diarreicas, principalmente em crianças, conforme refere Dal'vesco (2006).

De acordo com Gois *et al* (2011) no que se refere ao saneamento ambiental, a Ilha de Maré é uma região negligenciada e desassistida pela gestão do município de Salvador, de forma que mesmo sendo território da capital baiana, a ilha não acompanhou o seu desenvolvimento urbano.

Figura 22 – Esgoto a céu aberto na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.



Fonte: Acervo pessoal.

A caracterização das participantes demonstra a vulnerabilidade social e precariedade socioeconômica e sanitária da comunidade de Praia Grande, refletindo as dificuldades de acesso a condições dignas de vida e saúde desta e também de muitas outras comunidades quilombolas espalhadas pelo país, alertando para a invisibilidade destes indivíduos junto ao poder público, para a desigualdade social vivenciada nos quilombos e conseqüentemente para a necessidade de efetuação de políticas públicas e de saúde que proporcionem qualidade de vida e saúde a estas pessoas.

Convém salientar que, num conceito mais amplo, a saúde se traduz como o acesso a diversos recursos considerados imperiosos à vida em sociedade, a exemplo da alimentação, lazer, transporte, educação, emprego e moradia e a disponibilidade de serviços básicos, como o saneamento, é imperativo para a promoção da qualidade de vida e cidadania de uma população, sendo a sua ausência considerada inadmissível tanto do ponto de vista humano como social.

5.2.1 MANUSCRITO 1 – MANEJO DA DIARREIA AGUDA INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA: UMA ANÁLISE À LUZ DE LEININGER

Samylla Maira Costa Siqueira, Climene Laura de Camargo

RESUMO

Introdução: Os cuidados em saúde estão relacionados aos fatores culturais, os quais orientam a tomada de decisões e cujo conhecimento é necessário pelos profissionais do sistema formal de saúde para evitar a imposição cultural. **Objetivo:** Analisar como ocorre o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola à luz da teoria de Leininger. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada de novembro de 2017 a março de 2020 com suporte na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Os participantes foram 64 responsáveis por crianças de até 5 anos de idade na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e analisados pela técnica de análise temática de Bardin. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob parecer 3.471.347. **Resultados:** Foram identificados mais cuidados relacionados ao conceito de universalidade cultural que ao de diversidade. Em se tratando dos modos de ação propostos na teoria de Leininger, ao conceito de manutenção se associaram o uso de calçados, oferta de chás, reza, prática de higiene das mãos e o auxílio da rede de suporte. Os cuidados com necessidade de negociação foram o preparo do soro caseiro, da solução com os sais de reidratação oral e a oferta da água de coco. No que concerne às práticas a serem reestruturadas, observou-se o uso de dipirona e a opção por não ofertar nenhum tipo de assistência à criança com diarreia. **Considerações finais:** Os cuidados identificados no manejo da diarreia aguda infantil devem ser considerados pelos profissionais do subsistema formal, de modo a evitar a imposição cultural e o distanciamento entre pessoas de comunidades tradicionais e profissionais de saúde. **Descritores:** Diarreia Infantil. Enfermagem. Cultura.

ABSTRACT

Introduction: Health care are related to cultural factors, which guide the decision-making and whose knowledge is necessary by professionals from health formal system to avoid the cultural imposition. **Objective:** To analyze the handle of child acute diarrhea in a maroon community in the light of Leininger theory. **Methodology:** Descriptive with qualitative approach study, carried out from 2017 November to 2018 March supported on Transcultural Theory of Madeleine Leininger with 64 people responsible for children up to 5 years of age in maroon community of Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Data were collected by structured interview and analyzed using the technique of thematic analysis of Bardin. The Ethics Research Committee from Nursing School of Federal University of Bahia approved the study under number 3.471.347. **Results:** Were identified more care related with the concept of cultural universality than cultural diversity. With regard to action models proposed in the theory of Leininger, to the concept of maintenance were related the following: use of shoes, offer of teas, religiosity, practice of hands hygiene and interference of support network. The care with necessity of negotiation were the prepare of sugar and salt solution, the solution prepared with oral rehydration salts and offer of coconut water. In concerning to practices that were restructured are referred the use of dipyrone and the option of doing nothing with the child with diarrhea. **Final considerations:** The care identified in the handle of child acute diarrhea must

be considered by professionals of formal subsystem to avoid the cultural imposition and the distance between people of community and health professionals.

Descriptors: Diarrhea, Infantile. Nursing. Culture.

INTRODUÇÃO

A diarreia infantil assume magnitude de problema de saúde pública global por ser uma das principais causas de morbimortalidade nesta fase da vida em todo o mundo, especialmente em países de baixa e média renda, com estimativa de meio milhão de mortes por ano entre crianças menores de cinco anos¹⁻³.

No ano de 2019 foram internadas no Brasil 46.606 crianças menores de 5 anos de idade por esta causa, sendo 96,9% destas internações caracterizadas como urgentes. A região brasileira que liderou o número de internações foi o Nordeste (34,6%) e a faixa etária com maior número de casos foi 1-4 anos (71,5%), sendo que os óbitos corresponderam a 0,15% dos casos em todas as regiões, com maior incidência também no Nordeste (40,8%), afetando principalmente as crianças menores de 1 ano de idade (67,6%)⁴.

Além do potencial de gerar óbito, a ocorrência de diarreia contribui de forma significativa para o agravamento do estado nutricional das crianças⁵, além de predispor indivíduos nesta fase da vida a problemas como retardo do crescimento e perturbação do desenvolvimento cognitivo⁶. Diante disso, destaca-se a importância de as famílias empreenderem os cuidados adequados à criança com este problema, de forma a evitar a desidratação, apontada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)⁷ como a principal complicação da diarreia aguda, que pode levar à morte quando não tratada.

Apesar da sua importância epidemiológica na infância, a diarreia ainda é caracterizada como um agravo simples pela população em geral, a qual lança mão de práticas comunitárias muitas vezes caracterizadas como inadequadas e que, portanto, têm potencial de trazer prejuízos à saúde da criança quando analisadas sob um prisma científico. Destaca-se, contudo, que tais práticas estão diretamente associadas aos fatores culturais, caracterizados por Madeleine Leininger, teórica que propôs a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural⁸, como parte essencial dos cuidados em saúde⁹, os quais identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento, são mantidos pela cultura por longos períodos e orientam a tomada de decisões dos seus membros⁸.

Considerando-se as influências exercidas pela cultura em todos os aspectos que permeiam a vida das pessoas, aí incluindo-se os significados atribuídos à saúde, doença e cuidados⁸, Leininger⁸ esclarece que a Teoria Transcultural do Cuidado representa para a Enfermagem a ideia de que o indivíduo tem seus significados e entendimentos sobre o modo

como deseja que o cuidado seja realizado, sendo a consciência acerca das semelhanças e diferenças culturais um dos maiores desafios para os profissionais de saúde nos dias atuais para que os serviços oferecidos sejam, de fato, efetivos⁹.

Neste contexto, Leininger propõe que enfermeiros conheçam as variações e diferenças – chamadas por ela de “diversidades” – e as similaridades culturais de cuidado, o que ela caracterizou como “universalidades”⁸, como uma forma de evitar a imposição cultural⁸ e alcançar o cuidado congruente, o qual pode ser associado a três modos de ação expostos na última etapa do *Sunrise Model*: 1) Preservação ou manutenção cultural do cuidado; 2) Acomodação ou negociação cultural do cuidado; e 3) Repadronização ou reestruturação cultural do cuidado⁸.

Ao se considerar que os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado variam transculturalmente¹⁰, a escolha do modo de ação deve ser orientada pela necessidade de saúde do cliente de acordo com os seus padrões culturais, sendo imprescindível a compreensão deste elemento no contexto do cuidado para se evitar a imposição cultural, a transgressão ao direito do paciente e o fenômeno de transculturação, o qual diz respeito ao processo de transição de uma cultura para outra¹¹ e é muito observado em comunidades tradicionais como os quilombos, dada a legitimidade do conhecimento científico na atualidade.

Analisar o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola à luz da teoria de Leininger é relevante ao se considerar que as informações aqui apresentadas têm potencial de contribuir com o cuidado qualificado de Enfermagem em comunidades tradicionais, favorecendo a adoção de práticas em saúde que, apesar de baseadas em evidências científicas, considerem também o contexto cultural, preservando a autonomia e empoderando os sujeitos no processo do cuidado, de forma que a assistência de Enfermagem não seja técnica e mecanizada, mas humanizada e congruente aos aspectos culturais, conforme sugerido por Leininger em sua teoria.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar, à luz da teoria de Leininger, como ocorre o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa realizado de novembro de 2017 a março de 2020, com suporte na Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger⁸.

A pesquisa foi conduzida na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA com 64 responsáveis por crianças de até 5 anos de idade que já apresentaram

algum episódio diarreico, selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: ser habitante de Praia Grande no momento da coleta de dados, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram recrutados por meio da técnica “*snowball*”¹², tendo a busca sido feita por meio de “andanças” pela comunidade, e a coleta ocorrida até que se observasse saturação teórica dos dados.

A técnica de coleta dos dados foi a entrevista, realizada por meio de um roteiro estruturado, o qual constou de questões acerca da prevenção e manejo da diarreia infantil. Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise temática proposta por Bardin¹³, a qual consta das fases de pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A pesquisa é parte do projeto guarda-chuva intitulado “Atenção à saúde da criança em vulnerabilidade social”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), e aprovado sob número de parecer 3.471.347. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, estes foram identificados pela letra E seguida do número de ordem de realização das entrevistas (E1 a E64).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As condições de saneamento interferem diretamente na ocorrência de diarreia aguda infantil, como já foi referido por diferentes estudos¹⁴⁻¹⁷ e sua relação com o aparecimento de doenças é reconhecida entre os participantes desta pesquisa, conforme pode ser identificado nas falas abaixo:

As condições de higiene daqui podem causar doenças porque as crianças vivem muito descalças aqui (E10)

Sim, porque ele fica descalço, bota a mão no chão (E12)

Nos relatos de *E10* e *E12* é possível observar que para além das condições de saneamento foi dado destaque ao uso de calçados como algo essencial na prevenção de doenças, sendo a utilização de sapatos um elemento cultural que no ocidente apresenta significados diversos em diferentes contextos temporais. Para os índios, por exemplo, não usar sapatos era símbolo de resistência, enquanto que para os negros o pé no chão representava a escravidão e o calçamento dos pés figurava a alforria¹⁸.

No contexto da saúde, apesar da carência de publicações científicas acerca do uso de calçados e sua associação com a manutenção da saúde, é observável que faz parte da cultura popular ocidental a crença da utilização deste item como forma de prevenção de doenças:

Eu calço os pés dela. Eu não gosto de deixar ela descalça porque pode pegar alguma doença (E7)

Neste sentido, tal crença conduz os participantes do estudo a calçarem os pés das crianças como uma forma de evitar as doenças propagadas pelo solo, fator que pode ser caracterizado como positivo ao se considerar que o uso de calçados é uma das formas de evitar o contato com patógenos que podem se instalar no organismo entrando pela pele após contato com o chão¹⁹.

No Modelo *Sunrise* proposto por Leininger na Teoria Transcultural²⁰, a cultura de calçamento dos pés para prevenção de agravos pode ser alocada no nível de abstração I, o qual representa no modelo conceitual o sistema social e a percepção de mundo que orientam a tomada de decisões, direcionando as ações adotadas pela enfermeira no último nível do modelo, o qual propõe diferentes modos de ação relacionados aos padrões culturais: preservação ou manutenção do cuidado, acomodação ou negociação do cuidado e repadronização ou reestruturação do cuidado⁸.

Considerando-se a utilização de sapatos como um reforço positivo nas práticas cuidativas e a definição de “preservação ou manutenção do cuidado cultural” como a decisão dos profissionais de saúde do subsistema formal de auxiliar indivíduos na preservação de valores considerados relevantes para os cuidados e manutenção do bem-estar⁸, destaca-se este modo de ação como a conduta presumivelmente a ser adotada pelos profissionais do subsistema formal de cuidados no contexto do calçamento dos pés como uma forma de prevenção da diarreia aguda infantil.

Além do cuidado com os pés, emergiu nas falas a prevenção de doenças pela prática de higiene das mãos, já reconhecida no campo científico como uma das mais eficazes estratégias na prevenção e controle de infecções, inclusive na assistência à saúde²¹, e também apontada como uma importante intervenção no contexto das doenças diarreicas infantis²², conforme evidenciado em uma pesquisa²³ multicêntrica desenvolvida em países da África, Ásia e América, a qual concluiu pela higiene das mãos do cuidador como uma ação de proteção na prevalência de diarreia em crianças:

Lavo a mão dela. Aí, quando ela tá com a mãozinha no chão, eu vou e lavo com sabão (E5)

Eu sempre que vou fazer a alimentação dele, eu lavo as mãos antes de tudo. Se ele normalmente colocar as mãos no chão, eu lavo. Não deixo ele colocar a mão na boca, eu tenho o maior cuidado com ele (E9)

As comunidades tradicionais são definidas como grupos com formas próprias de organização social, com reprodução cultural como elemento marcante e as quais baseiam suas ações em conhecimentos e práticas transmitidos pela tradição²⁴. Diante disso, ao se considerar a força da tradicionalidade destas comunidades e o potencial de propagação de conhecimentos e práticas exercido pela rede de suporte, no contexto da prevenção da diarreia, é relevante que a higiene das mãos seja adotada como uma prática preventiva dos episódios diarreicos.

Tal pensamento é adensado por um estudo que buscou investigar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e concluiu que uma mãe possuidora de noções das medidas preventivas para este problema tende a elevar a sua autoeficácia, a manter tais posturas preventivas e a estimular o mesmo comportamento em outras mães para se alcançar resultado similar²⁵, o que pode induzir ao pensamento da higiene das mãos como um processo que pode ser desencadeado em rede a partir de uma experiência exitosa.

Por ser caracterizada como uma das formas mais simples e de maior efetividade na prevenção de infecções, com reflexos positivos, sobretudo, na prevenção e cuidados dos casos diarreicos infantis²², o modo de ação a ser adotado pelos enfermeiros no contexto do modelo *Sunrise* é a manutenção desta prática, a qual deve ser encorajada para que seja reproduzida em diferentes contextos.

Destaca-se, contudo, que apesar da importância da higiene das mãos como um exercício cotidiano nestas comunidades, é um desafio incentivar este hábito em regiões onde há escassez de água potável e saneamento básico²⁶, como é o caso da comunidade onde foi realizado este estudo, de forma que além dos aspectos culturais, também podem interferir nesta prática fatores sociais relativos às iniquidades em assistência à população. Neste aspecto, justapõe-se o pensamento de Bühler et al¹⁷ sobre a necessidade de existência de políticas públicas sociais, econômicas, ambientais, culturais e de saúde que, embasadas no princípio de equidade, atendam as diferentes necessidades locais de cada região.

Dentre as práticas a nível preventivo, foi citada por um dos participantes a oferta de dipirona à criança, mesmo quando esta não está doente, na tentativa de prevenir a ocorrência dos quadros diarreicos e outros agravos em saúde:

Eu dou remédio diariamente, até quando não está doente eu dou umas gotinhas logo de dipirona (E26)

A utilização de medicamentos alopáticos, cuja aquisição ocorre sem controle médico, já foi citada em outros trabalhos^{27,28}, inclusive em pesquisas desenvolvidas em quilombos²⁹, desvelando a automedicação como uma prática comum no Brasil²⁸ e, por isso, arraigada na cultura dos brasileiros, habitem estes as comunidades quilombolas ou não.

Em um estudo conduzido em uma destas comunidades²⁹, as autoras apontaram a automedicação como um fator que, além das marcas culturais, traduz também as dificuldades dos quilombolas em acessar os serviços de saúde, sendo a automedicação uma forma de resolver seus problemas na condução do itinerário terapêutico. Além da relevância que tem a reflexão apresentada pelas autoras do estudo em questão – que suscita a necessidade de medidas governamentais – a cultura da automedicação traz a reboque a facilidade que indivíduos que habitam países da América Latina, Europa, África e Ásia têm em obter livremente diversos medicamentos, sendo a dipirona um dos principais^{27,30}, com necessidade de ciência dos riscos por parte dos usuários²⁸, fator que nem sempre é observado.

Considerando-se a ausência de evidências científicas que apontem para a oferta de dipirona como uma forma de profilaxia da DDA e a possibilidade de esta conduta trazer danos à saúde da criança, essa modalidade de cuidado foi, dentro do Modelo do Sol Nascente de Leininger²⁰, caracterizada como com necessidade de reestruturação, tendo havido, portanto, diálogos com o participante desta pesquisa para desencorajar esse tipo de prática cuidativa.

Em se tratando do uso de medicamentos, além dos alopáticos foi citada também a oferta de fitoterápicos a crianças com diarreia:

Dei chá de erva doce que me ensinaram que era bom chá de boldo também que era bom (E10)

Tem pessoas que mandam fazer chá com Melissa (E11)

A medicina tradicional, representada dentre outros aspectos pelo uso de chás, é utilizada devido às características naturais, além das práticas culturais das famílias, sendo empregada no tratamento inicial da diarreia em casa para crianças³¹. O uso de chás também emergiu em outros estudos desenvolvidos em comunidades tradicionais^{29,32}, revelando ser esta uma prática importante em diferentes contextos culturais, visto terem sido as plantas medicinais a base para tratamento de diferentes doenças em todo o mundo durante muitos séculos³³.

Especificamente no Brasil, mais que a confiabilidade nos recursos naturais, a utilização de plantas medicinais por comunidades tradicionais apresenta-se como característica marcante da miscigenação entre índios e africanos escravizados³⁴, refletindo a propagação cultural nos

cuidados em saúde em detrimento da crescente legitimidade da medicina alopática e da medicalização excessiva constatada na atualidade.

Neste contexto, os quilombolas representam uma parcela da população que carrega consigo e ainda pratica os costumes de seus antepassados no que concerne ao uso das plantas medicinais como uma alternativa para o tratamento de suas enfermidades, como pode ser observado nas falas dos participantes deste estudo e em outras pesquisas conduzidas em quilombos, como é o caso daquela realizada em uma comunidade quilombola paraense³⁵ que tratou como “íntima” a relação entre os remanescentes de quilombos e as plantas.

A intimidade a que se referem os autores do estudo supracitado consiste no conhecimento amplo e diverso apresentado pelos participantes no que concerne ao uso de plantas com os mais diversos usos na medicina tradicional, revelando serem os saberes etnobotânicos auferidos naquela comunidade quilombola uma contribuição à preservação da memória coletiva e valorização da medicina tradicional, mantendo o importante acervo da cultura quilombola.

Dados os valores culturais que permeiam o uso dos chás e a sua comprovada eficácia na saúde, salienta-se a importância de conhecimento e aceitação deste recurso entre os profissionais da medicina científica, sendo esta uma forma de evitar o que Leininger chamou de choque de culturas e imposição cultural⁸, esta última caracterizada como o esforço para impor valores, crenças e práticas próprias por profissionais de saúde a pessoas de outra cultura, tendo como base a premissa da superioridade de ideias.

Além da importância de preservar uma prática secular permeada de significados culturalmente embasados, destaca-se que no contexto da diarreia infantil, a SBP⁷ indica seu uso domiciliar como uma forma de prevenir a desidratação, legitimando seu uso na medicina científica. Além disso, existem chás com efeitos diretos na diarreia aguda, conforme foi citado por um dos participantes:

Quando a criança tá com diarreia, a gente tem mania de dar chá da folha da goiaba (E8)

O chá feito com ramos novos/folhas jovens da goiabeira, cientificamente conhecida como *Psidium guajava L.*, consta na Farmacopeia Brasileira de Fitoterápicos³⁶, tendo como indicação terapêutica o tratamento da diarreia aguda, o que demonstra a confluência entre o conhecimento popular e o científico.

É importante referir que sob a égide do mito “se é natural não faz mal”, conforme referido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)³⁷, o consumo de fitoterápicos e de plantas medicinais tem sido estimulado, sendo necessária cautela no que diz

respeito ao seu consumo, já que se trata de uma substância com princípio ativo e que, portanto, pode culminar em intoxicação quando ingerida em grandes quantidades e em pequenos intervalos de tempo, conforme evidenciado no estudo de Guerra et al³⁸.

No trabalho de Freire et al³⁹ sobre o uso de plantas medicinais, os autores exortam a valorização da cultura popular, mas ao mesmo tempo chamam a atenção para o fato de que 99% dos participantes do estudo revelaram não conhecer as contraindicações das plantas utilizadas, alertando para a necessidade de uso racional deste recurso, além de que é importante o conhecimento dos efeitos adversos e colaterais e não apenas dos terapêuticos.

Em se tratando do uso de chás no cuidado à criança com diarreia, considerando-se as características da comunidade e o reconhecimento da eficácia destes no tratamento de enfermidades, o modelo de ação proposto pela Teoria Transcultural que se adequa à utilização desta substância é a preservação ou manutenção do cuidado⁸.

Destaca-se, todavia, que por se tratar de uma substância com princípio ativo, caracterizada pela SBP⁷ como inadequada como recurso de reidratação oral, se for identificado pelos profissionais de saúde sua oferta em demasia para a criança, como uma forma de preservação da saúde e prevenção de agravos, o modelo de ação adequado seria a acomodação cultural do cuidado, o qual consiste em negociação em relação às práticas já adotadas nos cuidados em saúde para a obtenção de um resultado mais benéfico e satisfatório⁸.

Nas falas de *E10* e *E11* acerca da oferta de chás, outro fator que chama a atenção por simbolizar um notável recurso do subsistema popular de cuidados é o apoio oferecido pela rede de suporte, identificada nos trechos “*me ensinaram*” e “*tem pessoas que mandam*”, os quais denotam o fortalecimento do cuidado familiar por esta rede, formada por parentes, amigos e vizinhos e já descrita por diferentes autores^{29,39,40}.

A importância destas redes é corroborada também por estudos^{29,40}, nos quais o apoio social é caracterizado como uma ferramenta essencial no auxílio da família, influenciando de forma positiva o estado de saúde da criança⁴⁰.

A força destas redes foi representada em uma pesquisa³⁹ sobre práticas populares de saúde, a qual divulgou em seus resultados que a rede de suporte foi responsável por 93% das indicações acerca do uso de plantas medicinais nos cuidados em saúde. Neste mesmo direcionamento, uma pesquisa²⁹ executada em uma comunidade quilombola trouxe como resultado o suporte desta rede nos casos de urgência e emergência pediátrica, revelando-se como um auxílio a famílias que enfrentam problemas com a saúde de suas crianças.

Dada a sua importância, a rede de suporte social como uma forma de cuidado à criança com DDA deve ser alocada no modo de ação que Leininger⁸ considera como “de

manutenção/preservação”. Isso se justifica pelo fato de estas redes se associarem à qualidade de funcionamento familiar, incorporando o papel de fator de proteção⁴¹. É importante salientar que nos contatos entre enfermeiro e comunidade, as redes de apoio devem ser encorajadas a compor os núcleos de educação em saúde, dado o seu poder entre os membros de comunidades, especialmente as tradicionais como as quilombolas.

Alguns dos membros da rede de apoio ainda desempenham função transcendental nestas comunidades, uma vez que através de mecanismos míticos, como é o caso das “rezas”, conseguem oferecer um recurso terapêutico peculiar à criança com diarreia:

Eu fiz oração, em casa mesmo (E9)

Em outro estudo realizado em comunidade quilombola²⁹, a reza emergiu como pano de fundo dos cuidados à medida que as mães buscavam neste recurso a resolução do problema apresentado pela criança. Considera-se que na atualidade é necessária na assistência à saúde a compreensão da dimensão espiritual, de modo que muitos estudos vêm relacionando a espiritualidade com o enfrentamento de doenças, promoção e reabilitação da saúde, refletindo o interesse da comunidade científica em tentar compreender os mecanismos fisiológicos que expliquem a relação entre a religiosidade e a espiritualidade no cuidado à saúde⁴².

Pelo fato de a religiosidade se tratar de um objeto simbólico na constituição identitária do povo quilombola, além de ser caracterizar como importante fonte de cuidados no subsistema popular, sua compreensão no contexto da Teoria Transcultural⁸ é uma forma de evitar a imposição cultural, tida por Leininger⁹ como um dos mais sérios problemas na área da saúde. Assim, além de primar pela manutenção/preservação deste recurso terapêutico, é importante que enfermeiros conheçam o funcionamento e importância da religiosidade em comunidades tradicionais, valorizem a crença do paciente e a considerem como parte essencial dos cuidados em saúde.

Em se tratando dos líquidos ofertados à criança com diarreia, quando indagados acerca do soro caseiro e dos sais de reidratação oral (SRO), os participantes reconheceram a importância de ambos os elementos. Contudo, quando perguntados sobre seu preparo, os indivíduos não verbalizaram a técnica conforme as orientações do Ministério da Saúde (MS)⁴³:

Para preparar o soro caseiro, em 1 litro de água eu coloco uma pitada de sal e vinagre (E62)

Coloco em 1 litro de água eu coloco 1 colher de chá de sal, 1 colher de chá de açúcar e vinagre (E36)

Diluo o conteúdo do pacotinho em 2 litros de água (E37)

Coloco os sais em 2 copos de água (E43)

Os SRO contêm em sua composição sódio, potássio, citrato e glicose, nas concentrações de 3.5g, 1.5g, 2.9g e 20g, respectivamente⁵ e são caracterizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Pela Organização das nações Unidas para a Infância (UNICEF) como o produto adequado para reposição hidroeletrólítica^{5,43}. Por conter sais minerais essenciais na manutenção do equilíbrio acidobásico, quando preparada e fornecida de forma correta, esta solução é suficiente para corrigir os déficits resultantes dos episódios diarreicos⁴⁴. Seu preparo ocorre a partir da adição do conteúdo do envelope a 1 litro de água filtrada, sem necessidade de acrescentar sal ou açúcar⁴³ e nem de aumentar o volume de água, pois isso diminui a concentração dos eletrólitos, diminuindo também o potencial de correção dos déficits resultantes dos episódios diarreicos.

Na indisponibilidade destes sais, pode ser fornecido o soro caseiro. Destaca-se, contudo, que sua utilização na atualidade é controversa devido ao risco do inadequado preparo e consumo⁴⁵, podendo agravar o quadro diarreico devido ao aumento da concentração de sódio.

Ao se considerar a oferta do soro caseiro como um cuidado disseminado em diferentes contextos culturais e sua relevância na prevenção e tratamento da desidratação infantil, é necessária sua negociação no contexto da Teoria Transcultural⁸. Assim, é importante orientar o seu preparo artesanal (assim como dos SRO), que é recomendando pelo MS a partir da adição de uma colher pequena do tipo “cafezinho” de sal e uma colher de “sopa” de açúcar a 1 litro de água fria (mineral, filtrada ou fervida)⁴⁶.

Outro fator identificado nesta pesquisa como recurso no manejo da diarreia infantil na comunidade de Praia Grande foi a oferta de água de coco:

Eu fiquei tratando com água de coco (E5)

A gente aqui é assim: quando a criança começa com essas coisas, a gente tem o cuidado de tratar com água de coco, a gente dá água de coco (E8)

A água de coco é um dos líquidos caracterizados como adequados pela SBP⁷, sendo esta muito difundida nos cuidados populares e bem aceita na reposição hidroeletrólítica de crianças com diarreia, conforme revelado no estudo de Oliveira et al⁴⁷. Trata-se de um isotônico natural, constituído por 93% de água, além de proteínas, vitaminas e sais minerais, sendo bastante consumida devido às propriedades de reposição eletrólítica nos casos de desidratação⁴⁸.

Apesar de não se tratar de um símbolo cultural específico de comunidades quilombolas no manejo da diarreia infantil, este líquido é bastante utilizado entre pessoas destas localidades

tanto pela cultura popular da água de coco como eficaz recurso de reidratação quanto pelo fato de comumente ser copiosa nestas comunidades, geralmente isoladas geograficamente e instaladas em ambiente insular, como é o caso de Praia Grande.

Cabe pontuar, contudo, que o uso da água de coco deve ser ponderado, não devendo esta ser a única fonte de reidratação, pois contém em sua composição baixos teores de sódio, sendo a utilização de soluções contendo este eletrólito essencial, pois nos quadros diarreicos há uma elevada perda deste sal mineral, que é a principal causa da desidratação⁴⁸. Assim, as orientações acerca do uso da água de coco devem ser negociadas no contexto da Teoria de Leininger⁸.

Apesar de diversas formas de cuidado terem sido citadas, houve também quem revelasse não fazer nada, como pode ser verificado a seguir:

Na verdade, eu não dou nada a meu filho quando ele está com diarreia. Espero a diarreia passar e não dou nada (E4)

A diarreia é um problema simples, que na maioria das vezes não conduz a criança ao óbito. Por conta disso, no imaginário popular aguardar a remissão deste agravo é uma alternativa justificável. Contudo, ao se considerar seu potencial de acometer a saúde da criança^{5,6}, é importante que este cuidado seja reestruturado entre os participantes, favorecendo o manejo adequado dos quadros diarreicos e o retorno mais rápido da criança ao estado saudável.

Leininger⁸ reconhece em sua teoria a existência dos conceitos de diversidade e universalidade do cuidado e refere ser seu conhecimento uma das formas de tornar os cuidados de Enfermagem completos, congruentes e evitar o choque de culturas.

A partir dos resultados aqui apresentados, pode-se observar uma maior quantidade de cuidados com similaridades com diferentes culturas, em detrimento daqueles que representavam variações culturais. Assim, foram identificados mais cuidados relacionados ao conceito de universalidade cultural que ao de diversidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz da Teoria Transcultural, este estudo analisou o manejo da diarreia aguda infantil na comunidade quilombola de Praia Grande, tendo sido discutidos os seguintes cuidados: calçamento dos pés da criança, oferta de chás, reza, apoio ofertado pela rede de suporte, preparo e oferta do soro caseiro e da solução feita com os SRO, oferta de água de coco, uso de dipirona

como medida preventiva e a opção por não fornecer nenhum cuidado à criança com quadro diarreico, esperando-se o agravo cessar espontaneamente.

A maioria das ações aqui analisadas se relacionou ao conceito de universalidade do cuidado cultural. Quanto aos modos de ação a serem adotados pelos enfermeiros de acordo ao exposto no modelo *Sunrise*, foram identificados, principalmente, cuidados relacionados ao conceito de manutenção/preservação trazido na teoria, os quais foram: uso de calçados, chás, reza, higiene das mãos, rede de suporte. Após estes, sobressaíram os cuidados com necessidade de negociação/acomodação: preparo e oferta do soro caseiro, dos SRO e uso de água de coco. Por fim, aqueles relativos ao conceito de repadronização/reestruturação, que foram os que apareceram em menor número: dipirona como cuidado de prevenção dos quadros diarreicos infantis e a opção por não fornecer nenhuma assistência à criança com diarreia.

O conhecimento acerca destes cuidados e sua relação com a cultura da comunidade se faz essencial por contribuir com a valorização da cultura popular, com a manutenção do acervo cultural quilombola, além de permitir a elaboração de um cuidado de enfermagem congruente às características destes indivíduos, favorecendo a aproximação entre comunidades e profissionais de saúde e evitando a chamada imposição cultural. Ademais, é possível que os saberes e práticas aqui expostos engendrem políticas públicas de valorização de territórios quilombolas.

Este estudo teve como limitação a falta de publicações acerca do tema pesquisado, uma vez que não foram identificados na literatura estudos que tratassem da diarreia infantil em comunidades quilombolas, impedindo a comparação dos nossos resultados com o de outras pesquisas com objetos similares.

REFERÊNCIAS

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* (London, England) 2015;385:117–171.
2. GBD Diarrhoeal Diseases Collaborators. Estimates of global regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017; 17:909–948.
3. Bustreo F, Okwo-Bele JM, Kamara L. World Health Organization perspectives on the contribution of the Global Alliance for Vaccines and Immunization on reducing child mortality. *Arch Dis Child* 2015; 100(Suppl 1): S34–S37.

4. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. DATASUS [acesso 2020 jan 3]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
5. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Manual de diagnóstico e tratamento de doenças diarreicas agudas. 2007. [acessado 2019 mar 8]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/publicacoes/Manual%20de%20Diagnostico%20e%20Tratamento%20das%20DDA.pdf>.
6. World Gastroenterology Organization Global Guideline (WGO). Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial. 2012. [acess 2019 mar 8]. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>.
7. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diarreias. 2017. [acessado 2019 jun 5]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/noticias/nid/diarreias/>
8. Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing; 1991.
9. Leininger M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, v.2, n.2, p. 32-39, 1991.
10. Leininger M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing* 2002; 13(3): 189-92, 2002.
11. Ortiz F. Del fenómeno de la transculturación y de su importancia em Cuba. In: _____. *El contrapunteo cubano del azúcar y del tabaco*. Tradução: Lívia Reis. La Habana, 1983. [acessado 2019 jun 9]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cdrom/ortiz/ortiz.pdf>
12. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2012; 12(1): 242-51.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
14. Bradatan C, Dennis JA, Flores-Yeffal N, Swain S. Child health, household environment, and temperature and rainfall anomalies in Honduras: a socio-climate data linked analysis. *Environmental Health* 2020; 19:10.
15. Headey D, Palloni G. Water, sanitation, and child health: evidence from subnational panel data in 59 countries. *Demography* 2019; 56: 729–752.

16. Imada KS, Araújo TS, Muniz PT, Padua VL Socioeconomic, hygienic, and sanitation factors in reducing diarrhea in the Amazon. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(77): 1-10.
17. Bühler H.F, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(10): 4131-40.
18. Souto Maior RF. Caminhantes: elementos culturais em calçados. [acessado 2020 jan 10]. Disponível em: <http://www.coloquiomoda.com.br/anais/Coloquio%20de%20Moda%20-%202008/42242.pdf>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Higiene é a melhor forma de evitar vermes. 2012. [acessado 2019 jul 29]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/30179-higiene-e-a-melhor-forma-de-evitar-vermes>
20. Leininger MM. Cultural care diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method. In: Leininger MM, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2 ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett, p. 1-42, 2006.
21. Price L, Melonea L, Mclarnona N, Bunyan D, Kilpatrick C, Flowersa P, Reillya J. A Systematic Review to evaluate the evidence base for the World Health Organization's adopted Hand Hygiene Technique for reducing the microbial load on the hands of Health workers. *American Journal of Infection Control* 2018; 46: 814-23.
22. Melese B, Paulos W, Astawesegn FH, Gelgelu TB. Prevalence of diarrheal diseases and associated factors among under-five children in Dale District, Sidama zone, Southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019; 19:1235.
23. Edward A, Jung Y, Chhorvann C, Ghee AE, Chege J. Association of mother's handwashing practices and pediatric diarrhea: evidence from a multi-country study on community oriented interventions. *J Prev Med Hyg* 2019; [access 2020 mar 8]. 60: E93-E102. Available from: <https://www.jpmmh.org/index.php/jpmmh/article/view/1088/pdf>
24. Brasil. Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Brasília: Casa Civil, 2007. [acessado 2020 fev 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
25. Joventino ES, Bezerra KC, Coutinho RG, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Condições sociodemográficas e sanitárias na autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. *Rev. salud pública* 2013; 15(4): 542-54.

26. Pavin G. Lavar as mãos: um ato simples, econômico e que pode salvar milhares de vidas. 2011. [acessado 2020 fev 5]. Disponível em: <https://www.asbran.org.br/noticias/lavar-as-maos-um-ato-simples-economico-e-que-pode-salvar-milhares-de-vidas>
27. Prado MAMB, Francisco PMSB, Bastos TF, Barros MBA. Use of prescription drugs and self-medication among men. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(3): 594-608.
28. Arrais PSD, Bertoldi AD. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50 (suppl 2): 13s.
29. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 179-89.
30. Pereira GL, Dagostini JM, Dal Pizzol Tda S. Alternating antipyretics in the treatment of fever in children: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pediatr (Rio J)*. 2012; 88(4): 289-96.
31. Chandra KA, Wanda D. Traditional Method of Initial Diarrhea Treatment in Children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing* 2017; 40(S.1): 128–36.
32. Chio PH, Zaroff CM. Traditional Chinese medicinal herbal tea consumption, self-reported somatization, and alexithymia. *Asia-Pacific Psychiatry* 2015; 7: 127-134.
33. Phillips O, Gentry AM. The useful plants of Tambopata, Peru. I. Statistical hypothesis with a new quantitative technique. *Economic Botany* 1993; 47(1): 15-32.
34. Almeida MZ. Plantas medicinais. 2 ed. Salvador: EDUFBA, 2003. 150 p.
35. Pereira MGS, Ferreira MC. Uso e diversidade de plantas medicinais em uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental, Abaetetuba, Pará. *Biota Amazônia* 2017; 7(3): 57-68.
36. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1 ed. Brasília: Anvisa, 2016.
37. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [acessado 2020 fev 8]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/fitoterapicos>
38. Guerra AMNM, Silva PS, Santos DS, Sá HTS, Medeiros AC, Coelho DC. Uso de Plantas com Fins Medicinais no Município de Barra – BA. *Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável* 2016; 11(2): 08-15.

39. Freire AMS, Monteiro RJS, Oliveira JF, Randau KP. Prática popular de saúde: a concepção dos usuários da unidade de saúde engenho do meio sobre o uso de plantas medicinais. *Rev. APS*. 2015; 18(2): 205-212.
40. Domínguez AGD, Castro NC. Doença crônica na infância: desafios para a promoção da saúde e redes sociais de apoio. *Revista Eletrônica de Relações Internacionais do Centro Universitário Unieuro* 2015; [acessado 2020 mar 8]. 15: 117-150. Disponível em: [http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/Aldira%20Guimar%C3%A3es%20Duart e%20e%20Nadia%20Castro%20\(6\).pdf](http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/Aldira%20Guimar%C3%A3es%20Duart e%20e%20Nadia%20Castro%20(6).pdf)
41. Seibel BL, Falceto OG, Hollist CS, Springer P, Fernandes CLC, Koller SH. Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando fam*. 2017; 21(1): 120-136.
42. Thiengo PCS, Gomes AMT, Mercês MC, Couto PLS, França LCM, Silva AB. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare enferm* 2019; 24:e58692, 2019. [acessado em 2020 fev 11]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
43. Brasil. Ministério da Saúde. O poder do soro contra a desidratação. 2014. Disponível em: < <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34333-o-poder-do-soro-contra-a-desidracao> >. Acesso em: 30 mar. 2019
44. World Health Organization (WHO). The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers. 2005; [acess em 2019 mar 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43209/9241593180.pdf;jsessionid=87234C430DECD817B7C6A5686AEE5E1C?sequence=1>
45. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de Pediatria* 2015; 91(Suppl 1): S36-S43.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Diarreia e desidratação. 2009. [acessado 2019 abr 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/214_diarreia.html
47. Oliveira BSB, Oliveira RKL, Bezerra JC, Melo FMS, Monteiro FPM, Joventino ES. Social conditions and maternal conducts in the prevention and management of infantile diarrhea. *Cogitare Enfermagem* 2017; 4(22):e50294.
48. Costa ECTA, Medeiros RLS, Silva DR. Estudo analítico do uso da água de coco verde como repositores de minerais em casos de diarreia. In: XLVI Congresso Brasileiro de Química, Salvador, 2006. [acessado 2019 mar 28]. Disponível em: <http://www.abq.org.br/cbq/2006/trabalhos2006/4/935-1090-4-T1.htm>

5.2.2 MANUSCRITO 2 – PERCEPÇÃO DE GENITORES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS E OCORRÊNCIA DE DIARREIA NA CRIANÇA

Samylla Maira Costa Siqueira, Climene Laura de Camargo

RESUMO

Introdução: O saneamento inadequado é apontado em diversos estudos como a principal causa de diarreia infantil, a qual ainda representa uma das principais etiologias de mortalidade entre crianças menores de cinco anos nos países subdesenvolvidos. **Objetivo:** Analisar a percepção de genitores sobre a relação entre condições socio sanitárias e ocorrência de diarreia na criança. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada com 64 responsáveis por crianças de até 5 anos na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA de novembro de 2017 a março de 2020. Os dados foram coletados através de roteiro estruturado, por meio de entrevista e analisados pela técnica de análise temática de Bardin. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 3.471.347. **Resultados:** Os participantes reconhecem a relação entre precariedade sanitária e ocorrência de diversas doenças além da diarreia. Além disso, foi demonstrado pelos depoentes que os mesmos atribuem tal situação à invisibilidade de Praia Grande frente à gestão municipal de Salvador. **Considerações finais:** É necessária implementação de políticas públicas municipais que garantam aos quilombolas o acesso ao saneamento básico, de forma a prevenir a diarreia infantil e outras doenças. **Descritores:** Diarreia Infantil. Infraestrutura Sanitária. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The inadequate sanitation is being pointed out by several studies as the main cause of child diarrhea, which is one of the main causes of mortality rates among children under 5 years of age in underdeveloped countries. **Objective:** To analyze the parent's perception about the relation between sanitation conditions and occurrence of child diarrhea. **Methodology:** Descriptive with qualitative approach study carried out with 64 people responsible for children up to 5 years of age in maroon community of Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA from 2017 November to 2020 March. Data were collected by structured script, through interview and analyzed using the technique of thematic analysis of Bardin. The study was approved by the Ethics Research Committee under number 3.471.347. **Results:** The participants recognize the relation between sanitation precarity and occurrence of a lot of diseases beyond diarrhea. In addition, it has been established by participants that they ascribe the situation to invisibility of Praia Grande face to municipal management of Salvador. **Final considerations:** It's necessary implementation of municipal public polices to ensure the access to basic sanitation to maroons, in order to prevent the child diarrhea and other diseases. **Descriptors:** Diarrhea. Health Infrastructure. African Continental Ancestry Group. Nursing.

INTRODUÇÃO

A diarreia infantil é apontada como um problema de saúde pública global por se constituir como a segunda principal causa de morbimortalidade entre indivíduos menores de cinco anos de idade, com estimativa anual de cerca de 600.000 óbitos, especialmente nos países em desenvolvimento¹.

Dentre as condições associadas a este problema, predominam aquelas relacionadas à precariedade socioambiental, tornando as variáveis higiênico-sanitárias como fatores fortemente associados a este problema na infância, como já foi verificado em diferentes estudos²⁻⁴.

No Brasil, houve queda da morbimortalidade por diarreia infantil nos últimos anos⁵. Contudo, os números relativos a este problema ainda são significativos, de modo que no ano de 2019 foram registrados 46.606 internamentos e 71 óbitos de crianças menores de cinco anos de idade por esta causa, os quais predominaram no Nordeste (34,6% e 40,8%, respectivamente) (DATASUS), a região do país com menor percentual de domicílios adequados, cujo conceito engloba o abastecimento de água por rede geral de distribuição, esgotamento sanitário por rede de esgoto ou por fossa séptica e lixo coletado diretamente por serviço de limpeza⁶.

Salienta-se que dentro de uma mesma região as crianças não são afetadas homogeneamente. Assim, na Região Nordeste há comunidades caracterizadas pela vulnerabilidade social e em saúde, estando suas crianças mais expostas à diarreia e outras doenças associadas às condições ambientais, com maior risco de óbito que aquelas de outros estratos sociais nesta mesma região.

Dentre os grupos humanos caracterizados pela suscetibilidade às doenças relacionadas às condições socioambientais, destacam-se as comunidades quilombolas, já apontadas em outras pesquisas⁷⁻⁹ como núcleos populacionais caracterizados pela escassez de ações básicas de saneamento, com predisposição a doenças como a diarreia aguda.

Frente a tais achados, é importante a realização de estudos acerca desta temática por ainda existir uma grande parte da população sendo acometida por doenças passíveis de medidas profiláticas. Considera-se que conhecer a percepção de cuidadores sobre a relação entre as condições ambientais do seu local de moradia e a ocorrência de diarreia nas crianças pode subsidiar o planejamento de ações voltadas para a prevenção e manejo desta doença no seu contexto. Ademais, em se tratando da comunidade quilombola de Praia Grande, onde não há esgotamento sanitário e as condições ambientais são precárias, dar visibilidade às questões de saneamento pode interferir de forma positiva na tomada de decisão dos gestores, com potencial de engendrar políticas públicas municipais direcionadas a este problema.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar a percepção de genitores sobre a relação entre condições socio sanitárias e ocorrência de diarreia na criança.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa realizado de novembro de 2017 a março de 2020 na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.

Participaram da pesquisa 64 indivíduos de ambos os sexos, recrutados por amostragem não probabilística a partir da técnica bola de neve (*snowball sampling*) até a ocorrência de saturação dos dados. Os critérios de seleção foram: ser responsável por criança de até cinco anos que já houvesse apresentado algum episódio diarreico, ser habitante de Praia Grande no momento da coleta de dados, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram ter alguma deficiência verbal ou cognitiva.

A técnica de coleta dos dados foi a entrevista, realizada no domicílio do participante, audiogravada, com duração média de vinte minutos e conduzida por meio de um roteiro estruturado, que constou de questões acerca da relação entre as precárias condições socio sanitárias do *locus* em questão e a ocorrência de diarreia infantil. O tratamento dos dados ocorreu pela técnica de análise temática proposta por Bardin¹⁰, tendo emergido duas categorias discursivas: 1) Percepção dos genitores sobre as condições socio sanitárias da comunidade; e 2) Relação entre condições socio sanitárias precárias e ocorrência de doenças entre as crianças da comunidade.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 3.471.347. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, estes foram identificados pela letra E seguida do número de ordem de realização das entrevistas (E1 a E64).

RESULTADOS

Percepção dos genitores sobre as condições socio sanitárias da comunidade

Quando arguidos acerca das condições de saneamento da comunidade, os participantes verbalizaram sobre a necessidade de melhoria, especialmente no que concerne ao esgotamento sanitário:

Aqui precisa fazer esgoto, pois a sujeira vai para a maré e os meninos tomam banho sempre aí, na beira da praia, aí já causa bactéria, porque aqui o esgoto é tudo aberto (E1)

Acho que as condições sanitárias daqui poderiam melhorar, porque não tem uma estrutura, o esgoto é a céu aberto. É complicado ver isso porque as crianças podem ficar doentes. Acho que poderia melhorar mais (E5)

Nas falas a seguir, observa-se que numa tentativa de diminuir a extensão de esgotos a céu aberto, alguns moradores da comunidade construíram fossas rudimentares em suas casas, onde são lançados os dejetos domésticos, mas que muitos dos domicílios não contam com este recurso:

Nem todo mundo tem fossa em sua casa. Tem muitas casas que o esgoto corre no rio, a céu aberto (E6)

Nem todo mundo tem fossa no fundo da casa, a maioria das pessoas não tem. Então, as fezes ficam tudo na praia, então eu acho uma situação difícil, muito precária (E8)

Além da construção de fossas rudimentares, os depoentes mencionaram a responsabilização da gestão municipal no que concerne à melhoria das condições sanitárias da comunidade:

A prefeitura deveria olhar um pouco mais para a gente, porque tem muita criança aqui, e esse esgoto a céu aberto nos traz certas doenças (E14)

Acho que poderia melhorar as condições sanitárias, se tivesse alguém que cuidasse mais para esse lado, que assim como nós cuidamos dos nossos filhos, também deveria ter alguém que cuidasse do lugar (E22)

Ao serem indagados acerca da coleta de lixo, mantiveram-se as queixas, uma vez que a mesma foi tratada como ruim e insuficiente, conforme é possível identificar abaixo:

A coleta de lixo é bem ruim. Porque eles passam e não entram em todas as ruas, a gente tem que levar até a frente, porque aí eles pegam e levam. Quando voltamos da escola para colocarmos o lixo, eles dizem que já passaram e que não irão mais pegar e largam aí. Eu acho que isso prejudica muito a saúde das crianças da comunidade (E11)

Acho horrível o saneamento básico, porque não é todo dia que tem coleta de lixo (E21)

Apesar dos relatos de insatisfação com as condições sanitárias da comunidade, houve quem demonstrasse satisfação:

Acho boa a situação sanitária da comunidade (E24)

A coleta de lixo aqui é ótima, mas os esgotos não (E13)

Relação entre condições socio sanitárias precárias e ocorrência de doenças entre as crianças da comunidade

A partir da análise das falas, foi percebida uma quantidade significativa de participantes que compreendem a transmissibilidade de algumas doenças como a diarreia, dengue, leptospirose e micoses a partir da água contaminada, já que existem ruas na comunidade, onde o abastecimento de água é insuficiente e esgotos ficam expostos a céu aberto, como pode ser observado abaixo:

Ele já ficou doente devido às condições de higiene da comunidade, porque ele fica descalço, bota a mão no chão. Apresentou doença de pele, caroços, manchas, diarreia também pode ficar (E12)

Devido ao esgoto podemos pegar leptospirose, micoses, dengue. O esgoto é todo a céu aberto, a água mesmo sendo suja o mosquito põe larvas do mesmo jeito (E15)

Verminose, diarreia, micose, aquelas manchas brancas que saem no corpo (E18)

Foi observado nas falas que os participantes também atribuem a ocorrência de diarreia à ingestão de alimentos contaminados devido às condições precárias da comunidade:

Se a gente pega os mariscos na praia, dá uma diarreia na gente, nas crianças que comem os mariscos, né? (E8)

Como fator agravante das condições de Praia Grande, ainda foi citado por um dos depoentes a dificuldade de tratamento da água por parte da gestão municipal, como a colocação de soluções de hipoclorito:

As condições sanitárias podem provocar doenças, principalmente a dengue, porque é difícil alguém vim aqui colocar remédio na água (E16)

Mais que as precárias condições do solo, os participantes também reconhecem a relação entre poluição do ar e ocorrência de doenças nas crianças, como é possível verificar no seguinte relato:

Meu filho já teve infecção respiratória por conta do cheiro do esgoto que era próximo à casa de minha mãe (E19)

Assim como ocorreu na categoria anterior, nesta foi observado a existência de participantes que não relacionam o aparecimento de doenças com as condições precárias de saneamento da comunidade:

Não tem relação a doença com as condições sanitárias (E14)

Semana passada ele ficou evacuando e vomitando, mas eu não sei se foi porque ele fica andando descalço, essas coisas (E25)

A água de beber não tem nenhuma relação com a diarreia (E62)

DISCUSSÃO

Apesar de milhares de crianças em todo o mundo ainda morrerem por consequência de agravos resultantes da falta de saneamento, em especial a diarreia, no Brasil a questão do saneamento segue quase que invisível na agenda da saúde¹¹. Essa invisibilidade é mais comumente verificada em comunidades social e politicamente negligenciadas, como é o caso das quilombolas⁷.

Como fator agravante da invisibilidade dos quilombos, destaca-se sua consolidação em regiões periféricas, principalmente em áreas rurais e insulares, tendo diversas consequências da habitação em localidade inóspita, como a acessibilidade mínima e a precariedade de infraestrutura e saneamento básico¹², mesmo sendo este último assegurado como direito fundamental e reconhecido pela Lei nº11.445/2007 como um serviço a ser prestado com base no princípio da universalização do acesso¹³.

Em diferentes estudos desenvolvidos em comunidades quilombolas^{7-9,15-17}, são retratadas condições de precariedade no que concerne ao acesso a bens e serviços, revelando as iniquidades sociais, a discriminação experienciada por pessoas que vivem nestas localidades e a exposição destes indivíduos – especialmente as crianças – à ocorrência de doenças, descortinando o distanciamento de comunidades vulneráveis ao alcance da integralidade e equidade, suscitando a necessidade de estratégias de promoção da saúde¹⁶ a pessoas que vivem no meio rural.

Ao tratarem do saneamento rural no Brasil, autores¹⁴ referem que neste país mais de 23 milhões de pessoas que vivem na zona rural não têm coleta ou tratamento de esgoto, o que corresponde a 75% da população rural sem adequado saneamento básico.

O saneamento básico, definido como um conjunto de serviços, como infraestrutura e instalação de abastecimento de água potável, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, esgotamento sanitário, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas¹³, é essencial na manutenção da saúde, promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, como a diarreia, responsável por 88% das mortes de crianças menores de 5 anos, sendo atribuídas a fatores diversos como saneamento precário, água não potável e higiene inadequada¹⁸.

Em um estudo¹⁹ sobre a associação entre as condições sanitárias, de higiene e qualidade da água em relação ao número de casos de diarreia infantil, os autores revelaram que a diminuição das valas a céu aberto na comunidade em questão e o aumento do uso de fossas sépticas, dentre outros fatores, contribuíram para uma queda no número de casos diarreicos, demonstrando que o ambiente interfere sobremaneira nas condições de saúde das crianças. Neste mesmo direcionamento, uma pesquisa conduzida em uma comunidade quilombola⁸ apontou que os elevados níveis de infecção parasitária podem ser resultado da falta de condições sanitárias adequadas, com necessidade de melhorias quanto ao acesso à água tratada e saneamento.

Mesmo não se utilizando de sustentação científica em seus relatos, foi possível perceber nas falas dos participantes desta pesquisa que os mesmos reconhecem a relação entre ambiente, problemas gastrintestinais, respiratórios e de pele, corroborando a ideia de Barrocas, Moraes e Sousa¹¹ de que muito antes das evidências científicas o conhecimento empírico do homem já associava o ambiente à ocorrência de doenças. Destaca-se ainda que para além da inadequada situação sanitária, os problemas podem se apresentar em cadeia, já que parasitas presentes no trato gastrintestinal podem ainda interferir nos casos de reações alérgicas e hipersensibilidade, conforme foi destacado em um estudo conduzido no Rio Grande do Sul²⁰.

Paralela à questão da ausência de uma rede de esgoto, foi destacado nos relatos que a coleta de lixo na comunidade é realizada de forma insuficiente, contribuindo para o acúmulo dos dejetos sólidos, para a disseminação e proliferação de insetos e roedores e a ocorrência das doenças veiculadas pelo ambiente, redundando em efeitos indesejáveis, com repercussão na saúde e bem-estar do homem²⁰.

As queixas relativas à inadequação das condições de saneamento, incluindo-se a questão da coleta de lixo, não são particulares aos quilombolas que participaram deste estudo, tendo sido estas observadas também em outras pesquisas em quilombos⁷⁻⁹. Como estratégia de minimização das consequências da ausência de esgotamento sanitário, foi citada pelos participantes deste estudo a construção de fossas rudimentares, apontadas como a principal forma de coleta de dejetos em 48% da população rural do país¹⁴ e que apesar de se constituírem

como uma alternativa à ausência de rede de esgoto para quase metade da população rural, não são consideradas como os recursos mais adequados, visto que não evitam a contaminação do solo e das reservas de águas superficiais e subterrâneas¹⁴, além de que, conforme foi verbalizado pelos participantes deste estudo, nem todos os moradores da comunidade dispõem deste elemento.

Como consequência da contaminação das águas é afetada diretamente a qualidade de vida e saúde das pessoas que ali residem, especialmente as crianças, por conta da propagação de doenças relacionadas a dejetos, como diarreia, parasitoses e outros agravos de veiculação hídrica^{8,19-21}.

Em se tratando da relação entre condições sanitárias inadequadas, diarreia e óbito, um estudo¹⁴ estimou que a melhoria no sistema sanitário da área rural do país pode culminar na redução de aproximadamente 5,5 milhões de casos de doenças diarreicas por ano e cerca de 2.592 mortes por esta causa, alertando para o impacto do saneamento na redução da morbimortalidade por diarreia, especialmente entre crianças menores de cinco anos de idade.

Como resultado da falta de tratamento do esgoto em Praia Grande, seus manguezais encontram-se contaminados, o que dificulta o ciclo de vida nesse ecossistema e contribui para a redução dos pescados, afetando a qualidade de vida das pessoas que sobrevivem dele²². Na Ilha de Maré a coleta de mariscos é uma das principais fontes de renda e subsistência das famílias, as quais mantêm uma relação de dependência com os recursos disponíveis no ecossistema, além de que para comunidades tradicionais, que vivem próximas aos manguezais, os moluscos são caracterizados como de grande relevância econômica e de subsistência²³. Por conta da necessidade de ingestão dos mariscos, mesmo contaminados, tem-se como consequência a diarreia, referida em uma das falas.

Para amenizar os problemas associados à qualidade da água para consumo humano, é necessário o tratamento deste produto, sendo recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) a distribuição e utilização de soluções de hipoclorito de sódio para o tratamento de água em regiões onde não existe saneamento básico, tendo sido tal medida referida como importante por um estudo¹⁸ que verificou que 50% dos entrevistados contava com esse recurso para o tratamento da água de beber. Destaca-se, contudo, que no contexto de Praia Grande, segundo relatos dos participantes, a aplicação de hipoclorito de sódio na água da comunidade é realizada de forma insuficiente.

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)²⁴ refere que apesar de a Portaria nº 2.914/2011, do MS, estabelecer a obrigatoriedade de que toda água para consumo humano, fornecida coletivamente, deva passar por processo de desinfecção ou cloração, em pequenas

comunidades do país não é feito qualquer tratamento e reconhece diversos fatores que influenciam na carência de tratamento da água dessas comunidades, dentre os quais a ausência do poder público, desconhecimento da legislação e precariedade do sistema de água.

Devido ao fato de além da diarreia, doenças como febre tifoide e paratifoide, disenteria bacilar, cólera, gastroenterites, hepatites A e E, poliomielite e disenteria amebiana serem veiculadas pela água e seus agentes é imprescindível que esta seja desinfetada por intermédio de agentes físicos e/ou químicos para que sejam inativados microrganismos patogênicos nela contidos. Refere-se, ainda, que seu tratamento requer conhecimento técnico e pessoal qualificado²⁴.

Apesar das evidências científicas que apontam para as condições de saneamento como um importante fator de risco para a ocorrência de diarreia, houve participantes que demonstraram não reconhecer como ruim a situação sanitária da comunidade, além de terem surgido relatos que não correlacionam o adoecimento com as condições de saneamento básico.

As pessoas de baixos estratos socioeconômicos estão desacostumadas a acessar serviços e produtos de qualidade. Teotônio *et al*²⁵ ao tratarem deste aspecto, revelam ser a renda familiar um indicador de bem-estar social, de forma que as pessoas que possuem uma condição econômica favorável possuem também acesso a moradia adequada, saneamento básico e educação. Já as de baixa renda estão adaptadas a possuírem um padrão de vida insatisfatório, incluindo-se aí o saneamento básico inadequado. Tais aspectos podem explicar o fato do não descontentamento de alguns participantes deste estudo com as condições socio sanitárias da comunidade.

É importante que as pessoas reconheçam o ambiente como um fator de risco para a ocorrência de doenças, pois é a partir desta percepção que serão adotadas medidas de prevenção e proteção contra doenças. Mais que isso, por serem os direitos humanos universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados, o direito ao saneamento adequado deve ser considerado como uma precondição fundamental para todas as comunidades¹¹, evocando a responsabilização do poder público.

Segundo Gois *et al*²², Ilha de Maré é uma região desamparada e negligenciada pela gestão do município de Salvador, de forma que a mesma não consegue acompanhar o desenvolvimento da capital baiana. Tal pensamento é ratificado pelos moradores da ilha e participantes deste estudo, os quais demonstraram reconhecer a invisibilidade, vulnerabilidade social, precariedade socio sanitária e econômica da comunidade em que vivem.

Neste contexto, destaca-se a importância de o poder público implementar ações que resolvam as questões sanitárias e de saúde daqueles indivíduos, contribuindo para sua qualidade

de vida e prevenção de situações de urgência pediátrica em uma comunidade onde não estão acessíveis sequer os serviços mais básicos de saúde⁷. Adensando a importância do envolvimento da gestão municipal, autores^{21,26} sugerem a melhoria das condições de higiene e saneamento na prevenção dos quadros diarreicos infantis, com necessidade de investimentos em cuidados de saúde orientados para a comunidade, incluindo-se estratégias para garantir fontes seguras de água e instalações sanitárias²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado o estudo, percebe-se que apesar de terem havido relatos que não correlacionaram a diarreia às condições socio sanitárias da comunidade, em sua quase totalidade os participantes verbalizaram reconhecer a relação entre a precariedade ambiental e a ocorrência de diversas doenças além da diarreia. Além disso, foi demonstrado pelos depoentes que os mesmos atribuem tal situação à invisibilidade de Praia Grande frente à gestão municipal de Salvador.

Diante destes resultados, destaca-se a importância da implementação de políticas públicas direcionadas às necessidades daquele local, uma vez que a melhoria das condições de saneamento da ilha tem potencial de gerar impactos positivos de natureza social, econômica e na saúde das pessoas, em especial as crianças, reduzindo-se a morbimortalidade por diarreia nesta etapa da vida.

Concluída essa pesquisa espera-se que, ao dar voz aos seus participantes, sejam reduzidas as iniquidades sociais vivenciadas pelos quilombolas daquela comunidade, contribuindo para dar visibilidade à questão do saneamento em Ilha de Maré, engendrando ações direcionadas àquele problema.

Este estudo teve como limitação a ausência de outras pesquisas que explorassem a relação entre condições socio sanitárias e diarreia infantil, de forma que a escassez de material acerca deste tema na literatura não permitiu a comparação entre os resultados aqui expostos e aqueles auferidos em outros levantamentos.

REFERÊNCIAS

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015; 385(9966):430–40.

2. Joventino ES, Oliveira BSB, Oliveira RKL, Melo FMS, Oriá MOB, Ximenes LB. Influência de condições socioeconômicas e de saúde em crianças na ocorrência de diarreia infantil. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2019; 8(1):81-92.
3. Oliveira RKL, Oliveira BSB, Bezerra JC, Silva MJN, Melo FMS, Joventino ES. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. *Esc Anna Nery* 2017; [acessado 2020 mai 05]. 21(4): e20160361. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0361.pdf
4. Azage M, Kumie A, Worku A, Bagtzoglou AC. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2016; [access 2020 mai 03]. 35:13. Available from: <https://jhpn.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s41043-016-0052-2>
5. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. DATASUS [acesso 2020 mar 3]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
6. Heinen M. Norte e Nordeste têm menor taxa de domicílios com acesso a saneamento. 2017. [acessado 2020 fev 10]. Disponível em: <http://radioagencianacional.ebc.com.br/direitos-humanos/audio/2017-07/norte-e-nordestetem-menor-taxa-de-domicilios-com-acesso-saneamento>
7. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 179-89.
8. Eustachio PFP, Avelar LA, Dias JVL, Queiroz DRM, Murta NMG, Oliveira GHB, Cambraia RP, Pires HHR, Martins HR. Intestinal parasitosis and environmental contamination with helminths and protozoa in a Quilombola community of southeast Brazil. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2019; [access 2020 mai 04]. 71:1. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e299.pdf>
9. Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *J. res.: fundam. care. Online* 2015; [access 2020 jan 10]. 7(1): 1847-55. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3436>
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
11. Barrocas PRB, Moraes FFM, Sousa ACA. Is sanitation essential to human health? The sanitation issue in the public health field. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2019; [access 2019 mar 8]. 26(1). Available from: <http://www.scielo.br/hcsm>

12. Silva SC, Bueno LS. Questões sociais das regiões periféricas e ribeirinhas: a territorialidade dos assentamentos informais. *Ignis* 2016; 5(1): 18-32.
13. Brasil. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Publicado no DOU em 11 de janeiro de 2007.
14. Costa CC, Guilhoto JJM. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestora. *Eng Sanit Ambient* 2014; [acessado 2020 jan 10]. 51-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/esa/v19nspe/1413-4152-esa-19-spe-0051.pdf>
15. Rodrigues E, Cassas F, Conde BE, Cruz C, Barreto EHP, Santos G, Figueira GM, Passero LFD, Santos MA, Gomes MAS, Matta P, Yazbek P, Garcia RJF, Braga S, Aragaki S, Honda S, Sauini T, Fonseca-Kruel V, Ticktin. Participatory ethnobotany and conservation: a methodological case study conducted with quilombola communities in Brazil's Atlantic Forest. *J Ethnobiology Ethnomedicine* 2020; [acess 2020 mai 05]. 16:2 (2020). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13002-019-0352-x>
16. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(Suppl 3):9-16.
17. Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; [acess 2020 mai 03]. 53: e03451. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
18. Imada KS, Araújo TS, Muniz PT, Pádua VL. Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia na Amazônia. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(77): 1-11.
19. Paz MGA, Almeida MF, Günther WMR. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):188-97.
20. Pezzi NC, Tavares RG. Relação de aspectos socioeconômicos e ambientais com parasitoses intestinais e eosinofilia em crianças da Enca, Caxias do Sul-RS. *Estudos* 2007; 34(11/12): 1041-55.
21. Hossain MJ, Saha D, Antonio M, Nasrin D, Blackwelder WC, Ikumapayi UN, Mackenzie GA, Adeyemi M, Jasseh M, Adegbola RA, Roose AW, Kotloff KL, Levine MM. *Cryptosporidium* infection in rural Gambian children: *Epidemiology and risk*

- factors. PLoS Negl Trop Dis 13(7): e0007607. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007607>
22. Gois LHB, Machado MSM, Costa RSC. Saneamento ambiental: as condições na Ilha de Maré. In: Almeida RO, Neves EL (Org.). Caderno Ambiental Ilha de Maré. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações. 45-66, 2011.
 23. Paiva AS, Carvalho ACC, Reis GS, Silva PP, Alves TCA. Aspectos socioambientais ligados ao mar e aos manguezais da Ilha de Maré. In: Almeida RO, Neves EL (Org.). Caderno Ambiental Ilha de Maré, 1 ed. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011.
 24. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Cloração de Água em Pequenas Comunidades Utilizando o Clorador Simplificado Desenvolvido pela Funasa / Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Funasa, 2014. 36 p.
 25. Teotônio RV, Sousa LSN, Lima LHO, Figueiredo IGA, Cruz TMGA. Anthropometric epidemiological profile and children accompanied by leaders of ministry of child. Rev Enferm UFPI 2015; 4(4): 41-48.
 26. Edward A, Jung Y, Chhorvann C, Ghee AE, Chege J. Association of mother's handwashing practices and pediatric diarrhea: evidence from a multi-country study on community oriented interventions. J Prev Med Hyg 2019; [access 2020 mai 03]. 60: E93-E102. Available from: <https://www.jpmmh.org/index.php/jpmmh/article/view/1088/pdf>

5.2.3 MANUSCRITO 3 – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA CRIANÇA QUILOMBOLA COM DIARREIA AGUDA

Samylla Maira Costa Siqueira, Climene Laura de Camargo

RESUMO

Introdução: O itinerário terapêutico diz respeito aos movimentos dos indivíduos e suas famílias na busca por cuidados em saúde e à motivação para esta busca nos diferentes recursos oferecidos nos subsistemas informal e formal de cuidados. **Objetivo:** Analisar o IT da criança com diarreia aguda em comunidade quilombola. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório, com suporte teórico no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman, conduzido de novembro de 2017 a março de 2020 com 64 quilombolas de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Os dados foram coletados através de roteiro estruturado, por meio de entrevista e analisados pela Técnica de Análise Temática de Bardin. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética sob parecer 3.471.347. **Resultados:** O IT da criança com diarreia aguda na comunidade quilombola de Praia Grande é iniciado a partir do subsistema informal, representado pelos cuidados domiciliares (uso de chás, soro caseiro, solução preparada com sais de reidratação oral e modificações na alimentação), pela rede de suporte social e pela religiosidade. Após utilização dos recursos ofertados no subsistema informal é procurado o subsistema formal de cuidados. **Considerações finais:** O IT da criança com diarreia aguda em comunidade quilombola revelou-se plural e o seu conhecimento é necessário à identificação de características e potencialidades dos indivíduos que habitam os quilombos.

Descritores: Medicina Tradicional. Assistência à Saúde. Diarreia Infantil.

ABSTRACT

Introduction: The therapeutic itinerary (TI) regards to movements of people and their family in the search for health care and the motivation for it in the different resources of informal and formal care subsystems. **Objective:** To analyze the TI of child with acute diarrhea in quilombola community. **Methodology:** Descriptive with qualitative approach study, that uses the Health Care System model of Arthur Kleinman as its theoretical support, carried out from 2017 November to 2020 March with 64 people in quilombola community of Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Data were collected by structured script, through interview and analyzed using the technique of thematic analysis of Bardin. The research was approved by the Ethics Research Committee under number 3.471.347. **Results:** The TI of child with acute diarrhea in Praia Grande arises from informal subsystem, represented by the home care (using tea, solution by combining of salt and sugar, solution prepared using oral rehydration salts and changes in alimentention), by social support network and religiosity. After using of resources of informal subsystem they search the care formal subsystem. **Final considerations:** The TI of child with acute diarrhea in Praia Grande proved to be plural and its knowledge is necessary to identify the characteristics and potentialities of people who live in quilombos.

Descriptors: Medicine, Traditional. Delivery of Health Care. Diarrhea, Infantile.

INTRODUÇÃO

Os constructos da saúde, doença e morte estão em constante reelaboração influenciados por uma série de fatores socioculturais que além de determinar a distribuição das enfermidades, determinam também a organização do sistema de saúde e a busca por cuidados. Diante disso, o adoecimento é dotado de um simbolismo importante e diretamente relacionado à cultura, a qual é formada por crenças, práticas e valores acumulados e moldados pelo tempo¹.

Numa perspectiva biomédica, o adoecimento é caracterizado como um processo natural ao qual está exposto todo ser humano, sendo a doença uma generalidade, que equivale nas diversas instâncias da vida, como no cotidiano, no exame médico e na busca por tratamento². A busca por “horizontes” nos processos de cuidados em saúde, a qual envolve as circunstâncias que cercam o indivíduo – dentre as quais a cultura – faz emergir uma forma de engajamento denominada de Itinerário Terapêutico (IT), o qual explica, simultaneamente, um mundo de práticas e ontologias práticas e é construído através de uma multiplicidade de perspectivas de ação³.

O IT diz respeito a um conjunto de experiências de pessoas e famílias em suas formas de significar e produzir os cuidados a partir de trajetórias em diferentes redes, de modo que compreender o IT e as redes que o compõem consiste em analisar o papel que o encontro entre pessoas possui e que transcende a dimensão biológica e técnica do cuidado ao doente, permitindo o aparecimento de uma dimensão relacional e simbólica imbricada nesses encontros⁴.

Nos estudos sócio antropológicos da saúde, nos quais o IT é um dos conceitos centrais², considera-se necessário compreender o contexto sociocultural do indivíduo³, de forma a evitar a utilização do termo IT como sinônimo de “linhas de cuidado”, pois tal postura além de subsumir os complexos processos que envolvem a escolha de um tratamento, reduz a compreensão da experiência humana⁵ e permite remontar aos primórdios dos estudos sobre IT, nos quais as escolhas dos indivíduos para resolver seus problemas de saúde eram atribuídas a um processo racional baseado na lógica do custo-benefício⁶.

O não entendimento da relação entre saúde e cultura resulta na adoção de práticas reducionistas, que por estarem focadas na doença, negligenciam a expressão sociocultural de cada sujeito e, por conseguinte, culminam no não atendimento (e entendimento) de suas necessidades individuais⁷, mascaradas pela busca pelos serviços de saúde.

Na busca para solucionar um problema de saúde, conforme revelado por Siqueira, Jesus e Camargo⁸, o IT marca um percurso dialético que pode transitar concomitantemente por todo

o Sistema de Cuidados à Saúde descrito por Kleinman⁹, descortinando o pluralismo terapêutico existente nos subsistemas informal e formal de cuidados.

O IT é caracterizado por Alves³ como uma forma de engajamento em uma situação – aguda ou crônica – e que requer aprendizagem. No contexto das situações agudas e com enfoque na infância destaca-se a diarreia como frequente causa de delineamento de IT das famílias, sendo esta apontada como uma das principais causas de busca por serviços de saúde em pediatria¹⁰.

O destaque da diarreia como um importante problema pediátrico consiste na sua caracterização como uma das principais causas de morbidade e a segunda etiologia de óbitos entre crianças, especialmente aquelas menores de cinco anos de idade e que se encontram em regiões subdesenvolvidas¹¹, revelando a suscetibilidade de crianças que habitam locais mais socialmente desfavorecidos, como é o caso das comunidades quilombolas.

Considerando as evidências científicas que apontam para o saneamento inadequado como fator de risco importante para a ocorrência de diarreia¹²⁻¹⁴ e para as comunidades quilombolas como locais com precárias condições socio sanitárias^{8,15,16}, suscetibilizando as crianças destas comunidades à diarreia e suas consequências, faz-se relevante conhecer o IT delineado por quilombolas, dando visibilidade à pluralidade de saberes, práticas e demandas por cuidados⁵, além de permitir desvelar os percalços dos quilombolas na busca por serviços institucionais de saúde, favorecendo uma reflexão acerca da real situação e necessidades destes indivíduos, com potencial de subsidiar o planejamento de estratégias que favoreçam uma assistência qualificada.

É importante salientar que apesar de as produções científicas sobre IT terem crescido exponencialmente no campo da Saúde nas últimas décadas no Brasil¹⁷, em estado da arte sobre as produções brasileiras acerca dos IT, as autoras identificaram a presença de apenas 3 obras acerca desta temática em quilombos, sem que nenhuma tivesse como abordagem específica a diarreia infantil¹⁷, apontando para a ausência de publicações acerca deste tema em comunidades quilombolas e para a necessidade de evidências científicas que fomentem ações estratégicas nestas localidades.

Frente ao exposto, este estudo objetiva analisar o IT da criança com diarreia aguda em comunidade quilombola.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa conduzida de novembro de 2017 a março de 2018 com 29 indivíduos de ambos os sexos na comunidade quilombola de Praia Grande,

Ilha de Maré, Salvador-BA. O estudo teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman⁹.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para seleção dos participantes: ser responsável por alguma criança de até cinco anos que já tenha apresentado algum episódio diarreico, ser habitante de Praia Grande no momento da coleta de dados, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram recrutados por meio da técnica “*snow ball*” e a coleta aconteceu até que se observasse saturação dos dados. Os critérios de exclusão foram ter alguma deficiência verbal ou cognitiva.

Os dados foram coletados através de entrevista, realizada no domicílio do participante, gravada, com duração média de vinte minutos e conduzida por meio de um roteiro estruturado, que constou de questões acerca dos cuidados prestados à criança com diarreia aguda. A análise ocorreu pela técnica de análise temática de Bardin¹⁸, a qual consta das fases de pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 3.471.347. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, estes foram identificados pela letra E seguida do número de ordem de realização das entrevistas (E1 a E64).

RESULTADOS

Após a análise das falas, emergiram as seguintes categorias: Itinerário terapêutico no subsistema informal de cuidados; e Itinerário terapêutico no subsistema formal de cuidados.

Itinerário terapêutico no subsistema informal de cuidados

As falas dos participantes evidenciaram que o IT da criança com diarreia aguda se inicia no subsistema informal de cuidados a partir da avaliação da criança pelos seus responsáveis e da consequente tomada de decisão acerca de qual terapêutica adotar, podendo-se, inclusive, culminar na providência de não ofertar nenhum tipo de intervenção, conforme foi dito por um dos entrevistados:

Não precisa fazer nada, só esperar a diarreia passar (E44)

Quando decidido iniciar o cuidado à criança com diarreia, este se revelou a partir de medidas domiciliares simples e efetivas, como a hidratação:

Eu procuro hidratar bastante ele e dar soro [caseiro] (E6)

Começo dar bastante líquido, água principalmente, água de coco, bastante líquido (E11)

No contexto dos líquidos, substâncias como água de coco são apontadas na literatura como adequadas¹⁹ por restabelecerem o equilíbrio hidroeletrolítico e tal necessidade é reconhecida pelos participantes deste estudo, conforme pode ser averiguado a seguir:

Dou a água de coco pra limpar a barriga (E1)

A gente aqui é assim: quando a criança começa com essas coisas, a gente tem o cuidado de tratar com água de coco, a gente dá água de coco (E8)

Além dos líquidos supracitados, destaca-se o uso dos sais de reidratação oral (SRO) e do soro caseiro como opções simples e eficazes na reposição das perdas hidroeletrolíticas. A importância destes preparados é reconhecida pelos participantes desta pesquisa, como pode ser visto nas seguintes falas:

Eu fiz soro. Fervi a água, coloquei sal e açúcar e deixei esfriar e dei a ela (E26)

Eu não faço soro caseiro, não. Eu deixo pra dar aqueles que a gente compra na farmácia, que é a mesma coisa (E11)

Foram ainda destacados os chás como opções terapêuticas, os quais são preparados e ofertados de acordo com os conhecimentos da população sobre os seus benefícios e indicações de uso:

Eu dei um chazinho de araçá mirim. Prendeu [o intestino], prendeu mesmo (E9)

Fazia um chazinho, como o povo é acostumado aqui na ilha, usar um chazinho de folhas de ervas. Chá de mastruz, erva-cidreira, várias folhas (E22)

Cuidei em casa, com chá caseiro da folha do araçá mirim e da folha de olho do São Gonçalinho também que é bom (E29)

Apesar de ter sido evidenciado o conhecimento acerca da hidratação da criança com diarreia nas falas dos participantes, no contexto da desidratação foi identificado que alguns não têm ciência acerca do que é este problema:

Não sei o que é desidratação (E8, E21)

Não reconhecer os casos de desidratação pode ser caracterizado como um problema porque quando o responsável não tem ciência a este respeito, tal fato pode impedir que o mesmo adote medidas de prevenção e trate adequadamente este agravo, conforme verificado no relato de E20:

Não sei como prevenir a desidratação (E20)

Embora alguns participantes tenham referido não saber o que é a desidratação, outros demonstraram ter conhecimento acerca deste problema ao referirem sinais e sintomas pertinentes a este agravo, além da necessidade de cuidados a crianças para evitar este problema:

Desidratação é quando os meninos estão magrinhos, com os olhos fundos, vomitando... (E22)

Desidratação é quando a criança tem bastante diarreia, vomitando muito, aí fica desidratada, com a pele ressecada aí tem que dar muito líquido para a criança se hidratar (E23)

A diarreia desidrata a criança e tem que dar muita água (E50)

Diante dos sintomas que podem estar associados aos episódios diarreicos, algumas mães optam pela oferta de medicamentos à criança ainda no ambiente domiciliar, como forma de resolver os problemas de saúde sem a necessidade de conduzi-la ao sistema formal de cuidados:

Ele tomou uns medicamentos porque ele vomitava demais. Ele ficou tomando Dramin porque ele vomitava muito, como ele ficou meio arriadinho e teve dores de cabeça, ele tomou remédio normal pra dor de cabeça, paracetamol (E15)

Outra decisão pertinente ao subsistema informal de cuidados diz respeito à modificação no padrão alimentar da criança. Conforme observado nas falas a seguir, os responsáveis se preocupam em ofertar alimentos de melhor qualidade com o objetivo de combater a diarreia e prevenir complicações:

Eu mudei a alimentação dele. Ele começou a comer mais verduras que ajudassem a prender, porque ele já não conseguia mais aguentar nada no estômago, então eu só dei coisas que prendessem mais. Ele tomava muito mingau ainda, eu cortei o mingau, ele começou a comer mais feijão com arroz, mais verduras. Não era todo tipo de merenda que eu dava, e aí foi mudando muita coisa, o açúcar fui cortando, muitas coisas eu cortei. (E15)

Tem que tirar Danone, chocolate, eles [os profissionais do posto de saúde] passaram uma alimentação saudável com frutas e verduras e beber bastante água. Eu dou verdura a ela, macarrão, galinha, feijão e arroz (E7)

Além dos cuidados empreendidos no ambiente domiciliar, destaca-se como uma das características do subsistema informal a fé, que faz parte da cultura de um povo e por muitas vezes norteia o modo como as pessoas conduzem suas vidas. Em muitos momentos, como em situações de doenças, as pessoas rogam por ajuda àquelas divindades em que acreditam, em busca de cura ou ajuda para a solução dos problemas:

Ah, eu fiz oração. Em casa mesmo (E9)

Ainda como recurso do subsistema informal, foi verificado em diferentes relatos menção à rede de suporte:

Me ensinaram várias coisas para poder fazer, dar soro, água de coco... (E10)

Tem pessoas que mandam fazer chá com Melissa (E11)

Itinerário terapêutico no subsistema formal de cuidados

Seja pelo estado agravado das condições de saúde da criança, por dúvidas ou por acreditar que não é possível prestar cuidados domiciliares adequados, alguns responsáveis referiram conduzir seus filhos ao sistema formal de saúde, de modo que eles pudessem receber cuidados médicos e orientações sobre o processo da doença antes de ofertar cuidados do subsistema informal:

A gente levou para o posto (E1)

Coisa pouca assim, que a gente não pode resolver em casa, aí levei pra UPA e lá ele tomou medicamento (E2)

Se meu filho tiver diarreia levo logo no médico (E3)

Poxa, me ensinaram várias coisas para poder fazer, dar soro, dar água de coco, aí o que resolveu mesmo só foi eu levar ela na unidade de emergência (E10)

Não cuidei dela em casa. Levei para o médico (posto da comunidade) porque ela era menorzinha, aí eu fiquei com medo de cuidar em casa (E13)

Também foi revelado pelos depoentes que além do tratamento na unidade de saúde, a família é orientada quanto ao cuidado domiciliar da criança pela oferta dos SRO:

Lá no posto eles deram o saquinho para fazer em casa (E8)

DISCUSSÃO

Arthur Kleinman⁹ reconhece a existência de cuidados de natureza familiar, popular e profissional no Sistema de Cuidados à Saúde, sendo a busca por cada uma destas vertentes norteada principalmente por fatores socioculturais, uma vez que o cuidado com a saúde demanda processos interativos em que aparecem diferentes atores, com a necessidade de desenvolvimento de práticas e habilidades que são adquiridas por cada uma destas pessoas em seus contextos específicos, de modo que o IT é construído a partir de uma multiplicidade de perspectivas de ação³.

Ao se considerar que a doença não é uma realidade única e que nela estão imbuídos diferentes pontos de vista², também a ideia de cuidado tem uma multiplicidade de significados, os quais direcionam a procura para resolução dos problemas de saúde, descortinando a pluralidade de horizontes que existem na construção do IT.

Assim como em outros estudos acerca dos IT^{8,20}, emergiram neste trabalho dois *locus* de cuidados à criança com diarreia aguda: o subsistema informal – representado principalmente pelo domicílio – e o subsistema formal de saúde. Coincidindo com os resultados apresentados em uma pesquisa sobre IT em comunidade quilombola⁸, o domicílio foi identificado neste estudo como o local onde as práticas cuidativas à criança foram iniciadas, tendo como eixos a cultura local e os saberes populares, sendo os cuidados realizados com base em suas crenças e valores¹⁹.

No contexto das crenças, apesar de a diarreia ser apontada como importante causa de morbimortalidade infanti¹¹, em muitas situações, por ser considerada como um problema simples pela população em geral, não é feito nada, de modo que, conforme referido no estudo de Brandt, Antunes e Silva²¹, a maioria dos casos é de leve ou moderada gravidade e não é atendida nos serviços de saúde.

O ato de “esperar passar sem dar nada”, conforme referido no relato de E4 pode ter como consequência a evolução rápida do quadro da criança para uma desidratação, apontada¹⁹ como a principal complicação da diarreia aguda, que pode levar à morte quando não tratada. Diante disso, destaca-se a hidratação da criança com diarreia aguda como uma das intervenções com melhor impacto sobre este problema²¹.

Em se tratando da hidratação, foi citado pelos participantes que os cuidados à criança com diarreia aguda tiveram como porta de entrada o domicílio a partir da oferta de água de coco, soro caseiro e o preparo feito com SRO. A água de coco é um recurso abundante na comunidade onde foi conduzido este recurso, de forma que para além de um fator cultural, sua oferta à criança com diarreia aguda está também atrelada à disponibilidade naquele *locus*, que por ser insular tem em toda sua extensão este produto, sem expensas aos moradores da ilha.

Cabe destacar que apesar de ser caracterizado como um líquido adequado para a reidratação¹⁹ e ser bem aceito pela população em geral²², seu uso deve ser feito com moderação, sendo recomendada sua associação com outros líquidos devido ao baixo teor de sódio da água de coco, em contraste com a perda elevada deste eletrólito a partir das evacuações, sendo o *déficit* de sódio a principal causa de desidratação²³.

Dentre os líquidos destacados, emergiu em diferentes relatos o uso de chás, apontados também em outros estudos²⁴⁻²⁶ como uma medida terapêutica em que a população deposita sua confiança. No contexto do uso de chás na construção de IT, isto se caracteriza como algo marcante no subsistema informal, dado que o conhecimento sobre o uso de chás costuma ser adquirido com gerações anteriores e transmitido para pessoas que compõem o círculo familiar e de amigos²⁵, propagando uma prática cuidativa concernente ao conhecimento popular, especialmente entre comunidades tradicionais, como é caso das quilombolas.

Considerando-se o uso de plantas como uma das formas mais antigas que as pessoas de várias regiões e culturas do mundo utilizam para tratamento de diversas doenças²⁶, o subsistema informal como um relevante local de produção de cuidados e a importância da preservação cultural na construção dos IT, no estudo realizado por Oliveira e Santos²⁵, estas autoras ressaltaram que em alguns casos, com algumas ressalvas, os chás foram recomendados pelos profissionais de saúde, legitimando esta prática como segura, visto que parte de alguém que faz parte da medicina científica, a qual é amplamente aceita entre as pessoas.

Outro líquido destacado em vários relatos foi o soro caseiro, que apesar de ser bastante difundido nos IT de pessoas com diarreia, tem seu uso caracterizado como controverso na atualidade por conta do risco do inadequado preparo e consumo²¹ e por não ser este completo e exato nas dosagens²⁷, podendo potencializar os casos de desidratação.

Corroborando a ideia de inadequação do preparo do soro caseiro, um estudo realizado na Bahia²⁸ com famílias de baixo nível socioeconômico, evidenciou que a quase totalidade das mães participantes conhecia a solução sal-açúcar e a maioria afirmou saber o seu modo de preparo. Contudo, entre aquelas que se dispuseram a preparar a solução, ficou evidenciado que em 50% das amostras analisadas a concentração de sódio estava adequada (entre 30 e

100mmol/l) e a outra metade estava fora dos parâmetros desejáveis (47% com sódio acima de 100mmol/l e 3% com sódio abaixo de 30mmol/l), demonstrando a existência de fragilidades na preparação deste produto.

Destaca-se não ser característica exclusiva da população leiga a inadequação no que concerne ao preparo do soro caseiro, tendo sido esta já evidenciada, inclusive, entre profissionais de saúde, como é possível identificar em um estudo realizado em Minas Gerais²⁹, o qual constatou que menos de 30% dos soros caseiros preparados por Agente Comunitários de Saúde (ACS) estavam com as concentrações adequadas de sódio e glicose, fato caracterizado como preocupante, uma vez que os agentes são responsáveis por propagar o conhecimento em saúde. Esses dados alertam para o fato de o preparo do soro caseiro não ser tão simples como o imaginário popular considera.

Diante das dificuldades associadas ao preparo e consumo do soro caseiro, desde 1971 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam a utilização dos SRO³⁰, também referida entre os participantes desta pesquisa e apontados como os mais assertivos por conterem em sua composição sódio, potássio, citrato e glicose nas concentrações adequadas³⁰.

Em se tratando das estratégias do subsistema informal verificou-se que o IT perpassa pela alimentação, já que foi destacado pelos responsáveis a modificação da alimentação da criança com diarreia na busca por um padrão mais saudável. A literatura a respeito do tema²¹ salienta que em consonância com a hidratação, a nutrição continua a ser uma das intervenções com melhor impacto sobre o curso da diarreia aguda. Diante disso, refere-se que modificações e restrições alimentares devem ser feitas com muita cautela, pois em alguns casos estas podem ser prejudiciais ao se considerar que as funções digestivo-absortivas estão mantidas na quase totalidade das crianças com diarreia aguda e se o aporte calórico ofertado é adequado é mínimo o risco de desnutrição²¹, a qual juntamente à desidratação é apontada como o efeito fisiológico mais importante da diarreia aguda³¹.

Também foram destacadas medidas concernentes ao subsistema formal e apropriadas pelo subsistema informal de cuidados, como é o caso da utilização de medicamentos alopáticos sem controle médico, também evidenciada em outros estudos^{32,33}, inclusive em um sobre IT de quilombolas⁸.

As drogas referidas pelos participantes deste estudo – dimenidrinato, paracetamol e dipirona – tratam-se daquelas cuja aquisição não requer prescrição médica, evidenciando a facilidade que as pessoas têm de adquirir medicamentos alopáticos na construção do seu IT no Brasil, conforme evidenciado em um estudo sobre estoque doméstico e uso de medicamentos

por crianças³⁴, e a boa aceitação da população quanto a esses produtos, o que pode ser explicado em parte pela propaganda de medicamentos apresentada pela mídia que destaca seus benefícios e omite ou minimiza os riscos e os possíveis efeitos adversos, dando a impressão de que são produtos inócuos, especialmente ao público leigo, influenciando-os a consumir como qualquer outra mercadoria³⁵.

Assim como em outras pesquisas sobre IT no subsistema informal de cuidados^{1,8}, nesta foi observada a religiosidade como importante estratégia popular. Estudos apontam a importância da prática religiosa pelo fato de esta ser uma estratégia de recuperação da força consumida pelo processo do adoecimento e mais que um método de cura, é também uma forma de aliviar o sofrimento, auxiliando na recuperação e na convivência com a doença¹.

Em se tratando do IT de comunidades quilombolas, a religiosidade adquire valor peculiar, considerando-se que estas comunidades são um polo propagador de cultura e história dos afrodescendentes e na cultura negra a religião representa uma forma de resistência e uma manifestação cultural³⁶, apesar do sincretismo étnico que percorreu e se mantém na história brasileira visando à aculturação religiosa e política destas comunidades³⁶.

Além de ser uma estratégia de fortalecimento, a religiosidade emerge também como uma importante rede de suporte, dada a aceitação e atenção desprendidas por parte da comunidade religiosa durante os períodos de maior gravidade da doença¹.

Além dos espaços religiosos, outras redes de suporte social emergiram na construção do IT da criança com diarreia na comunidade pesquisada, tendo sido esta rede identificada também em outros estudos sobre IT^{8,37} e referida como um recurso valioso e a principal fonte de ajuda, especialmente entre famílias pobres³⁸. Mais que isso, a tessitura dessas redes se mostra essencial por permitir a construção de um cuidado ampliado e personalizado, especialmente nas situações de adoecimento continuado e prolongado³⁹, revelando-se um verdadeiro sustentáculo na criação de arranjos de cuidados em saúde.

Os membros da rede de apoio, representada principalmente pela família^{37,39}, além de serem importantes por conta dos arranjos cuidativos, revelam-se também essenciais na identificação de problemas e sinais de piora, como a desidratação nas situações diarreicas, referida como a principal complicação desta doença, com necessidade de avaliação do estado de hidratação como uma das primeiras atitudes a serem tomadas na abordagem da criança com diarreia²¹.

A partir da vigilância da criança com diarreia e da identificação de sinais de gravidade que caracterizam a desidratação foi citada pelos participantes a busca pelo subsistema formal

de cuidados, representado pela medicina científica⁹ e tendo como principal representação na comunidade onde foi realizado este estudo o posto de saúde local.

Pelas falas dos entrevistados foi observado que a busca pela rede formal de saúde, também referida em outros estudos sobre IT^{8,37,39} ocorreu após medidas empreendidas no subsistema informal, o que permitiu caracterizar a rede formal de saúde como secundária no contexto dos cuidados à criança com diarreia aguda.

Pelos relatos foi percebido que alguns dos cuidados da medicina formal (como hidratação e recomendação do uso dos SRO) convergiram com as práticas adotadas informalmente, ressaltando a importância de esse subsistema reforçar a autoeficácia dos cuidadores de crianças com diarreia⁴⁰, além de representar o respeito e compreensão à pluralidade cultural que são decisivos para a autoafirmação da identidade quilombola⁴¹.

Não foi identificada nos relatos dos entrevistados menção quanto à orientação por profissionais de saúde dos sinais de alerta para desidratação da criança com quadro diarreico, sendo referido por alguns dos participantes, inclusive, que “não sabem do que se trata” e que “não sabem como reconhecer este problema”. Frente a tal problemática, retoma-se a recomendação do MS⁴² de que os responsáveis pela criança devem ser orientados pelos profissionais de saúde para reconhecimento dos sinais de desidratação, prevenindo este problema no domicílio. Diante disso, destaca-se a importância quanto às orientações dos cuidadores, de forma a prevenir a evolução da diarreia para quadros de desidratação e desnutrição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou uma pluralidade na construção do IT de crianças quilombolas com diarreia aguda, demonstrando os percursos entre o subsistema informal e formal de cuidados, com ênfase no primeiro por ter sido o *locus* onde a maioria dos cuidados foi empreendida, além de ter sido o local de iniciação da assistência.

Assim como foi identificada neste estudo a opção por não dar nada à criança e esperar a cessação do quadro diarreico, também foram observadas práticas cuidativas de forte caráter cultural – como o uso de chás e oração – e também aquelas reconhecidas pela medicina científica como a manutenção de um padrão alimentar saudável e a hidratação da criança com líquidos como água de coco, soro caseiro e as soluções preparadas com os SRO. Destaca-se também o uso de medicamentos alopáticos como um elemento do subsistema formal incorporado pelo informal a partir da automedicação.

Ao revelar o IT de crianças com diarreia aguda em uma comunidade quilombola espera-se dar visibilidade ao contexto sociocultural destas comunidades, favorecendo o conhecimento e identificação das características e potencialidades dos indivíduos que habitam os quilombos, sem reduzir o IT a apenas uma mera reconstituição dos trajetos terapêuticos, mas significá-los, extrapolando os limites da objetificação do saber e da prática biomédicos que, usualmente, ignoram as subjetividades que envolvem os adoecidos na lida com o corpo, saúde doença e cuidado⁴³.

REFERÊNCIAS

1. Manso MEG, Góes LG. Espiritualidade e doenças crônicas: itinerários terapêuticos de pessoas vinculadas a seguros-saúde nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. *Rev. Interespe* 2019; 12:23-39.
2. Alves PC. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 125-146.
3. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais* 2015; 42:29-43.
4. Ruiz ENF, Gerhardt TE. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 185-201.
5. Pinheiro R, Gerhardt TE, Ruiz ENF, Silva Junior AG. O “estado do conhecimento sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 13-24.
6. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Between flows and therapeutic projects: revisiting the notions of lines of care in health and therapeutic itineraries. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(3): 843-51.
7. Silva-Júnior ND, Gonçalves G, Demétrio F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológica. In: III Encontro Baiano de

- Estudos em Cultura. [acesso 2020 15 fev]. Disponível em: <http://www3.ufrb.edu.br/ebecult/wp-content/uploads/2012/04/Escolha-do-itiner%C2%87rio-tera-pe%C3%A7tico-diante-dos-problemas-de-sau%C3%A7de-considerac%C3%B5es-socioantropol%C2%97gicas.pdf>
8. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 179-89.
 9. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparision of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine* 1978; 12:85-93.
 10. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. DATASUS [acesso 2020 fev 3]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
 11. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015; 385(9966):430–40.
 12. Joventino ES, Oliveira BSB, Oliveira RKL, Melo FMS, Oriá MOB, Ximenes LB. Influência de condições socioeconômicas e de saúde em crianças na ocorrência de diarreia infantil. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2019; 8(1):81-92
 13. Oliveira RKL, Oliveira BSB, Bezerra JC, Silva MJN, Melo FMS, Joventino ES. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. *Esc Anna Nery* 2017; [acessado 2020 mai 05]. 21(4): e20160361. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean2177-9465-EAN-2016-0361.pdf
 14. Azage M, Kumie A, Worku A, Bagtzoglou AC. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2016; [acess 2020 mai 03]. 35:13. Available from: <https://jhpn.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s41043-016-0052-2>
 15. Eustachio PFP, Avelar LA, Dias JVL, Queiroz DRM, Murta NMG, Oliveira GHB, Cambraia RP, Pires HHR, Martins HR. Intestinal parasitosis and environmental contamination with helminths and protozoa in a Quilombola community of southeast Brazil. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2019; [acess 2020 mai 04]. 71:1. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e299.pdf>
 16. Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *J. res.: fundam. care. Online* 2015; [acess 2020

- jan 10]. 7(1): 1847-55. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3436>
17. Gerhardt TE, Burille A, Müller TL. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 27-98.
 18. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpr. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
 19. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Departamento Científico de Gastroenterologia. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017, 15 p. [acessado 2019 mai 20]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf
 20. Silva DC, Budó MLD, Schimith MD, Durgante VL, Rizzatti SJS, Ressel LB. The therapeutic journey of people with venous ulcers in outpatient care. *Text Context Nursing*, 2015 Jul-Sep; 24(3): 722-30.
 21. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(6 Suppl 1):S36-S43.
 22. Oliveira BSB, Oliveira RKL, Bezerra JC, Melo FMS, Monteiro FPM, Joventino ES. Social conditions and maternal conducts in the prevention and management of infantile diarrhea. *Cogitare Enfermagem* 2017; 4(22): e50294.
 23. Costa ECTA, Medeiros RLS, Silva DR. Estudo analítico do uso da água de coco verde como repositores de minerais em casos de diarreia. XLVI Congresso Brasileiro de Química, Salvador-BA, 2006. [acesso 2020 fev 18]. Disponível em: <http://www.abq.org.br/cbq/2006/trabalhos2006/4/935-1090-4-T1.htm>
 24. Defani MA, Oliveira LEN. Utilização das plantas medicinais por diabéticos do município de Colorado (PR). *Revista Saúde e Pesquisa* 2015; 8(3):413-21.
 25. Oliveira LPBA, Santos SMA. Conciliando diversas formas de tratamento à saúde: um estudo com idosos na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3):e:3670015.
 26. Pagani CA, Silva BF. Uso popular de plantas medicinais no tratamento da ansiedade. 2016. [acesso 2020 fev 15]. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Claudia-Arruda-Pagani.pdf>

27. Brasil. Ministério da Saúde. O poder do soro contra a desidratação. 2014. [acesso 2020 fev 2]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34333-o-poder-do-soro-contra-a-desidratacao>
28. Sena LV, Maranhão HS, Morais MB. Avaliação do conhecimento de mães sobre terapia de reidratação oral e concentração de sódio em soluções de sal-açúcar de preparo domiciliar. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(6): 481-6.
29. Carmo LF, Pereira LMR, Silva CAM, Cunha AC, Quintaes KD. Concentração de sódio e glicose em soro de reidratação oral preparado por Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17(2): 445-52.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Manual AIDIPI criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 243 p.
31. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Pesquisa relaciona mortalidade infantil e regiões demográficas. 2014. [acesso em 2020 fev 18]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-relaciona-mortalidade-infantil-e-regiões-demográficas>
32. Prado MAMB, Francisco PMSB, Bastos TF, Barros MBA. Use of prescription drugs and self-medication among men. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(3): 594-608
33. Arrais PSD, Bertoldi AD. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50 (suppl 2): 13s.
34. Cruz MJB, Azevedo AB, Bodevan EC, Araújo LU, Santos DF. Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Revista Saúde em Debate* 2017; 41(114): 836-47.
35. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup):733-736, 2008.
36. Schmidt C, Oliveira KP. A religiosidade no Quilombo do Peropava no Vale do Ribeira: distanciamento das raízes africanas e do reconhecimento cultural. *Revista Internacional de Folkcomunicação* 2016; 14(32):39-52.
37. Trad LAB. O campo como exercício reflexivo: emanações de uma etnografia sobre itinerários terapêuticos de famílias negras em Salvador. In: Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, Silva Junior AG (Orgs.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 147-162.

38. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1497-1508.
39. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Networks to care woven by elderly and her family experiencing situations of chronic illness. *Rev Min Enferm.* 2014; 18(2): 356-64.
40. Sabino LMM, Ferreira AMV, Mendes ERR, Joventino ES, Gubert FA, Penha JC, et al. Validação de cartilha para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018;71(suppl 3):1495-502.
41. Custódio ES, Costa CS. Religião, ética e educação: experiências e vivências do Quilombo do Mel da Pedreira no Amapá. *Conjectura: Filos. Educ.* 2018; 23(Esp.).
42. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. [acesso em 2020 fev 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf
43. Canesqui AM. Considerations regarding the experience of illness and suffering. *Ciência & Saúde Coletiva* 2018; 23(8):2466-67.

5.2.4 MANUSCRITO 4 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PREPARO DO SORO CASEIRO EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Samylla Maira Costa Siqueira, Climene Laura de Camargo

RESUMO

Introdução: A diarreia é considerada uma das principais causas de morbimortalidade infantil, especialmente entre crianças menores de cinco anos em países subdesenvolvidos. Medidas simples como a manutenção da hidratação pelo uso do soro caseiro são eficazes na prevenção da desidratação. **Objetivo:** Identificar o conhecimento de quilombolas acerca do preparo do soro caseiro e descrever uma atividade de educação em saúde para orientação sobre a preparação deste elemento na comunidade em questão. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer 3.471.347 e conduzido de novembro de 2017 a março de 2020 com 64 quilombolas de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Os dados foram coletados através de roteiro estruturado, por meio de entrevista e analisados pela Técnica de Análise Temática de Bardin. **Resultados:** Os participantes referiram saber como preparar o soro caseiro, mas nenhum realizou a ação conforme a técnica preconizada pelo Ministério da Saúde. Após realização de atividade em educação em saúde, observou-se que os participantes executaram a ação adequadamente. **Considerações finais:** Apesar de ser considerada uma técnica simples, muitas pessoas não sabem como preparar o soro caseiro. Diante disso, é necessária a realização de atividade de educação em saúde, que neste estudo se mostrou efetiva.

Descritores: Diarreia Infantil. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The diarrhea is considered one of the main causes of infant morbimortality, especially among children under five years old in underdeveloped countries. Simple methods as the maintenance of hydration by using salt and sugar solution are effective in prevention of dehydration. **Objective:** To identify the knowledge of quilombolas about the preparation of salt and sugar solution and to describe a health education activity to guide the preparation of this element in Praia Grande. **Methodology:** Descriptive with qualitative approach study approved by the Ethics Research Committee under number 3.471.347 and carried out with from 2017 November to 2020 March with 64 people in quilombola community of Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Data were collected by structured script, through interview and analyzed using the technique of thematic analysis of Bardin. **Results:** The participants told they know how to make the salt and sugar solution, but anyone made it as advocates the Brazilian Ministry of Health. After realization of health education activity, it was observed that the participants made the action adequately. **Final considerations:** Although the preparations of salt and sugar solution be considered simple, lots of people don't know how to do it. Faced with, it's necessary the realization of health education activity, which was effective in this study.

Descriptors: Diarrhea, Infantile. Health Education. Nursing.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde é caracterizada como uma importante ferramenta na promoção da saúde, envolvendo aspectos teóricos e filosóficos que devem orientar a prática dos profissionais de saúde. Por compreender múltiplas dimensões – política, filosófica, social, religiosa e cultural – é considerada uma temática complexa em sua exequibilidade, devendo ser desenvolvida de maneira dialógica e libertadora¹.

Em comunidades quilombolas, onde além das precárias condições socio sanitárias já reveladas em diferentes estudos²⁻⁷, o acesso aos serviços de saúde é caracterizado como dificultoso^{2,3}, a realização de atividades de educação em saúde assume importância peculiar ao se considerar seu potencial de empoderamento dos sujeitos na promoção da saúde e prevenção de doenças de elevada morbimortalidade, principalmente entre as crianças, como a diarreia aguda⁸.

A diarreia aguda, apontada como uma das principais causas de óbito entre crianças menores de cinco anos, especialmente em países em desenvolvimento⁸, é um agravo de manejo simples e passível de prevenção, sendo imprescindível que a família da criança com esta condição seja envolvida nos cuidados, no sentido de prevenir e tratar as possíveis complicações deste problema, a partir de medidas simples como o preparo do soro caseiro. Apesar da não complexidade na preparação deste elemento, muitos indivíduos não dominam a adequada técnica, como já foi demonstrado em alguns estudos⁹⁻¹², o que pode agravar o quadro da criança.

Destaca-se que na atualidade há controvérsias que envolvem o uso do soro caseiro por conta do risco de inadequação no seu preparo e consumo¹³, o que fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendassem o preparo da solução com os sais de reidratação oral (SRO) em substituição do soro caseiro, já que estes primeiros contêm em sua composição os eletrólitos nas dosagens adequadas, tendo sido caracterizados, inclusive, como uma das intervenções mais importantes do século XX, devido ao grande impacto nos números relativos à mortalidade infantil por diarreia¹⁴.

Inferese, contudo, que quando não se tem acesso aos SRO, o MS refere que o soro caseiro deve ser utilizado¹⁴. Diante disso, em comunidades quilombolas, onde sabe-se que estes sais nem sempre estão disponíveis – pelo difícil acesso e acessibilidade aos serviços de saúde – presume-se que o uso do soro caseiro tem melhores resultados em detrimento do uso somente da água.

Diante destes achados, revela-se a necessidade e relevância do desenvolvimento de atividades de educação em saúde para orientação acerca do preparo do soro caseiro na

comunidade, especialmente quando se trata de estratos populacionais caracterizados como socialmente vulneráveis, como é o caso dos quilombos. Além disso, Oliveira et al¹⁵ discorrem em seu artigo sobre a importância da utilização de ferramentas sociais que auxiliem comunidades quilombolas na conquista pelos seus direitos, promoção da saúde e prevenção de agravos. Diante disso, a academia se configura como importante aliada na promoção da saúde, utilizando-se do intercâmbio de conhecimento com a população local para a construção de saberes que ajudarão na implementação de cuidados simples e essenciais para a qualidade de vida dessa comunidade¹⁶.

Convém referir que estudos acerca do preparo do soro caseiro no Brasil são escassos na literatura, de modo que o único estudo identificado a partir de estado da arte data da década de 1990⁹. Em se tratando da temática educação em saúde para comunidades quilombolas, foi revelado que poucas são as pesquisas acerca desta abordagem¹⁷ e aquelas que tratam especificamente do preparo do soro caseiro nestas comunidades são inexistentes, apesar dos fatores de risco já identificados para a ocorrência de diarreia infantil nestes locais. Tais dados descortinam o ineditismo que orbita a realização e divulgação de trabalhos acerca desta temática, demonstrando a relevância de publicações sobre a educação em saúde para preparo do soro caseiro em comunidade quilombola.

Em relação ao enfermeiro como promotor da educação em saúde, tal ato reflete no estabelecimento de vínculo entre profissional e comunidade, que extrapola a soberania da relação institucionalizada percebida na atualidade, permitindo a esse profissional atingir a efetiva operacionalização das políticas públicas intersetoriais e cumprir o propósito primário da profissão, que é o de oferecer, direta ou indiretamente, um cuidado qualificado e de excelência à população, favorecendo a assistência ao indivíduo e a qualificação da Enfermagem brasileira.

Frente a tais considerações, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento de quilombolas acerca do preparo do soro caseiro e descrever uma atividade de educação em saúde para orientação sobre a preparação deste elemento na comunidade em questão.

METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado de novembro de 2017 a março de 2020 na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.

Participaram da pesquisa 64 indivíduos de ambos os sexos, os quais foram recrutados por meio da técnica “*snow ball*” até que se observasse saturação dos dados. Os critérios de seleção foram: ser responsável por criança de até cinco anos que já houvesse apresentado algum

episódio diarreico, ser habitante de Praia Grande no momento da coleta de dados, ter idade igual ou superior a 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram ter alguma deficiência verbal ou cognitiva.

A técnica de coleta dos dados foi a entrevista, realizada no domicílio do participante, gravada, com duração média de vinte minutos e conduzida por meio de um roteiro estruturado, que constou de questões acerca do preparo do soro caseiro. A atividade de educação em saúde aconteceu logo após as entrevistas na casa do participante. O tratamento dos dados ocorreu pela técnica de análise temática proposta por Bardin¹⁸, a qual consta das fases de pré-análise, exploração dos materiais e tratamento dos dados, inferência e interpretação.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer nº 3.471.347. Para assegurar a confidencialidade dos participantes, estes foram identificados pela letra E seguida do número de ordem de realização das entrevistas (E1 a E64).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados e discutidos a partir de 2 categorias: Conhecimento de quilombolas acerca do preparo do soro caseiro; e Educação em saúde para preparo do soro caseiro.

Conhecimento de quilombolas acerca do preparo do soro caseiro

Ao se considerar que a desidratação é a principal complicação da diarreia aguda¹³, a abordagem terapêutica mais importante para este problema é a reidratação para assegurar a reposição hidroeletrolítica, sendo a terapia de reidratação oral (TRO) considerada pela Organização Mundial de Gastroenterologia (OMG) como capaz de reduzir a necessidade de internação tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento¹⁹. De acordo com orientação da OMS, sempre que possível, a terapia de reidratação deve ocorrer por via oral²⁰.

Embora deva-se dar preferência à solução preparada com os SRO¹⁴, nas situações em que estes sais não estão disponíveis, pode-se ofertar à criança o soro caseiro¹⁴, considerado como um produto de fácil preparo e grande aceitação por parte da população em geral, conforme evidenciado no estudo de Joventino et al²¹, realizado no Ceará com mães de crianças menores de 5 anos, o qual revelou que das crianças que apresentaram episódios diarreicos 57,9%

receberam algum tipo de receita doméstica, tendo sido o soro caseiro referido em 80% dos casos.

Diante da gravidade dos quadros de desidratação na infância, é de grande relevância que os responsáveis por crianças saibam como fazer o soro caseiro, visto que o preparo inadequado do mesmo pode agravar o quadro de desidratação e ocasionar morte de crianças vítimas deste agravo¹².

Apesar de ser considerado de fácil preparo, há pessoas que não sabem fazer este produto, como pode ser verificado nas seguintes falas:

Nunca fiz soro caseiro, não sei fazer (E1)

Já ouvir falar do soro caseiro, mas eu não sei preparar (E3)

Corroborando tal problemática, pesquisas⁹⁻¹² revelaram a inadequação no preparo do soro caseiro. Diante das dificuldades evidenciadas pelas pessoas, é imprescindível a realização de atividades de educação em saúde que ajudem a prevenir erros na medição dos ingredientes deste produto. Nesse contexto, autores¹⁰ referem que devido à possibilidade de erro das medidas dos ingredientes no preparo do soro caseiro, é imprescindível a oferta de uma assistência de qualidade, além do cuidado na transmissão de conhecimentos aos genitores sobre o preparo do soro caseiro, a fim de que estas soluções possam apresentar composição adequada para seu uso durante a diarreia.

Corroborando a citação acima, autores¹² destacam que é de fundamental importância que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, passem por programas de educação permanente para que possam intervir e desenvolver estratégias e ferramentas educativas para orientar os responsáveis quanto às condutas que podem ser alcançadas para prevenção e tratamento da diarreia, além de evitar complicações causadas por este problema, sobretudo a desidratação. Ainda neste direcionamento, estes mesmos autores¹² associam o preparo incorreto do soro caseiro à ausência de instruções sobre a forma correta de prevenção e tratamento dos episódios diarreicos.

Apesar de alguns participantes terem referido não saber como fazer o soro caseiro, outros revelaram ter ciência sobre o seu preparo:

Sei fazer o soro caseiro. Quer dizer, mais ou menos. Toda vez que eu preciso, eu mando minha mãe fazer (E11).

Sei fazer soro caseiro, minha mãe me ensinou (E13).

Mesmo tendo os depoentes referido saber preparar o soro, nenhum deles descreveu o procedimento consoante às recomendações do MS, como mostram as falas abaixo:

Coloco em 1 litro de água eu coloco 1 colher de chá de sal, 1 colher de chá de açúcar e vinagre (E36).

Coloquei água fervida, porque lá não tem água filtrada e diluí o soro dentro, mas eu achei que eu usei muito sal. Acho que eu usei meio quilo de sal e umas quatro colheres de açúcar (E17).

A inadequação nas medidas dos ingredientes do soro caseiro não é particular às pessoas que participaram desta pesquisa. Tal aspecto também foi revelado em outros estudos, como é o caso de um trabalho realizado no interior do Ceará com mães de crianças menores de cinco anos, o qual evidenciou que 91,2% destas preparavam o soro caseiro de maneira imprópria, deixando o produto mais concentrado, o que pode agravar o quadro da desidratação. Tal problemática foi relacionada ao fato de que 65,8% dos genitores referiram não terem recebido instruções sobre a forma correta de prevenção e tratamento da diarreia¹².

Em outra pesquisa (SENA, 2001), realizada em domicílios onde residiam crianças menores de cinco anos, foi demonstrado que mais de 90% das mães sabiam sobre a existência do soro caseiro, além de informarem conhecer a receita e sua forma de preparo. Entretanto, apenas 45,7% descreveram corretamente sua forma de produção, revelando que mais da metade não sabe como forjar esse produto.

Apesar de evidências científicas^{10,12} apontarem para a existência de dificuldades no preparo do soro caseiro, o MS²² salienta que se trata de um produto de fácil acesso e produção, a partir do uso de ingredientes presentes no domicílio, com utilização de 1 litro de água fervida ou filtrada, 1 colher de “sopa” de açúcar e 1 colher de “café” de sal.

Convém destacar que a TRO mal elaborada pode ser danosa à saúde do indivíduo acometido pela diarreia, além de impedir o reestabelecimento do estado de saúde¹¹. Adensando tal aspecto, um estudo realizado na Austrália²³ mostrou que crianças com quadro de diarreia tiveram seu estado de saúde piorado por conta do uso de líquidos de reidratação com concentrações de sódio e glicose acima do desejável, o que pode ser equiparado com os relatos obtidos pelos entrevistados desta pesquisa.

Neste mesmo direcionamento, um estudo realizado em Minas Gerais e São Paulo avaliou líquidos repositores hidroeletrólíticos prontos para consumo, constatando inadequação na discrepância do teor rotulado e quantificado de sódio, potássio e cloreto, o que pode colocar

em risco a saúde do consumidor, visto que as concentrações de sódio e potássio eram favoráveis à hiponatremia²⁴ e desidratação hipotônica.

No que concerne à água a ser utilizada no soro caseiro, refere-se que esta deve ser potável. Na comunidade de Praia Grande não há saneamento básico adequado, de modo que não existe uma rede de esgoto e a água encanada, além de ser uma conquista recente, só está disponível em média 3 vezes por semana, conforme relato dos próprios moradores. Diante disso, é importante o reconhecimento da necessidade de utilizar água própria para consumo humano, fator este que foi percebido nas falas:

A para preparar o soro caseiro pode ser filtrada, fervida ou mineral, só não pode ser da torneira (E64).

Faço com água mineral, fervia um litro de água com colher de chá de açúcar e uma pitada de sal (E15).

A precariedade das condições socio sanitárias não é particular à comunidade de Praia Grande, tendo sido destacada também em outros estudos realizados em comunidades quilombolas⁴⁻⁷. Frente a estes problemas, a comunidade recorre a água depositada em açude, poço ou cisterna, o que indica uma problemática grave, tornando esta população vulnerável às doenças transmitidas por veiculação hídrica²⁵.

Diante dos relatos, ficou conclusivo que nenhum dos participantes do estudo conhecia a adequada forma de preparação do soro caseiro, evidenciando a necessidade de realização de uma atividade de educação em saúde com esta temática.

Educação em saúde para preparo do soro caseiro

Ao se considerar as evidências acima e o fato de a educação em saúde ser a intervenção de maior destaque para a prevenção de agravos evitáveis, como a diarreia infantil, destaca-se a importância do processo educativo na saúde²⁶ e do enfermeiro frente a estas ações, com necessidade de compreensão teórica que envolve essas temáticas por parte destes profissionais¹.

Diante disso, ao serem percebidas nas falas inadequações quanto ao preparo do soro caseiro na comunidade quilombola de Praia Grande, foi idealizada uma atividade de educação em saúde no domicílio, a qual teve como foco a prevenção e tratamento da desidratação infantil secundária à diarreia aguda.

A concentração inadequada dos ingredientes para o preparo do soro caseiro pode prejudicar a criança, causando efeitos deletérios a sua saúde. Sena, Maranhão e Morais¹⁰

discorrem em seu estudo sobre a importância de preparar a solução de sal e açúcar atentando à quantidade deste primeiro ingrediente. Concentrações maiores que 100 mmol/L de sódio podem ocasionar problemas à saúde da criança, como hipernatremia, agravando ainda mais a sua situação de saúde, justificando a importância de ações voltadas ao preparo correto dessa solução.

Após a coleta dos dados, como uma forma de iniciar o processo educativo em saúde, foi formulado o seguinte questionamento a cada um dos participantes: “posso ir na sua cozinha demonstrar como preparar o soro caseiro”? Unanimemente, os participantes aceitaram e foi iniciada a atividade de educação em saúde no domicílio, a qual teve duração de cerca de 20 minutos e foi realizada individualmente com cada um dos entrevistados, de forma a desenvolver uma ação personalizada que considerasse os potenciais de cada um e o seu contexto sociocultural, pois conforme referido na literatura¹, os enfermeiros devem considerar o contexto cultural nos aspectos concernentes à educação em saúde, dado que essa temática reflete diretamente em como as pessoas vivem e se relacionam em sociedade.

As informações transmitidas oralmente aos participantes, referentes à dosagem dos ingredientes para o preparo da solução, foram baseadas no que é preconizado pelo MS¹⁴. Assim, foi solicitado um copo medidor (de liquidificador), água, sal, açúcar e duas colheres, uma “tipo sopa” e outra “tipo cafezinho”¹⁴. Tomou-se como ponto de partida a discussão acerca da água a ser utilizada no preparo do soro caseiro.

A condição da água para realização do soro caseiro é um ponto importante, especialmente ao se considerar que em Praia Grande há água encanada/clorada apenas três vezes por semana, conforme verbalizado pelos moradores. O MS divulgou em 2011 o documento intitulado “Cuidados com água para consumo humano”²⁷, buscando trazer de forma prática a importância da fervura da água na eliminação de bactérias e outros microrganismos nocivos à saúde. É importante salientar que até mesmo a água proveniente de filtros domésticos deve ser fervida e o manejo incorreto desta pode causar diarreia e outras parasitoses²⁷. A maior parte dos depoentes relatou a cloração como método de tratamento da água em seus domicílios, alertando quanto à relevância de reforçar a importância da fervura do líquido para o preparo do soro caseiro.

O documento supracitado²⁷ explica a forma correta de tratamento da água para consumo humano, realizada com a utilização de dois métodos diferentes. No caso de água de procedência duvidosa, deve ser realizada a filtração em filtro – seja ele de pano limpo, papel ou o filtro doméstico – e posteriormente, a água deve ser fervida por 5 minutos. Em casos de a fonte da

água ser conhecida, deve-se filtrá-la da mesma forma e, posteriormente, adicionar duas gotas de hipoclorito de sódio para cada 1 litro de água, deixando em repouso por 30 minutos²⁷.

Após demonstração de como ferver a água e de ser referida a necessidade de a mesma ser colocada em repouso para resfriamento²⁷ foi feita demonstração da medição do sal e do açúcar e adição à água. Preparado o soro caseiro na presença do participante, o mesmo foi orientado sobre como oferecer a solução à criança com diarreia aguda e convidado a reproduzir a ação, realizando todos os procedimentos orientados anteriormente, sendo acompanhado pela pesquisadora ao longo de todo o processo.

A produção da ação orientada teve como intuito analisar a fixação do conteúdo e avaliação da aprendizagem, funcionando como um diagnóstico do conhecimento adquirido pela atividade desenvolvida. Trazendo a avaliação na perspectiva de *feedback*, torna-se possível observar as dificuldades tanto de quem absorve a informação como de quem as transmite²⁸. Essa técnica auxilia na melhoria dos resultados apresentados momentaneamente, além de fazer um diagnóstico para melhorar habilidades futuras²⁹.

Unanimemente, foi percebido que os participantes tanto na prática como teoricamente absorveram o conhecimento compartilhado, revelando a eficácia da atividade desenvolvida e a importância da interação com a comunidade no intercâmbio de saberes, com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos e implementação de cuidados simples e essenciais para a qualidade de vida das pessoas¹⁶.

Atividades dessa natureza representam uma oportunidade de aprendizado, principalmente para adultos cuidadores, já que propõem adequações culturais e sociais às práticas já existentes, através da construção do conhecimento em conjunto¹⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluído este estudo, percebeu-se que apesar de terem referido conhecer a técnica de produção do soro caseiro, nenhum dos depoentes verbalizou o preparo consoante recomenda o MS, sendo a inadequação na medicação do sal e do açúcar os principais problemas identificados.

Diante de tais resultados, procedeu-se à realização de uma atividade de educação em saúde, individualmente com cada um dos participantes, na cozinha do seu domicílio, sendo requisitada reprodução da ação após a demonstração pela pesquisadora, revelando a eficácia da atividade em questão ao se observar que unanimemente os participantes prepararam o soro caseiro adequadamente.

Dados os resultados positivos oriundos da atividade descrita neste estudo, recomenda-se a reprodutibilidade de ações desta natureza, visto que a educação em saúde tem potencial de empoderar a população no autocuidado e no cuidado com as crianças, reduzindo as taxas de morbimortalidade por diarreia infantil nestas localidades. Além disso, ao se considerar a rede de suporte social estabelecida nestas comunidades, infere-se que o processo educativo pode servir de ferramenta de interação social, com compartilhamento das informações obtidas entre os demais integrantes do quilombo, denotando um processo de disseminação do conhecimento, com potencial de abrangência de um grande número de pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(1): 224-30.
2. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 179-89.
3. Siqueira SMC, Jesus VS, Santos LFN, Muniz JPO, Santos ENB, Camargo CL. Quilombo women's perceptions of acute and emergency pediatric care: an approach in the light of Leininger. *Rev enferm UERJ* 2018; [access 2020 fev 20]. 26:e21492. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/21492/26136>
4. Eustachio PFP, Avelar LA, Dias JVL, Queiroz DRM, Murta NMG, Oliveira GHB, Cambraia RP, Pires HHR, Martins HR. Intestinal parasitosis and environmental contamination with helminths and protozoa in a Quilombola community of southeast Brazil. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2019; [access 2020 mai 04]. 71:1. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e299.pdf>
5. Rodrigues E, Cassas F, Conde BE, Cruz C, Barreto EHP, Santos G, Figueira GM, Passero LFD, Santos MA, Gomes MAS, Matta P, Yazbek P, Garcia RJF, Braga S, Aragaki S, Honda S, Sauini T, Fonseca-Kruel V, Ticktin. Participatory ethnobotany and conservation: a methodological case study conducted with quilombola communities in Brazil's Atlantic Forest. *J Ethnobiology Ethnomedicine* 2020; [access 2020 mai 05]. 16:2 (2020). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13002-019-0352-x>

6. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(Suppl 3): 9-16
7. Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; [acess 2020 mai 03]. 53: e03451. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
8. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* 2015; 385(9966):430–40.
9. Carvalho FM, Pereira PMS, Cruz M, Widmer MR, Palomo V, Ribeiro Junior H. A baixa qualidade do soro caseiro em Salvador, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1991; 7(3): 363-69.
10. Sena LV, Maranhão HS, Morais MB. Avaliação do conhecimento de mães sobre terapia de reidratação oral e concentração de sódio em soluções de sal-açúcar de preparo domiciliar. *Jornal de Pediatria* 2001; 77(6): 481-6.
11. Carmo LF, Pereira LMR, Silva CAM, Cunha AC, Quintaes KD. Concentração de sódio e glicose em soro de reidratação oral preparado por Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012; 17(2): 445-52.
12. Oliveira BSB, Oliveira RKL, Bezerra JC, Melo FMS, Monteiro FPM, Joventino ES. Social conditions and maternal conducts in the prevention and management of infantile diarrhea. *Cogitare Enferm.* 2017; 22(4): e50294.
13. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr (Rio J).* 2015; 91(6 Suppl 1):S36-S43.
14. Brasil. Ministério da Saúde. O poder do soro contra a desidratação. 2014. [acesso 2020 jan 15]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34333-o-poder-do-soro-contra-a-desidracao>
15. Oliveira EF, Jesus VS, Siqueira SMC, Alves TA, Santos IM, Camargo CL. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. *Revista gaúcha de enfermagem* 2015; 36:200-6.
16. Siqueira SMC, Jesus VS, Santos ENB, Whitaker MCO, Sousa BVN, Camargo CL. Extension activities, health promotion and sustainable development: the experience of a nursing research group. *Esc Anna Nery* 2017 [acess 2020 jan 20]; 21(1):e20170021. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/en_1414-8145-ean-21-01-e20170021.pdf

17. Jesus CAS, Leite DS, Martins ALF, Batista KNM, Rosário MJA. Educação em saúde para comunidades remanescentes de quilombos. *Revista PET Interdisciplinar e Programa Conexões/UFPA On-line* 2016 [acesso 2020 fev 20]; 1(1): 70-77. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/conexoesdesaberes/article/view/3909/3887>
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
19. World Gastroenterology Organization Global Guideline (WGO). *Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial*. 2012. [acessado 2019 mar 8]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>.
20. Moraes AC, Castro FMM. Diarreia aguda. *JBM* 2014; 102(2): 21-28.
21. Joventino ES, Freitas LV, Vieira NFC, Aquino OS, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Habilidades maternas para prevenção e manejo da diarreia infantil. *Ciencia Y Enfermeria* 2013; 19(2): 67-76.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Doença diarreica aguda (DDA)*. 2017. [acesso 2020 fev 2]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/informes-de-arbovirozes/932-saude-de-a-a-z/doenca-diarreica-aguda-dda>
23. Hornung TS. Hyponatremia after rehydration with sports drinks. *Lancet* 1995; 345(8959): 1243.
24. Silva AA, Rocha CG, Morgano MA, Haj-Isa NM, Quintaes KD. Conformidade da rotulagem de repositores hidroeletrólíticos prontos para consumo de marcas nacionais em relação à legislação brasileira. *Rev Inst Adolfo Lutz* 2009; 2(68): 289-98.
25. Siqueira, SMC. *Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola [dissertação]*. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014.
26. Oliveira RKL, Oliveira BSB, Bezerra JC, Silva MJN, Melo FMS, Joventino E.S. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. *Esc Anna Nery* 2017; 21(4):1-9.
27. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Cuidados com água para consumo humano*. Brasília, 2011.
28. Rocha APM, Barbosa MRLS. Avaliação: uma prática constante no processo de ensino e aprendizagem. *Revista da Católica* 2012; 3:1-12.
29. Turci RH. Feedback – A importância desta técnica na rotina empresarial. *Revista InterAtividade* 2013 [acesso 2020 jan 18]; 1(1). Disponível em: <http://www5.firb.br/editora/index.php/interatividade/article/viewFile/47/6>

5.2.5 MANUSCRITO 5 – PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DIARREIA INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Samylla Maira Costa Siqueira, Climene Laura de Camargo

RESUMO

Objetivo: Verificar se houve modificação no conhecimento quanto à prevenção e manejo da diarreia infantil antes e após uma intervenção educacional. **Método:** Trata-se de um estudo quase experimental, prospectivo, do tipo antes e depois, realizado com 35 responsáveis por crianças menores de cinco anos de idade em uma comunidade quilombola de Salvador, Bahia, Brasil. O instrumento de coleta foi um roteiro estruturado e a análise dos dados ocorreu por meio do Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foram calculadas as frequências e percentuais para as variáveis categóricas. O estudo teve aprovação do comitê de ética sob número de parecer 3.471.347. **Resultados:** O maior nível de conhecimento foi demonstrado no momento da avaliação imediata. Contudo, os depoimentos colhidos na avaliação mediata foram mais assertivos que aqueles identificados no pré-teste. **Considerações finais:** A intervenção em saúde se mostrou eficaz, já que as informações transmitidas foram absorvidas pelos participantes. Diante disso, recomenda-se a reprodução de atividades desta natureza, de forma a contribuir com a redução da morbimortalidade infantil por diarreia e promover a saúde da criança.

Descritores: Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade. Diarreia Infantil. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To examine whether there was modification in knowledge about prevent and management of childhood diarrhea before e after an educational intervention. **Method:** This is a quasi-experimental study, prospective, kind before and after carried out with 35 people responsible for children under five years old in a quilombola community from Salvador, Bahia, Brazil, from October 2019 to March 2020. The instruments for data collection were two structured script and the analysis occurred through the Statistics Program *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) version 21.0. **Results:** The higher level of knowledge was demonstrated in the moment of immediate evaluation. However, the statements obtained in the second evaluation were more assertive than that identified in the pre-test. **Final considerations:** The health intervention has proved effective, since the transmitted information were absorbed by the participants. In addition, it`s recommended the reproduction of activities like this, in order to contribute with the reduction of children morbimortality due to diarrhea and to promote the children health.

Descriptors: Community-Based Participatory Research. Diarrhea, Infantile. Nursing.

INTRODUÇÃO

A diarreia aguda é a segunda principal causa de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos, sendo responsável por cerca de meio milhão de óbitos entre pessoas desta faixa etária anualmente em todo o mundo, especialmente em países de baixa e média renda, figurando como problema de saúde pública global¹⁻⁴.

Dentre os fatores de risco para a ocorrência deste problema, predominam aqueles relacionados à precariedade socioambiental, o que permite caracterizar as variáveis higiênico-sanitárias como fortemente associadas a este problema na infância, como já foi apontado por diferentes estudos⁵⁻¹¹. No contexto do Brasil, os internamentos e óbitos por esta causa no ano de 2019 predominaram no Nordeste (34,6% e 40,8%, respectivamente)¹², revelando que nesta região o risco de morte por diarreia entre crianças menores de cinco anos é cerca de 4 a 5 vezes maior que no Sul do país, representando cerca de 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida¹³.

Dada a contribuição das condições socio sanitárias para a ocorrência dos eventos diarreicos, infere-se que dentro de uma mesma região as crianças não são afetadas de forma horizontal. Assim, na Região Nordeste há comunidades caracterizadas pela vulnerabilidade social e em saúde, estando suas crianças mais expostas a este e outros agravos com potencial risco de óbito do que aquelas de outros estratos sociais desta mesma região.

Dentre estas comunidades, dá-se ênfase aos quilombos por se tratarem de espaços onde há a precariedade socio sanitária, conforme já foi demonstrado em diferentes estudos¹⁴⁻²⁰, permitindo conjecturar que a exposição das crianças quilombolas aos episódios diarreicos é maior que entre indivíduos de outros estratos populacionais e alertando para a necessidade da implementação de ações com potencial de diminuir as vulnerabilidades e favorecer a equidade em saúde para as pessoas destas comunidades.

Considerando-se a importância epidemiológica da diarreia, é essencial a realização de ações para prevenção e adequado manejo deste problema, de forma a evitar a desidratação, apontada²¹ como a principal complicação da diarreia aguda, que pode levar à morte quando não tratada. Além disso, como já foi defendido por autoras²², é fundamental a utilização de ferramentas sociais que auxiliem indivíduos de comunidades quilombolas na conquista pelos seus direitos, promoção da saúde e prevenção de agravos, como é o caso da realização de intervenções educativas com potencial de contribuir na prevenção dos quadros diarreicos infantis e no aprimoramento do cuidado à criança quando este problema já está instalado. No contexto de comunidades tradicionais, as quais têm formas de cuidado peculiares e associadas

aos aspectos culturais, como é o caso dos quilombos, é necessário o conhecimento e respeito à cultura para que as intervenções sejam bem aceitas e efetivas.

Frente a tal problemática, este estudo teve como objetivo descrever uma intervenção educativa para prevenção e manejo domiciliar da diarreia aguda em crianças de comunidade quilombola.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e referencial teórico

Trata-se de um estudo quase experimental, prospectivo, do tipo antes e depois, que como teve suporte teórico a Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger²³.

Cenário e período

A pesquisa foi conduzida na comunidade quilombola de Praia Grande, localizada no município de Salvador, Bahia, Brasil, no período de outubro de 2019 a março de 2020.

Participantes

Foi utilizada amostragem por conveniência com 35 indivíduos, recrutados pela técnica bola de neve (*snowball sampling*), tendo a busca sido feita por meio de “andanças” pela comunidade. Os critérios de inclusão foram: ser responsável por criança de até 5 anos de idade que já tenha apresentado algum episódio diarreico, ser habitante do *lócus* de pesquisa no momento da coleta dos dados, ter idade igual ou superior a 18 anos, aceitar posterior visita da pesquisadora para nova aplicação do questionário inicial e aceitar participar livremente da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos os indivíduos com problemas cognitivos e/ou verbais e aqueles que não dispunham de aproximados 40 minutos para realização da coleta dos dados seguida da intervenção.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob número de protocolo 3.471.347 e CAAE 89242517.2.0000.5531.

Coleta de dados

Protocolo do estudo: foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, ambos construídos para este estudo: a) Instrumento 1: foi constituído de questões acerca da caracterização sociodemográfica dos participantes e sobre a prevenção e manejo da diarreia infantil; b) Instrumento 2: constou de um questionário acerca da prevenção e assistência à criança com quadro diarreico. Os instrumentos foram embasados em material validado sobre a prevenção e manejo da diarreia em crianças²⁴.

Os dados foram coletados a partir de duas visitas domiciliares:

- 1) **Primeira visita:** ocorreu no momento de entrada do paciente na pesquisa, quando foi aplicado o TCLE e após o aceite e a assinatura iniciou-se a pesquisa. Nesta visita foi aplicado um pré-teste por meio do Instrumento 1 e após este, os participantes foram submetidos a uma intervenção educativa em saúde, com entrega e orientação acerca dos seguintes materiais: 1) colher medida para preparo do soro caseiro; 2) cartilha ilustrada e personalizada sobre prevenção e cuidados à criança com diarreia²⁴; e 3) folder sobre o preparo do soro caseiro. Após a intervenção educativa, foi aplicado o Instrumento 2 para avaliação imediata. A primeira visita teve duração aproximada de 40 minutos.
- 2) **Segunda visita:** ocorreu 4 meses após a primeira visita, quando foi aplicado novamente o Instrumento 2 para realização da avaliação mediata. Nesta visita, participaram 24 dos 35 indivíduos que colaboraram com a pesquisa, pois os mesmos não foram encontrados em sua residência no dia da coleta dos dados. Destaca-se que nesta etapa foram reforçadas as orientações prévias. Assim, quando observado que o participante não respondeu ao questionário corretamente, era realizada nova orientação quanto às medidas de prevenção e manejo da diarreia infantil. Esta fase da pesquisa teve duração aproximada de 20 minutos.

Destaca-se que durante todo o processo de coleta dos dados foram considerados os aspectos culturais da comunidade em questão, sendo que a abordagem aos participantes, a entrada nos domicílios e a realização das entrevistas ocorreram respeitando-se o modo de vida daquela comunidade, de forma a evitar o que Leininger tratou na sua teoria como “imposição cultural”²⁵, aqui traduzida no sobrepujamento do saber científico sobre o tradicional que permeia aquela população.

Diante disso, de forma a cumprir os princípios expostos na Teoria de Leininger²³, a implementação das ações ocorreu em conformidade com os hábitos e costumes da comunidade, no sentido de a visita domiciliar ter sido realizada no período matutino (nem muito cedo por conta da pesca/mariscagem, nem muito tarde por conta do horário de buscar as crianças na

escola), ter o pesquisador retirado os calçados no momento de adentrar no domicílio e ter-se adaptado a linguagem à compreensão dos entrevistados.

Análise estatística

Os dados foram processados pelo Programa Estatístico *Statistic Program for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Foram calculadas as frequências e percentuais para as variáveis categóricas.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=35). Salvador-BA, Brasil. Out-Mar, 2019-2020.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	32	91,4
Masculino	3	8,6
Ocupação		
Marisqueiro/pescador	14	40
Autônomo	5	14,2
Desempregado	4	11,4
Não-remunerado	4	11,4
Aposentado	2	5,8
Manipulador de alimentos	2	5,8
Artesão	2	5,8
Empregado com carteira assinada	1	2,8
Dona de casa	1	2,8
Faixa etária		
18-30 anos	25	71,5
31-49 anos	8	22,9
50-70 anos	1	2,8
> 70 anos	1	2,8
Situação conjugal		
Mora junto	14	40
Casado	11	31,4
Solteiro	9	25,8
Divorciado/Separado/Desquitado	1	2,8
Raça/cor		
Preto	24	68,6
Pardo	6	17,2

Negro	2	5,8
Moreno	1	2,8
Sarará	1	2,8
Branco	1	2,8
Religião		
Evangélica	22	62,9
Católica	6	17,2
Nenhuma	5	14,3
Não sabe informar	1	2,8
Benefício do governo		
Programa Bolsa Família	22	62,8
Nenhum	11	31,4
Seguro defeso	2	5,8

Fonte: Dados da pesquisa

Conhecimentos sobre a prevenção e manejo da diarreia antes da intervenção educativa

Conforme pode ser visualizado na Tabela 2, ao serem questionados acerca do conceito, foi observado que a maioria dos participantes (91,4%) compreende a diarreia como um processo em que há diminuição da consistência das fezes. Contudo, no que concerne à frequência das evacuações, foi percebido que a maioria não classifica a diarreia adequadamente, tendo sido a ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas referida por 40% dos participantes. Em relação ao potencial que a diarreia tem de causar óbito infantil, a maioria dos entrevistados (77,1%) reconhece a doença diarreica como causa de mortalidade entre crianças.

Tabela 2 – Respostas obtidas no pré-teste, avaliação imediata e avaliação mediata. Salvador-BA, Brasil. Out-Mar, 2019-2020.

Variáveis	Pré-teste n=35 (%)	Avaliação imediata n=35 (%)	Avaliação mediata n=24 (%)
Definição da diarreia	32 (91,4)	35 (100,0)	23 (95,8)
Quantidade de episódios diarreicos	14 (40,0)	24 (68,6)	12 (50,0)
Higiene das mãos da criança como na prevenção da diarreia	32 (91,4)	35 (100,0)	22 (91,6)
Higiene das mãos do adulto na prevenção da diarreia	32 (91,4)	34 (97,1)	24 (100,0)
Banho na criança como forma de prevenir a diarreia	30 (85,7)	35 (100,0)	22 (91,6)
Cortar as unhas da criança como forma de prevenir a diarreia	29 (82,9)	33 (94,3)	22 (91,6)
Calçar os pés da criança como forma de prevenir a diarreia	33 (94,3)	34 (97,1)	24 (100,0)

Técnica adequada de higiene das mãos	34 (97,1)	35 (100,0)	23 (95,8)
Ciência sobre a possibilidade de utilizar hipoclorito na higiene de frutas e verduras	19 (54,3)	35 (100,0)	22 (91,6)
Uso de hipoclorito na higiene de frutas e verduras como forma de prevenir a diarreia	18 (51,4)	35 (100,0)	19 (79,1)
Medição do hipoclorito para higiene de frutas e verduras	7 (20,0)	27 (77,1)	9 (37,5)
Ciência sobre a possibilidade de utilizar hipoclorito na água de beber	5 (14,3)	35 (100,0)	15 (62,5)
Medição do hipoclorito para a água de beber	1 (2,9)	19 (54,3)	3 (12,5)
Amamentação como uma forma de prevenir a diarreia	28 (80,0)	33 (94,3)	22 (91,6)
Desmame precoce como um fator de risco para diarreia	24 (68,6)	29 (82,9)	20 (83,3)
Potencial da água de beber para causar diarreia	24 (68,6)	33 (94,3)	17 (70,8)
Tratamento da água de beber	29 (82,9)	34 (97,1)	21 (87,5)
Vacina como uma forma de prevenir a diarreia	26 (74,3)	35 (100,0)	20 (83,3)
Tipo de vacina para prevenir diarreia	0 (0,0)	19 (54,3)	1 (4,1)
Importância de conduzir a criança com diarreia ao posto de saúde	25 (71,4)	35 (100,0)	13 (54,1)
Potencial de a diarreia causar o óbito da criança	27 (77,1)	35 (100,0)	23 (95,8)
Importância da solução feita com os SRO	27 (77,1)	35 (100,0)	20 (83,3)
Importância do soro caseiro	32 (91,4)	35 (100,0)	23 (95,8)
Preferência pela solução feita com os SRO	12 (34,3)	31 (88,6)	9 (37,5)
Preparo da solução feita com os SRO	14 (40,0)	31 (88,6)	14 (58,3)
Preparo do soro caseiro	5 (14,3)	22 (62,9)	3 (12,5)
Tempo de oferta das soluções após preparo	7 (20,0)	28 (80,0)	12 (50,0)
Importância de não ofertar compulsoriamente as soluções à criança	18 (51,4)	24 (68,6)	18 (75,0)
Água a ser utilizada no preparo das soluções	28 (82,9)	34 (97,1)	20 (83,3)
Armazenamento das soluções	5 (14,3)	29 (82,9)	6 (25,0)

Fonte: Dados da pesquisa

À indagação das medidas preventivas para os quadros diarreicos infantis, identificou-se que 74,2% dos participantes consideram os procedimentos apresentados na Tabela 2 como importantes na prevenção deste problema, ao passo que 25,8% não consideraram integralmente tais medidas importantes ou não souberam opinar. No que diz respeito à vacinação da criança como uma forma de prevenção dos quadros diarreicos, apesar de 74,3% terem considerado tal medida importante, nenhum dos depoentes demonstrou conhecimento acerca da vacina oral contra rotavírus humano (VORH). Independente disso, ao serem indagados acerca da situação

vacinal de suas crianças, todos os entrevistados afirmaram que o cartão de vacinação estava em dia, permitindo inferir que suas crianças já haviam recebido as duas doses da VORH.

Acerca da higiene das mãos, foi reconhecido pela maioria dos indivíduos (97,1%) que estas devem sempre ser lavadas com água e sabão. Em relação à amamentação, a maioria (80%) caracterizou este ato como importante na prevenção dos quadros diarreicos e a também maioria (68,6%) revelou considerar a oferta de alimentos ao lactente antes dos 6 meses de vida como um possível fator causador de diarreia.

No que concerne à água para consumo humano, foi verbalizado por 68,6% dos entrevistados que esta pode causar a diarreia infantil, ao passo que 31,4% não souberam informar ou não consideraram a água como um meio para a ocorrência deste problema na criança. Para 82,9% dos depoentes, a água de beber pode ser filtrada, fervida ou mineral, 14,2% verbalizaram que esta deve apenas ser mineral e 2,9% referiu a possibilidade de ingestão da água proveniente da torneira sem que esta passasse por nenhuma forma de tratamento.

Em relação ao uso de solução de hipoclorito de sódio a 2,5% como forma de tratamento da água para consumo humano e para uso na água de lavagem de frutas e verduras, foi identificado que 54,3% dos indivíduos reconhecem tal possibilidade no contexto da higiene dos alimentos, e que apenas 14,3% têm conhecimento acerca do uso deste produto para tratamento da água de beber. Contudo, como pode ser verificado na Tabela 2, apenas 20% tem ciência sobre a quantidade a ser adicionada a 1 litro de água em se tratando da higiene de frutas e verduras e somente 2,9% soube responder acerca da quantidade a ser colocada na água de beber.

Quando arguidos sobre os cuidados à criança com diarreia aguda, 11,6% referiram que na ocorrência deste quadro nada deve ser feito, devendo-se esperar sua resolução espontânea; 20% relataram preferir cuidar em casa e 71,4% verbalizaram conduzir a criança ao posto de saúde para recebimento de assistência profissional.

Quanto à oferta de líquidos à criança com diarreia, em se tratando do uso da solução preparada com os sais de reidratação oral (SRO), 77,1% reconheceram sua importância, contudo menos da metade (40%) verbalizou a forma correta de preparo e 65,7% referiu predileção pelo soro caseiro, apesar de apenas 14,3% ter sabido descrever o preparo deste último corretamente, como é possível averiguar na Tabela 2. Em se tratando do tempo de oferta das soluções após o preparo, apenas 20% dos participantes responderam corretamente e a maioria referiu preferir colocar ambas as soluções dentro do refrigerador após sua produção. Também foi demonstrada pela maioria dos participantes (82,9%) que estes reconhecem como deve ser a água para preparo das soluções e que estas não devem ser dadas compulsoriamente à criança pelo risco de provocar vômitos (51,4%).

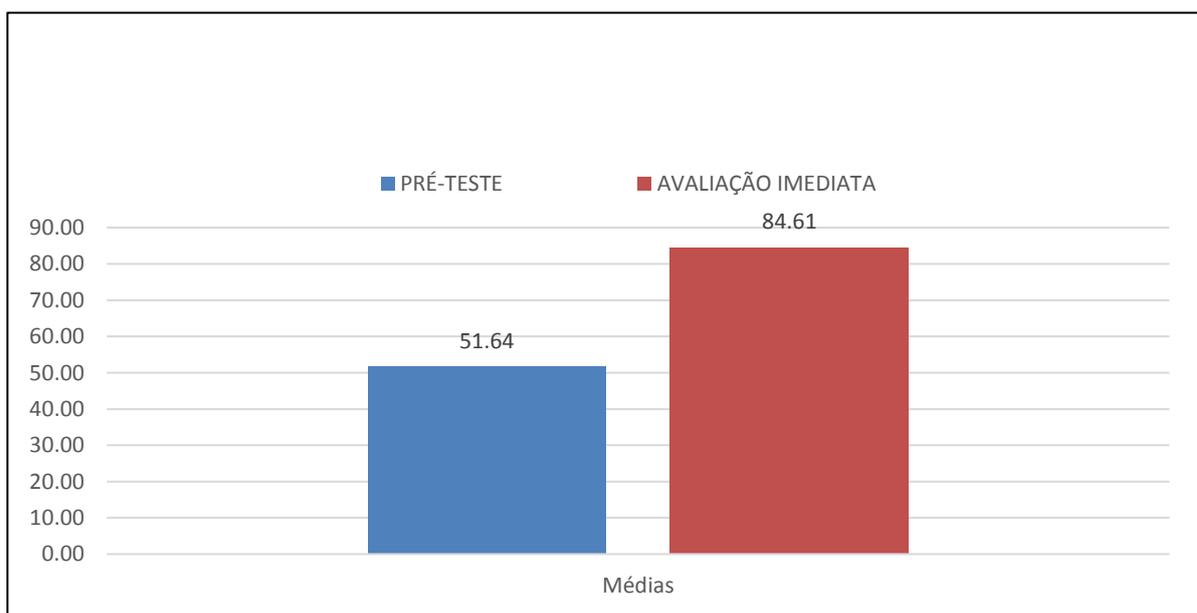
Avaliação imediata da intervenção educativa em saúde

A avaliação imediata da atividade de educação em saúde foi conduzida logo após a intervenção e conforme pode ser observado no Gráfico 1, houve uma evolução positiva em todos os questionamentos acerca da prevenção e manejo da diarreia infantil.

Após a intervenção educativa, 100% dos participantes reconheceram a diarreia como um agravo com potencial de gerar óbito infantil e conforme exposto na Tabela 2, 68,6% responderam adequadamente quando arguidos sobre a frequência evacuatória que caracteriza este problema.

No que concerne à água para consumo humano, 94,3% caracterizaram este produto como potencial causador da diarreia, com necessidade de filtração ou fervura como forma de tratamento quando a água não for mineral (97,1%). Para 2,9%, a água pode ser ingerida diretamente da rede de fornecimento, sem necessidade de filtração ou fervura antes do consumo.

Gráfico 1 – Comparação entre as respostas obtidas no pré-teste e na avaliação imediata.



Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às medidas de higiene a serem adotadas na prevenção dos quadros diarreicos infantis, 94,2% consideraram todas as ações expostas na Tabela 2 como efetivas, ao passo que 5,7% não caracterizaram o ato de cortar a unha da criança e 2,9% não consideraram a higiene das mãos do adulto como formas de prevenir a diarreia infantil. Sobre a higiene das mãos, na totalidade dos discursos foi exaltada a importância do uso do sabão.

Ainda no contexto das ações preventivas, embora 94,3% tenham considerado a amamentação como uma estratégia importante, para 17,1% dos entrevistados não há relação entre a interrupção da amamentação exclusiva antes dos 6 meses de vida e a ocorrência de diarreia em lactentes. Em se tratando da vacinação, a totalidade caracterizou este procedimento como uma forma efetiva de prevenção da diarreia e 54,3% referiu ser esta vacina a VORH.

Quando perguntados sobre a possibilidade de utilização do hipoclorito de sódio a 2,5% na higiene de frutas e verduras, integralmente os entrevistados responderam positivamente e reconheceram seu potencial para esta finalidade, tendo sido a quantidade por eles referida correta em 77,1% dos casos. Em relação ao uso deste produto no tratamento da água para consumo humano, também em 100% dos casos foi obtida resposta positiva e 54,3% souberam responder adequadamente quando indagados acerca da quantidade a ser adicionada a 1 litro de água.

No contexto dos cuidados, após serem orientados sobre a importância de conduzir a criança com diarreia ao posto de saúde para recebimento de orientações, os participantes em sua totalidade revelaram que a condução da criança a esta instituição é o melhor a se fazer. Quanto à oferta da solução preparada com os SRO, após a intervenção em saúde, todos os participantes apontaram ser esta importante e a maioria (88,6%) afirmou ser preferível esta solução ao soro caseiro, tendo sido seu preparo correto em 88,6% dos relatos.

Em se tratando do soro caseiro, sua oferta à criança com diarreia foi apontada como importante por todos os depoentes e 62,9% explicaram adequadamente como preparar esta bebida. Em relação ao tempo de oferta de ambas as soluções após a sua produção, 80% referiram que estes líquidos podem ser oferecidos à criança até 24h depois de produzidos e em 17,1% dos relatos foi mantida a ideia de que estas soluções devem ser armazenadas na geladeira. Cabe destacar que 31,4% dos entrevistados mantiveram o discurso de que a criança deve ser obrigada a ingerir estes líquidos mesmo na presença de vômitos e apenas 2,9% referiram que as soluções podem ser preparadas com água da torneira sem passar por nenhum tratamento.

Quanto à percepção acerca da atividade de educação em saúde, integralmente os entrevistados caracterizaram como positiva devido ao potencial de aprendizado.

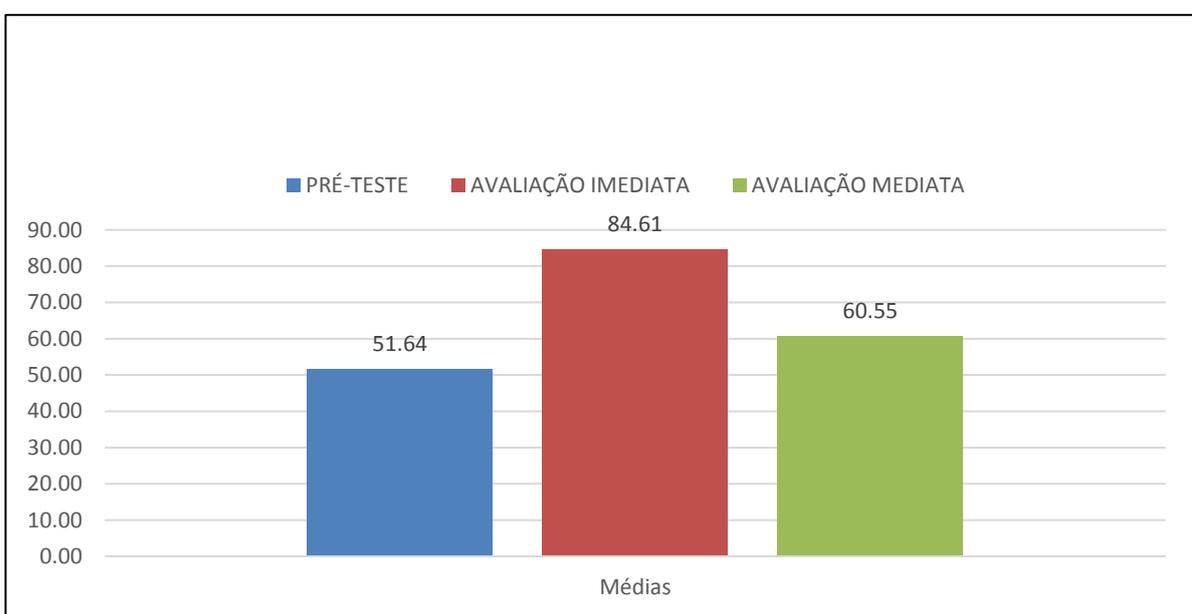
Avaliação mediata da intervenção educativa em saúde

A avaliação mediata foi realizada 4 meses após a intervenção, tendo participado 68,6% (n=24) dos indivíduos que compuseram o universo da pesquisa. Os demais não foram encontrados em seu domicílio (28,5%) e uma participante (2,9%) mudou-se para uma

comunidade vizinha. Destaca-se que nenhum dos participantes encontrados se recusou a participar da etapa mediata.

Na Tabela 2 são apresentadas as respostas obtidas na avaliação mediata e o Gráfico 2 expõe uma comparação no que concerne à evolução das respostas, desde o pré-teste até a avaliação mediata. Em se tratando dos cuidados a serem fornecidos à criança com diarreia aguda, 25% afirmaram não ser necessário ofertar nenhum tipo de cuidado e esperar a diarreia cessar espontaneamente; 20,8% verbalizaram cuidar em casa e 54,1% referiram preferir levar a criança ao posto de saúde para receber cuidados e orientações profissionais.

Gráfico 2 – Comparação entre as respostas obtidas no pré-teste, avaliação imediata e avaliação mediata.



Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme exposto no Gráfico 2, o qual apresenta a média de respostas obtidas no pré-teste, avaliação imediata e avaliação mediata, pode-se observar que os participantes deste estudo demonstraram evolução em suas respostas quando indagados acerca da prevenção e cuidados à criança com diarreia aguda, demonstrando efetividade da intervenção educativa realizada.

Apesar de ter havido uma queda nos acertos da avaliação mediata quando comparados àqueles obtidos na avaliação imediata, em todos os questionamentos no momento da avaliação mediata houve maiores acertos que no pré-teste, exceto nas questões concernentes ao uso de sabão para higiene das mãos (queda de 1,3%) e sobre o preparo do soro caseiro (queda de 1,8%).

DISCUSSÃO

As práticas de saúde desenvolvidas por pessoas em diferentes comunidades têm como ponto de partida os fatores culturais, caracterizados por Madeleine Leininger como parte essencial dos cuidados em saúde²⁶. Diante disso, ao se considerar as influências exercidas pela cultura em todos os aspectos que permeiam a vida das pessoas, inclusive nos significados atribuídos à saúde, doença e cuidados²⁵, atividades de educação em saúde devem ser desenvolvidas considerando-se as expectativas dos receptores, devendo estas serem moldadas aos seus hábitos e costumes para que sejam, de fato, efetivas.

A intervenção educacional é considerada como uma estratégia de empoderamento das pessoas e na área da saúde tem o potencial de contribuir para o autocuidado e para os cuidados à criança, reduzindo a morbimortalidade infantil por causas evitáveis, como é o caso das doenças associadas às condições socioambientais e de higiene, como a diarreia aguda¹³.

Foi observado nas falas que apesar de compreenderem a diarreia como um problema em que há diminuição na consistência do bolo fecal, antes da atividade educativa, houve divergências na caracterização do número de episódios que caracterizam esse problema. Pode-se inferir que o não reconhecimento da diarreia a partir do número de evacuações no período de 24 horas está relacionado ao que Leininger chama de visão de mundo²⁵, de modo que por tal aspecto se tratar de um conhecimento muito técnico, tal compreensão não permeia as vivências dos participantes deste estudo, sendo as características do bolo fecal suficientes para que os responsáveis pelas crianças reconheçam o quadro diarreico e lancem mão de medidas culturalmente embasadas para solucionar tal problema.

Frente a tal situação, destaca-se a necessidade de se adotar o primeiro modo de ação descrito na Teoria Transcultural, ou seja, a “acomodação cultural do cuidado”²⁵, o qual consiste no auxílio às pessoas de uma determinada cultura a se adaptar no que concerne a determinado conceito, neste caso, o de diarreia. Isso é importante ao se considerar que apesar de a diarreia ser uma doença geralmente autolimitada, com necessidade de manejo simples, ela pode culminar em desfechos graves no contexto da saúde da criança²⁷, sendo necessária a compreensão deste problema para que na sua ocorrência os cuidados adequados sejam empreendidos, inclusive a busca pelo serviço de saúde, apontada no primeiro momento da pesquisa como secundária quando comparada aos cuidados domiciliares.

O Ministério da Saúde (MS) traz como estratégia de abordagem profissional aos quadros diarreicos três planos terapêuticos fundamentados na anamnese e exame físico, cuja determinação da estratégia de cuidado depende do estado geral da criança, sendo o Plano A direcionado àquelas sem sinais de desidratação, com retorno orientado ao domicílio e oferta

dos SRO²⁸. Diante disso, destaca-se a importância da condução precoce da criança com diarreia ao serviço profissional, de forma a habilitar a família para os cuidados adequados e prevenir a evolução do quadro.

Em relação à solução preparada com os SRO, foi percebido na realização do pré-teste que os participantes, apesar de terem considerado sua oferta importante à criança com diarreia, não sabem como preparar esse elemento ou consideraram o soro caseiro preferível, tendo sido percebido, inclusive, que a preparação deste último não ocorria consoante as recomendações do MS, alertando para a necessidade de orientação porque ambas as soluções, quando não reparadas adequadamente, podem agravar os episódios diarreicos e acelerar o processo de desidratação, contribuindo para a morbimortalidade infantil por desidratação, apontada na literatura como a principal consequência da diarreia, que pode levar à morte quando não tratada²¹.

No rol das estratégias preventivas, a maioria dos participantes demonstrou reconhecer as medidas de higiene como importantes auxiliares na prevenção deste problema entre crianças. Contudo, alguns referiram que ações como “cortar a unha da criança” e “lavar as mãos do adulto” não eram capazes de prevenir a diarreia infantil, suscitando a necessidade de abordagem deste assunto, dado que as medidas de higiene são necessárias no afastamento dos patógenos causadores de diarreia, sendo necessário, inclusive, a higiene do adulto, de forma a repercutir na saúde da criança.

Destaca-se que na comunidade onde foi realizada esta pesquisa não há saneamento básico e a água clorada só está disponível em alguns dias da semana, conforme relato dos próprios moradores, alertando para a necessidade de discussão sobre o tratamento da água para consumo humano, que a partir dos relatos foi possível notar o desconhecimento acerca da possibilidade do uso de hipoclorito a 2,5% na água para ingestão²⁹ e, inclusive, para a higiene dos alimentos crus, essencial em uma comunidade onde o lençol subterrâneo é contaminado pela falta de uma rede de esgoto.

No contexto da amamentação, também outro ponto discutido nesta pesquisa, foi observado que mesmo após a atividade de educação em saúde alguns dos participantes demonstraram não considerar este ato como forma de prevenção da diarreia no lactente, suscitando a necessidade de maiores discussões a este respeito em momentos como o pré-natal e as consultas de Crescimento e Desenvolvimento, além de outros espaços de promoção da saúde, já que o aleitamento materno, principalmente o exclusivo, é incentivado unanimemente por todas as diretrizes durante os episódios diarreicos, conforme destacado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)²⁸.

Ao se considerar a intervenção educativa como um processo do qual resulta a promoção da saúde, qualidade de vida³⁰ e empoderamento dos indivíduos quando estes são colocados como coautores do processo³¹, destaca-se que após a realização da intervenção em saúde com discussão dos tópicos abordados na entrevista e apresentação e orientação dos materiais educativos, foi observada evolução em todas as respostas, com notável troca de conhecimento entre os partícipes. Diante disso, pode-se afirmar que assim como em outros estudos³²⁻³⁵ que realizaram intervenção educativa como estratégia metodológica, neste, tal escolha se mostrou apropriada por permitir a valorização do conhecimento e a participação dos indivíduos nas ações educativas³².

Frente a tais resultados, pode-se afirmar que agir de forma educativa independe de um espaço físico determinado, suscitando a ideia de que a educação em saúde não deve ter um momento específico para acontecer, rompendo com a cultura compartilhada destas ações como algo fragmentado e realizado em momentos determinados, como grupos educativos ou salas de espera³¹. Além disso, destaca-se a importância de compreender a cultura que permeia o modo de vida das pessoas a quem a atividade é direcionada, sendo tal aspecto necessário ao alcance do cuidado congruente, defendido na Teoria de Leininger como aquele que é coerente com os valores culturais e o contexto de saúde-doença das pessoas³⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o objetivo do estudo foi alcançado à medida que houve interação e troca de experiências entre os integrantes da pesquisa. Apesar de a avaliação imediata ter sido o momento que em mais se observou progresso nas respostas dos participantes, em sua totalidade foi apreendido que a atividade educativa foi capaz de contribuir para promover informação em saúde e empoderamento para o autocuidado, bem como no cuidado à criança com diarreia.

Este estudo teve como limitação a escassez de outras pesquisas acerca desta temática em comunidades com características similares, de forma a permitir a comparação entre os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015; 385(9966):430–40.

2. Bustreo F, Okwo-Bele JM, Kamara L. World Health Organization perspectives on the contribution of the Global Alliance for Vaccines and Immunization on reducing child mortality. *Arch Dis Child* 2015; 100(Suppl 1): S34–S37.
3. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)* 2015;385:117–171.
4. GBD Diarrhoeal Diseases Collaborators. Estimates of global regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect Dis* 2017; 17:909–948.
5. Joventino ES, Oliveira BSB, Oliveira RKL, Melo FMS, Oriá MOB, Ximenes LB. Influência de condições socioeconômicas e de saúde em crianças na ocorrência de diarreia infantil. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2019; 8(1):81-92.
6. Oliveira RKL, Oliveira BSB, Bezerra JC, Silva MJN, Melo FMS, Joventino ES. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. *Esc Anna Nery* 2017; [acessado 2020 mai 05]. 21(4): e20160361. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean2177-9465-EAN-2016-0361.pdf
7. Azage M, Kumie A, Worku A, Bagtzoglou AC. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2016; [access 2020 mai 03]. 35:13. Available from: <https://jhpn.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s41043-016-0052-2>
8. Bühler H.F, Ignotti E, Neves SMAS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(10): 4131-40.
9. Bradatan C, Dennis JA, Flores-Yeffal N, Swain S. Child health, household environment, and temperature and rainfall anomalies in Honduras: a socio-climate data linked analysis. *Environmental Health* 2020; 19:10.
10. Headey D, Palloni G. Water, sanitation, and child health: evidence from subnational panel data in 59 countries. *Demography* 2019; 56: 729–752.
11. Imada KS, Araújo TS, Muniz PT, Padua VL Socioeconomic, hygienic, and sanitation factors in reducing diarrhea in the Amazon. *Rev Saúde Pública* 2016; 50(77): 1-10.
12. Brasil. Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. DATASUS [acesso 2020 fev 3]. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual AIDIPI criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 243 p.
14. Siqueira SMC, Jesus VS, Camargo CL. The therapeutic itinerary in urgent/emergency pediatric situations in a maroon community. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(1): 179-89.
15. Eustachio PFP, Avelar LA, Dias JVL, Queiroz DRM, Murta NMG, Oliveira GHB, Cambraia RP, Pires HHR, Martins HR. Intestinal parasitosis and environmental contamination with helminths and protozoa in a Quilombola community of southeast Brazil. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2019; [access 2020 mai 04]. 71:1. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e299.pdf>
16. Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *J. res.: fundam. care*. Online 2015; [access 2020 jan 10]. 7(1): 1847-55. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3436>
17. Rodrigues E, Cassas F, Conde BE, Cruz C, Barreto EHP, Santos G, Figueira GM, Passero LFD, Santos MA, Gomes MAS, Matta P, Yazbek P, Garcia RJF, Braga S, Aragaki S, Honda S, Sauini T, Fonseca-Kruel V, Ticktin. Participatory ethnobotany and conservation: a methodological case study conducted with quilombola communities in Brazil's Atlantic Forest. *J Ethnobiology Ethnomedicine* 2020; [access 2020 mai 05]. 16:2 (2020). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13002-019-0352-x>
18. Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(Suppl 3):9-16.
19. Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; [access 2020 mai 03]. 53: e03451. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>
20. Siqueira SMC, Jesus VS, Santos LFN, Muniz JPO, Santos ENB, Camargo CL. Quilombo women's perceptions of acute and emergency pediatric care: an approach in the light of Leininger. *Rev enferm UERJ* 2018; [access 2020 fev 20]. 26:e21492. Available from: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21492/2613>

21. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diarreias. 2017. [acesso 2020 jan 30]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/noticias/nid/diarreias/>
22. Oliveira EF, Jesus VS, Siqueira SMC, Alves TA, Santos IM, Camargo CL. Promovendo saúde em comunidades vulneráveis: tecnologias sociais na redução da pobreza e desenvolvimento sustentável. *Revista gaúcha de enfermagem* 2015; 36:200-6
23. Leininger MM. Cultural care diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method. In: Leininger MM, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory*. 2 ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett, p. 1-42, 2006.
24. Sabino LMM, Ferreira AMV, Mendes ERR, Joventino ES, Gubert FA, Penha JC, Lima KF, Nascimento LA, Ximenes LB. Validation of primer for promoting maternal self-efficacy in preventing childhood diarrhea. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2020 fev 28]; 71(suppl 3):1412-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/0034-7167-reben-71-s3-1412.pdf>
25. Leininger MM. *Cultural care diversity and universality: a theory of nursing*. New York (USA): National League for Nursing; 1991.
26. Leininger M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, v.2, n.2, p. 32-39, 1991.
27. Vanzella MF, Kasper KC, Guaragna JBA, Hauschild JA. Diarréia aguda: diagnóstico clínico e tratamento. [acesso 2020 jan 30]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882991/36-diarreia-aguda.pdf>
28. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. 2017. [acesso 2020 jan 30]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf
29. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados com água para consumo humano. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/cuidados_agua_consumo_humano_2011.pdf
30. Mallmann DG, Galindo Neto NM, Sousa JC, Vasconcelos EMR. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6):1763-1772, 2015.
31. Costa DW, Parreira BDM, Borges FA, Tavares DMS, Chaves LDP, Goulart BF. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(1):96-102 jan., 2016.

32. Brusamarello T, Maftum MA, Mantovani MF, Alcantara CB. Educação em saúde e pesquisa-ação: instrumentos de cuidado de enfermagem na saúde mental. *Saúde (Santa Maria)*, Vol. 44, n. 2, p. 1-11, maio/agosto, 2018.
33. Mota DS, Souza Júnior FN, Souza VR, Brito MCC. Pesquisa-ação com grupo de mulheres sobre planejamento familiar: percepção das participantes. *S A N A R E, Sobral*, V.14, n.02, p.79-83, jul./dez. – 2015
34. Anunciação LL, Souza SL, Carvalho RC, Aguiar MGG, Alves ABL. A pesquisa-ação como caminho promissor para intervir frente à violência escolar. <file:///C:/Users/DSITA/Downloads/1776-Texto%20Artigo-6836-1-10-20180703.pdf>
35. Faustino TN, Pedreira LC, Freitas YS, Silva RMO, Amaral JB. Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 jul-ago;69(4):678-85.
36. Leininger MM. *Transcultural Nursing*. New York: Masson Publishing, 1979.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar os objetivos desta pesquisa, percebe-se que os mesmos foram alcançados, uma vez que foram elaboradas, implementadas e avaliadas intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças da comunidade quilombola de Praia Grande.

Para compreensão da prevenção e manejo da DDA em crianças daquela comunidade, na primeira fase da pesquisa-ação, a fase de investigação, foi realizada entrevista estruturada com os participantes, a qual revelou a necessidade de planejamento de intervenção educativa em saúde que contribuísse com o cuidado à criança quilombola com diarreia aguda. Neste sentido, pesquisadora e participante planejaram ações de educação em saúde que permitissem aprimorar o cuidado à criança com quadros diarreicos.

Frente a tais resultados, foram planejadas e implementadas as seguintes ações: oficina de educação em saúde para preparo do soro caseiro e atividade de educação em saúde com distribuição e orientação de materiais educativos e utensílios (cartilha com orientações de prevenção e manejo da diarreia infantil, folder acerca do preparo do soro caseiro, colher medida para preparo do soro caseiro, chinelos infantis oriundos do projeto “Doe um chinelinho e ajude a combater a diarreia infantil” e frasco coletor para realização de exame parasitológico de fezes). Destaca-se que no momento da avaliação mediata desta pesquisa-ação os participantes receberam os resultados do exame parasitológico de fezes de suas crianças e, para aquelas cujos resultados demonstraram presença de cistos, ovos ou larvas de parasitos, os participantes receberam o medicamento adequado à terapêutica da criança, devidamente prescrito por médica pediatra.

Nas fases de avaliação (imediate e mediata) foi possível observar aprimoramento dos conhecimentos dos participantes no que concerne às instruções oferecidas nas atividades educativas, tendo sido estas respostas mais positivas no momento da avaliação imediata que na última avaliação. Contudo, os discursos obtidos na avaliação mediata se mostraram mais coerentes que aqueles observados durante o pré-teste.

Destaca-se ainda que tal atividade foi capaz de aproximar os saberes tradicionais dos científicos, a partir do intercâmbio de experiências entre a comunidade quilombola e a comunidade acadêmica durante toda a pesquisa. Tal interação foi capaz de aprimorar os conhecimentos de ambas as partes (pesquisadora e participantes) e se revelou uma excelente estratégia de interação entre profissional de saúde e população em geral, uma vez que favoreceu a assistência fora do ambiente formal de cuidados e revelou serem as visitas domiciliares uma estratégia muito bem aceita pela população no contexto das atividades educativas em saúde.

É importante salientar que a boa aceitação por parte da comunidade de Praia Grande é reflexo do cuidado empreendido pela pesquisadora no contexto da interação com os participantes, tendo sido todos os contatos entre as partes baseados nos princípios expostos na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, cujo conhecimento é essencial a pesquisadores que desejam se inserir em comunidades tradicionais, como as quilombolas.

Ao adentrar mais uma vez aquela comunidade para realização de uma pesquisa em que ela foi eleita como *locus*, pode-se perceber que passados seis anos de defesa da pesquisa de mestrado realizada naquele ambiente nenhum progresso no sentido das condições socio sanitárias foi realizado naquele lugar, suscitando a necessidade de respostas da gestão municipal quanto às condições precárias de saneamento (falta de uma rede de esgotamento sanitário, oferta de água potável durante todos os dias da semana, coleta regular de lixo em todas as ruas) de Ilha de Maré, de forma a contribuir com a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas e reduzir a morbimortalidade por doenças de fácil prevenção, como é o caso da diarreia aguda, revelada em diferentes momentos desta tese como um dos principais agravos entre crianças que habitam ambientes sanitariamente desfavoráveis, como Praia Grande. Diante disso, esperamos que este estudo, de alguma forma, também tenha dado aos participantes voz e vez para que estes possam expor seu descontentamento acerca das precárias condições com as quais convivem todos os dias.

Conforme demonstrado no Estado da Arte divulgado nesta tese, esta é a primeira pesquisa-ação realizada no Brasil que teve como objeto a diarreia infantil e como *locus* uma comunidade quilombola, o que suscita a necessidade de realização de outras pesquisas que fortaleçam os resultados aqui encontrados e contribuam com o cuidado à criança quilombola em outras realidades brasileiras, especialmente ao se considerar que as ações aqui desenvolvidas se caracterizam como tecnologias leves, de baixo custo, fácil reprodutibilidade e boa aceitação pelos partícipes.

Desse modo, recomenda-se que as ferramentas aqui utilizadas sejam reproduzidas em outros cenários, de forma a aprimorar a prática de enfermagem comunitária e contribuir para a saúde pediátrica no Brasil, reduzindo as taxas de morbimortalidade por situações passíveis de prevenção.

Findado este estudo, são defendidas as seguintes teses: a) É necessário o conhecimento e respeito dos aspectos culturais de determinada população para que as estratégias de educação em saúde a elas direcionadas sejam bem aceitas; b) Na comunidade em questão faltam orientações acerca de medidas de higiene, caracterizadas como simples e eficazes na prevenção dos quadros diarreicos infantis; c) Em comunidades em vulnerabilidade social, a prática da

educação em saúde é imprescindível para a qualidade de vida da população; d) As ações descritas nesta tese se caracterizam como tecnologias leves e de fácil reprodutibilidade em diferentes comunidades; e) A atividade executada foi absorvida pela população porque suas etapas foram embasadas no respeito à cultura da comunidade para quem as ações foram propostas.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, L.R.; CALDEIRA, D.A.M.; PETROIANU, A. Comparação entre história de alergia e infecção em crianças e adolescentes. **Arquivos de Medicina**, v.24, n.1, p.5-8, 2010.
- ALVES, J.E.D. O Programa Bolsa Família e a transição da fecundidade no Brasil. **International Policy Centre for Inclusive Growth**, n.227, 2013. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager227.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2014.
- ALVES, J.E.D. **O Programa Bolsa Família incentiva a fecundidade no Brasil?** Disponível em: <<http://www.brasil-economia-governo.org.br/wp-content/uploads/2011/11/oprograma-bolsa-familia-incentiva-a-fecundidade-nobrasil.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2014.
- ANDRADE, E.C.de.; LEITE, I.C.G.; VIEIRA, M.T.; ABRAMO, C.; TIBIRIÇÁ, S.H.C.; SILVA, P.L. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiologia dos Serviços de Saúde**, v.20, n.3, p. 337-344, 2011.
- AQUINO, T.A.; GUIMARÃES, M.J.B.; SARINHO, S.W.; FERREIRA, L.O.Cardoso. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.12, p. 2853-2861, 2007.
- ARAGÓN, M.; BARRETO, A.; TABBARD, P.; CHAMBULE, J.; SANTOS, C.; NOYA, A. Epidemiologia da cólera em Moçambique no período de 1973-1992. **Revista de Saúde Pública**, v.28, n.5, p. 332-336, 1994.
- ARAÚJO, C.M.A. **Tratamento da diarreia aguda**. 2014. 62f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto. 2014.
- ARAÚJO, T.M.E.de.; DANTAS, J.M.; CARVALHO, C.E.F.; COSTA, M.A.O. Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1), p.1039-1046, 2010.
- ASSIS, A.M.O.; BARRETO, M.L.; SANTOS, N.S.; OLIVEIRA, L.P.M.de.; SANTOS, S.M.C.dos.; PINHEIRO, S.M.C. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO MEIO AMBIENTE. **Perfil do saneamento básico no Brasil**. 2011. Disponível em: <<https://abrampa.jusbrasil.com.br/noticias/2889542/perfil-do-saneamento-basico-no-brasil>>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- A TARDE. **Unidade de Saúde da Família é inaugurada em Ilha de Maré**. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/noticias/1289633-unidade-de-saude-da-familia-e-inaugurada-em-ilha-de-mare>>. Acesso em: 31 jul. 2019.
- BAKONYI, S.M.C.; DANNI-OLIVEIRA, I.M.; MARTINS, L.C.; BRAGA, A.L.F. Air pollution and respiratory diseases among children in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.5, p.1-5, 2004.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**, v. 7, n.2, p.5-25, 2001.

BARBUTI, R.C. Diarreias agudas. Aspectos clínicos, etiológicos e terapêuticos. **Revista Brasileira de Medicina**, v.8, n.34, p. 3-12. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3696>. Acesso em 08 mar. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª reimp. da 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROSO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.35, n.4, p. 256-263, 2014.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos**, v.74, p. 11-15, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2014.

BEZERRA, G.F.B.; SILVA, M.A.C.N.da.; SANTOS, R.M.dos.; HAIDAR, D.M.C.; MUNIZ FILHO, W.E.; ROSA, I.G.; VIANA, G.M.C.; ZAROR, L.C.; NASCIMENTO, M.D.S.B. Avaliação da resposta IgE para o entendimento do papel de fungos do ar na alergia respiratória em crianças. **Braz J Allergy Immunol**, v.2, n.3, p.119-24, 2014.

BEZERRA, V.M.; MEDEIROS, D.S.de; GOMES, K.O.; SOUZAS, R.; GIATTI, L.; STEFFENS, A.P. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1835-1847, 2014.

BRAGA, CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.31, n.3, p.498-516, 1997.

BRANDT, K.G.; ANTUNES, M.M.C.; SILVA, G.A.da. Acute diarrhea: evidence-based management. **Jornal de Pediatria**, v. 91, Suppl 1, p: S36-S43, 2015.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de novembro de 2003.

_____. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004. <http://www.mds.gov.br/acesso-ainformacao/legislacao/bolsafamilia/leis/2004/Lei%2010836.pdf/download>

_____. **Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007**. 2007c. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, cria o Comitê Interministerial de Saneamento Básico, altera a Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979, a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília-DF, 05 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia.** – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **O que é a BVS.** 2014b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em 06 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília, 2012a. 290p.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília, 2013a. 292p.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2019. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 08 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Diarreia e desidratação.** 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/214_diarreia.html>. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças diarreicas agudas: causas, sintomas, tratamento e prevenção.** S.D.a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-diarreicas-agudas>>. Acesso em: 06 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Vacina rotavírus humano G1P.** S.D.c. disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=5044802015&pIdAnexo=2669080>. Acesso em: 29 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde.** 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 705 p.

_____. Ministério da Saúde. **Higiene é a melhor forma de evitar vermes.** 2012b. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/30179-higiene-e-a-melhor-forma-de-evitar-vermes>>. Acesso em: 29 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia.** S.D.b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Manual AIDIPI criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico]** /Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 243 p.

_____. Ministério da Saúde. **O poder do soro contra a desidratação.** 2014a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/570-destaques/34333-o-poder-do-soro-contr-a-desidracao>>. Acesso em: 30 mar. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. 48p.:il.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, 2014c. 208 p. Disponível em:<
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

_____. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45 e 46.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças diarreicas agudas**. 2007a. Disponível em: <
<http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/publicacoes/Manual%20de%20Diagnostico%20e%20Tratamento%20das%20DDA.pdf>>. Acesso em 08 mar. 2019.

BRITO, M.E.M.de; DAMASCENO, A.K.C.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, L.J.E.S. A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 321-325, 2010.

BUARQUE, G.C. **Verão exige mais atenção aos alimentos**. Disponível em: <
<https://www.folhape.com.br/noticias/noticias/cotidiano/2019/01/11/NWS,92963,70,449,NOTICIAS,2190-VERAO-EXIGE-MAIS-ATENCAO-AOS-ALIMENTOS.aspx>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; DENARDIN, J.M.; RESSEL, L.B.; BORGES, Z.N. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 90-96, 2008.

BUENO, F.F.; FONSECA, A.R.; BRAGA, F.A.; MIRANDA, P.S.C. Qualidade do ar e internações por doenças respiratórias em crianças no município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v.32, n.2, p.185-189, 2010.

BÜHLER, H.F.; IGNOTTI, E.; NEVES, S.M.A.S.; HACON, S.S. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4131-4140, 2014.

CAMPOS, J.M.S. **Religião no Quilombo: Relações entre candomblecistas e evangélicos em Mangueiras (MG)**. 2012. Disponível em: <www.abant.org.br/file?id=664>. Acesso em: 17 nov. 2013.

CAMPOS, M.R.; VALENCIA, L.I.O.; FORTES, B.P.M.D.; BRAGA, R.C.C.; MEDRONHO, R.A. Distribuição espacial da infecção por *Ascaris lumbricoides*. **Rev Saúde Pública**, v.36,n.1, p.69-74, 2002.

CANÇADO, T.C.L.; SOUZA, R.S.de.; CARDOSO, C.B.S. Trabalhando o conceito de Vulnerabilidade Social. In: **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais ABEP**, 2014, São Pedro. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/abep.info/files/trabalhos/trabalho_completo/TC-10-45-499-410.pdf>. Acesso em 05 abr. 2019.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Catálogo de teses e dissertações**. Disponível em: <<https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#/>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

CAPUTO, S.G.; PASSOS, M. Cultura e conhecimento em terreiros de candomblé – lendo e conversando com Mãe Beata de Yemonjá. **Currículo sem Fronteiras**, v.7, n.2, p. 93-111, 2007.

CARDIM, M.G. **Adoecer e adolecer com HIV/Aids: experiências de trajetórias terapêuticas**. 2012. 145f. Tese (Doutorado) - Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz: Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2012.

CASTELO, T. M.; SALGADO, M. Diarreia aguda na criança. 3ª parte: tratamento e outros aspectos práticos. **Saúde Infantil**, v.31, pp. 111-118, 2009.

CATANI, A.M.; HEY, A.P.; GILIOLI, R.S.Porto. PROUNI: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? **Educar, Curitiba**, n. 28, p. 125-140, 2006.

CAUÁS, R.C.; FALBO, A.R.; CORREIA, J.B.; OLIVEIRA, K.M.M.de.; MONTENEGRO, F.M.U. Diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, Supl 1, S77-S83, 2006.

COSTA, E.C.T.A.; MEDEIROS, R.L.S.; SILVA, D.R. Estudo analítico do uso da água de coco verde como repositores de minerais em casos de diarreia. In: **XLVI Congresso Brasileiro de Química**, 2006, Salvador. Disponível em: <<http://www.abq.org.br/cbq/2006/trabalhos2006/4/935-1090-4-T1.htm>>. Acesso em 28 mar. 2019.

COSTA, F.F.; LUCHS, A.; CILLI, A.; MORILLO, S.G.; CARMONA, R.C.C.; TIMENETSKY, M.C.S.T. Rotavírus em comunidades indígenas sul-americanas. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v.65, n.2, p.73-77, 2006.

COSTA, S.M.; GOSHIMA, S.; FAGUNDES-NETO, U. Etiopatogenia da diarreia persistente. **Rev Paul Ped.**, v.17, p.123-34, 1999.

CROCE, M.; VASCONCELOS, D.M.; MANSO, E.R.C.; DUARTE, A.J.S. Poluição ambiental e alergia respiratória. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.31, p.144-153, 1998.

CUNHA, G.M.; MORAES, L.R.S.; LIMA, A.G.D.; MATTOS, P.S.M.S.; FREDIANI, D.A. Prevalência da infecção por enteroparasitas e sua relação com as condições socioeconômicas e ambientais em comunidades extrativistas do município de Cairú - Bahia. **REEC – Revista Eletrônica de Engenharia Civil**, v.7, n.2, 27-36, 2013.

DAL'VESCO, M.F. **População quilombola: ensaios para inclusão dos (in)visíveis**. 2006. Disponível em: 208 <http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/285/PopulacaoQuilombolaEnsaioParaIncluSaoDosInvisiveis.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

DAMAZIO, S.M.; LIMA, M.S.; SOARES, A.R.; SOUZA, M.A.A. Intestinal parasites in quilombola community of Northern State of Espírito Santo, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.**, v.55, n.3, p.179-183, 2013.

DINIZ, L.M.P.; FIGUEIREDO, B.C.G. O sistema imunológico do recém-nascido. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 24, n.2, p. 233-40, 2014.

ERDTMANN, B.K.; ERDMANN, A.L. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.5, p. 523-527, 2003.

FAÇANHA, M.C.; PINHEIRO, A.C. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.49-54, 2005.

FERNANDES, F.M.F.A.; TORQUATO, I.M.B.; DANTAS, M.S.A.; PONTES JÚNIOR, F.A.C.; FERREIRA, J.A.; COLLET N. Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.4, p.133-41, 2012.

FERREIRA, E.P.; FERREIRA, J.T.P.; PANTALEÃO, F.S.; FERREIRA, Y.P.; ALBUQUERQUE, K.N.; FERREIRA, T.C. Abastecimento de água para consumo humano em comunidades quilombolas no município de Santana do Mundaú – AL. **Revista Brasileira de Geografia Física**, v.07, n.06, p.1119-1125, 2014.

FERREIRA, L.G.B. Terapia de hidratação venosa. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, ano 10, p. 73-85, 2011.

FERREIRA, N.S.A. As pesquisas denominadas “estado da arte”. **Educação & Sociedade**, São Paulo, ano 23, n. 79, p.257-272, 2002.

FÓRUM ALTERNATIVO MUNDIAL DA ÁGUA (FAMA). **A falta de saneamento básico é grande ameaça à saúde pública no Brasil**. 2018. Disponível em: < <http://www.fenae.org.br/portal/fama-2018/noticias/a-falta-de-saneamento-basico-e-grande-ameaca-a-saude-publica-no-brasil.htm>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

FREITAS, D. B.; SILVA, J. M.; GALVÃO, E. F. C. A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.30, n.2, p.89-105, jan. 2009.

FRIEDMAN, J.N.; GOLDMAN, R.D.; SRIVASTAVA, R.; PARKIN, P.C. Development of a clinical dehydration scale for use in children between 1and 36 months of age. **The Journal of Pediatrics**, p. 2002-2017, 2004. Disponível em: < [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(04\)00431-7/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(04)00431-7/fulltext) >. Acesso em 04 abr. 2019.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES – FCP. **Comunidades remanescentes de quilombos**: quadro geral por estados e regiões: certidões expedidas. 2018. Disponível em: <http://www.palmars.gov.br/comunidades-remanescentes-de-quilombos-crqs>. Acesso em 08 mar. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Pesquisa relaciona mortalidade infantil e regiões demográficas**. 2014. Disponível em: < <https://agencia.fiocruz.br/pesquisa-relaciona-mortalidade-infantil-e-regioes-demograficas>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FUNDATO, C.T.; PETRILLI, A.S.; DIAS, C.G.; GUTIÉRREZ, M.G.R.de. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p. 197-208, 2012.

GHADIRIAN, E.; CROLL, N.A.; GYORKOS, T.W. Sociocultural factors and parasitic infections in the Caspian litoral region of Iran. **Trop. Geog. Med.**, v.31, p.485-491, 1979.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 375p.

GEROLOMO, M.; PENNA, M.L.F. Cólera e condições de vida da população. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.4, p.342-347, 2000.

GOIS, L.H.B.; MACHADO, M.S.M.; COSTA, R.S.C. Saneamento ambiental: as condições na Ilha de Maré. In: ALMEIDA, R.O.de; NEVES, E.L.das (Org.). **Caderno Ambiental Ilha de Maré**. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. p.45-66.

GOMES, K.O.; REIS, E.A.; GUIMARÃES, M.D.C.; CHERCHIGLIA, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p. 1829-1842, 2013.

GRITTEM, L.; MEIER, M.J.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.765-70, 2008.

GUERRERO, A.F.H.; SILVA, D.O.; TOLEDO, L.M.; GUERRERO, J.C.H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.16, n.2, p.103-110, 2007.

GUIMARAES, A.J.A.; CARVALHO, D.F.de; SILVA, L.D.B.da. **Saneamento básico**. 2007. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/institutos/it/deng/leonardo/downloads/APOSTILA/Apostila%20IT%20179/Cap%203.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GUIMARÃES, Z.A.; COSTA, M.C.N.; PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.de. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, p. 473-478, set-out, 2001.

HART, E.; BOND, M. Action research for health and social care: a guide to practice. **Manchester: Open University Press; 1995.**

HEINEN, M. **Norte e Nordeste têm menor taxa de domicílios com acesso a saneamento**. 2017. Empresa Brasil de Comunicação S/A – EBC. Disponível em: <<http://radioagencianacional.ebc.com.br/direitos-humanos/audio/2017-07/norte-e-nordeste-tem-menor-taxa-de-domicilios-com-acesso-saneamento>>. Acesso em 08 mar. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, A.L. (Org.). Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2020.

_____. **Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil**. 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&idnoticia=2125&view=noticia>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Secretaria de Assuntos Estratégicos da República Federativa do Brasil. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. 2015. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2019.

ISHIZAKI, T.; KOIZUMI, K.; IKEMORI, R.; ISHIYAMA, Y.; KUSHIBIKI, E. Studies of prevalence of Japanese cedar pollinosis among residents in a densely cultivated area. **Ann Allergy**, v.58, p.265-270, 1987.

JESUS, C.A.S.de.; LEITE, D.S.; MARTINS, A.L.F.; BATISTA, K.N.M.; ROSÁRIO, M.J.A. Educação em saúde para comunidades remanescentes de quilombos. **Revista Conexões de Saberes UFPA online**, v.1, n.1, p. 70-77, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/conexoesdesaberes/article/view/3909/3887>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

JOVENTINO, E.S.; FREITAS, L.V.; VIEIRA, N.F.C.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Habilidades maternas para prevenção e manejo da diarreia infantil. **Ciencia Y Enfermeria**, v.19, n.2, p. 67-76, 2013.

JOVENTINO, E.S.; SILVA, S.F.da.; ROGERIO, R.F.; FREITAS, G.L.de.; XIMENES, L.B.; MOURA, E.R.F. Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semi-árido brasileiro. **Texto Contexto Enfermagem**, v.19, n.4, p.691-699, 2010.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v.12, p. 85-93, 1978.

KOCHERGIN, C.N.; PROIETTI, F.A.; CÉSAR, C.C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.7, p.1487-1501, 2014.

LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p.173-181, 2010.

LEININGER, M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. **Journal of Transcultural Nursing**, v.2, n.2, p. 32-39, 1991a.

LEININGER, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, v.13, n.3, p. 189-192, 2002.

LEININGER, M.M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991b.

LEININGER, M.M. Culture Care Diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method. In: LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2 ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett, 2006. p. 1-42.

LEININGER, M.M. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. **Nursing Science Quarterly**. v.1, n.4, p. 152-160, 1988.

LEININGER, M.M. **Transcultural Nursing**. New York: Masson Publishing, 1979.

LEITE, R.C.M.; GUIMARÃES, E.C.; LIMA, E.A.P.de.; BARROZO, M.A.S.; TAVARES, M. Utilização de regressão logística simples na verificação da qualidade do ar atmosférico de Uberlândia. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v.16, n.1, 2011.

LUKACIK, M.; THOMAS, R.L.; ARANDA, J.V. A meta-analysis of the effects of oral zinc in the treatment of acute and persistent diarrhea. **Pediatrics**, v.121, p.336-336, 2008.

MACHADO, M.S.M.; ALMEIDA, R.O.de. Fontes e poços de água da Ilha de Maré, Salvador-BA: aspectos históricos, geográficos, socioculturais e físico-químicos. **Revista Candombá – Revista Virtual**, v. 4, n. 2, p. 111-145, jul – dez 2008. Disponível em: <<http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/Michele2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

MACIEL, A.B.C.; FELIPE, J.A.; LIMA, Z.M.C. **Revista OKARA: Geografia em Debate**, v.9, n.3, p.524-541, 2015.

MARQUES, A.S.; CALDEIRA, A.P.; SOUZA, L.R.; ZUCCHI, P.; CARDOSO, W.D.A. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, p. 154-161, 2010.

MARQUES, A.S.; FREITAS, D.A.; LEÃO, C.D.A.; OLIVEIRA, S.K.M.; PEREIRA, M.M.; CADEIRA, A.P. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.02, p. 365-371, 2014.

MARQUES, F.C.; SANCHES, B.; GUERREIRO, A.; NUNES, F.; AZEREDO, P. Abcesso hepático amebiano em idade pediátrica - um caminho do intestino ao fígado. **GE Port J Gastroenterol.**, v.21, n.5, p.208-211, 2014.

MELO, R.M.B.de.; LIMA, L.S.de.; SARINHO, E.S.C. Relationship between home environmental control and exacerbation of asthma in children and adolescents in the city of Camaragibe in the state of Pernambuco, Brazil. **J Bras Pneumol**, v.31, n.1, p.5- 12, 2005.

MENEZES, M. FIOCRUZ. **Infecção com vermes intestinais tem associação com forma grave de leishmaniose**. 2016. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/noticia/infeccao-com-vermes-intestinais-tem-associao-com-forma-grave-de-leishmaniose> >. Acesso em: 07 ago. 2019.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Bolsa Família tem maior impacto na redução da pobreza, com menor custo do mundo**. 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/outubro/bolsa-familia-tem-maiorimpacto-na-reducao-da-pobreza-com-menor-custo-do-mundo>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

MONTEIRO, L. **Nesta época de frio, as doenças respiratórias aproveitam para atacar**. Disponível em: < <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2014/07/23/noticias-saude,192000/nesta-epoca-de-frio-as-doencas-respiratorias-aproveitam-para-atacar.shtml> >. Acesso em: 27 mar. 2019.

MORAES, A.C.; CASTRO, F.M.M. Diarreia aguda. **JBM**, v.102, n.2, p. 21-28, 2014.

MORAIS, A.C. **O cuidado às crianças quilombolas no domicílio à luz da teoria transcultural de Leininger**. 2013. 199 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

MORAIS, M.B.; TAHAN, S.; MELLO, C.S. **Diarreia aguda: probióticos e outros coadjuvantes na terapêutica**. Atualidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma 2012. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 539-549.

MOTA, C.S.; TRAD, L.A.B. A Gente Vive pra Cuidar da População: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.2, p. 325-337, 2011.

MOTA, J.J.P.; SOUSA, C.D.S.S.; SILVA, A.C.da. Saneamento básico e seu reflexo nas condições socioambientais da zona rural do Baixo Munim (Maranhão). **Caminhos de Geografia - revista online**, v.16, n.54, p.140-160, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/dsita.SAUDE/Downloads/26850-Texto%20do%20artigo-124446-1-10-20150721.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MOTTA, M.E.F.A.; SILVA, G.A.P.da. Diarreia por parasitas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 2, n.2, p.117-27, 2002.

MOURA, D.F.G.de; SANTOS NETO, A.O.dos; ALMEIDA, R.O.de. A etnologia das marisqueiras da Comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. **Candombá Revista Virtual**, v.4, n.2, p. 91-110, 2008. Disponível em: <<http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/DiogoeAristotelino2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

MOURA, J.A.R.; CAMARGOS, P.A.M.; BLIC, J. Tratamento profilático da asma. **J Pediatría**, p.97-112, 2002.

MUNDO ESTRANHO. Por que se usa sal, açúcar e água na preparação do soro caseiro? 2018. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/mundo-estranho/por-que-se-usa-sal-acucar-e-agua-na-preparacao-do-soro-caseiro/>>. Acesso em: 29 jul. 2019.

NASCIMENTO FILHO, D.G.; CASTRO, D.A.de. Influência das fossas sépticas na contaminação do manancial subterrâneo por nitratos e os riscos para os que optam pelo auto abastecimento como alternativa dos sistemas públicos de distribuição de água. In: **23º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental**, 2005. Disponível em: <www.bvsde.paho.org/bvsacd/abes23/II-376.pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

NERY, T.C.S. Saneamento: ação de inclusão social. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p.313-321, 2004.

NEUPANE, B.; JERRETT, M.; BURNETT, R.T.; MARRIE, T.; ARAIN, A.; LOEB, M. Long-term exposure to ambient air pollution and risk of hospitalization with community-acquired pneumonia in older adults. **Am J Respir Crit Care Med.**, v.181, n.1, p.47-53, 2010.

NEVES, E.L.das.; ALMEIDA, R.O.de.; COSTA, R.S.C.; CAVALCANTE, M.B.; MARTINS, L. Modo de vida dos moradores de Ilha de Maré. In: ALMEIDA, R.O.de.; NEVES, E.L.das. **Caderno ambiental Ilha de Maré**. 1 ed. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. Cap. 2, p. 35-66.

NICOLUSSI, F.H.; SANTOS, A.P.M.dos.; ANDRÉ, S.C.S.; VEIGA, T.B.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Air pollution and respiratory allergic diseases in schoolchildren. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.2, p.326-330, 2014.

NOZAKI, T.; ACA, I.S.; OKUZANA, E.; MAGALHÃES, M.; TATENO, S.; TAKEUCHI, T. Zymodemes of *Entamoeba histolytica*, isolated in Amazon and the Northeast Regions of Brazil. **Trans R Soc Trop Med Hyg**, v.84, p.387-398, 1990.

OCHOA, T.J.; SALAZAR-LINDO, E.; CLEARY, T.G. Management of children with infection associated persistent diarrhea. **Semin Pediatr Infect Dis.**, v. 15, p.229–36, 2004.

OLIVEIRA, B.S.B.de.; OLIVEIRA, R.K.L.de.; Bezerra, J.C.; MELO, F.M.S.; MONTEIRO, F.P.M, JOVENTINO, E.S. Social conditions and maternal conducts in the prevention and management of infantile diarrhea. **Cogitare Enfermagem**, v.4, n.22, e50294, 2017.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p. 57-60, 2004.

OLIVEIRA, R.K.L.de.; OLIVEIRA, B.S.B.de.; BEZERRA, J.C.; SILVA, M.J.N.da.; MELO, F.M.S.; JOVENTINO, E.S. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. **Esc Anna Nery**, v.21, n.4, p.1-9, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). **Pobreza e desigualdade no Brasil: traçando caminhos para a inclusão social/organizado por Marlova Jovchelovitch Noletto e Jorge Werthein.** – Brasília: UNESCO, 2003. 289 p. Disponível em:<
<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001339/133974por.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Surto de cólera: avaliar a resposta a um surto e melhorar a preparação.** 2006. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43017/WHO_CDS_CPE_ZFk_2004.4_por.pdf;jsessionid=185F83857B66D58902D306225ED298FB?sequence=3>. Acesso em: 14 abr. 2019.

ORIKASA, M. **Mudança de temperatura - Inverno é temporada de doenças.** Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/saude/mudanca-de-temperatura---inverno-e-temporada-de-doencas-979748.html>>. Acesso em 27 mar. 2019.

ORTIZ, F. Del fenómeno de la transculturación y de su importancia em Cuba. In: _____. **El contrapunteo cubano del azúcar y del tabaco.** Tradução: Livia Reis. La Habana, 1983. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cdrom/ortiz/ortiz.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PAES, C.C.D.C.; PAIXÃO, A.N.P. A importância da abordagem da educação em saúde. **REVASF**, v.6, n.11, p. 80-90, 2016.

PAIVA, A.S.; ALMEIDA, R.O.de.; SILVA, V.S.M. Aspectos socioambientais ligados às matas nativas da Ilha de Maré. In: ALMEIDA, R.O.de.; NEVES, E.L.das. **Caderno ambiental Ilha de Maré.** 1 ed. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. Cap. 5, p. 75-88.

PALANCH, W.B.L.; FREITAS, A.V. Estado da Arte como método de trabalho científico na área de Educação Matemática: possibilidades e limitações. **Perspectivas da Educação Matemática – UFMS**, v.8, n. temático, p. 784-802, 2015.

PASSOS, A.D.C. Epidemia de cólera no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.2, p.426-427, 1999.

PAZ, M.G.A.da.; ALMEIDA, M.F.de.; GÜNTHER, W.M.R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Rev Bras Epidemiol.**, v.15, n.1, p. 188-197, 2012.

PEREIRA, I.V.; CABRAL, I.E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.2, p.224 -229, 2008.

PESSOA, V.M.; RIGOTTO, R.M.; ARRUDA, C.A.M.; MACHADO, M.F.A.S.; MACHADO, M.M.T.; BEZERRA, M.G.V. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.17, n.45, p.301-14, 2013.

de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador

PINHO, L.; DIAS, R.L.; CRUZ, L.M.A.; VELLOSO, N.A. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. **J. res.: fundam. care. Online**, v.7, n.1, p.1847-1855, 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PORTELA, R.A.; SOUTO, W.M.S.; LEITE, V.D.; TORQUATO, S.C. A incidência das doenças diarreicas e a sua relação com a ausência de saneamento: uma revisão bibliográfica. **Hygeia**, v.7, n.13, p.150-56, 2011.

PRADO, M.L.do.; GELBCKE, F.L. Produção do conhecimento em enfermagem no Brasil: as temáticas de investigação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 54, n. 1, p.34-42, 2001.

PREFEITURA DE SALVADOR. Educação. **Escola Municipal de Ilha de Maré**. Disponível em: <<http://educacao.salvador.ba.gov.br/escolas/emcandeias/>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios**, 2013a. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em 1 set. 2014.

_____. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2013b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>. Acesso em 5 ago. 2014.

RABINOVICH, E.P. O comum em uma comunidade quilombola baia na no século X XI e o Terreiro de Candomblé. **Memorandum**, n.14, p. 86-102, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a14/rabinovich01.pdf>>. Acesso em 22 set. 2013.

RAMOS-SILVA, V.; KRÜGER, G.S.; SILVA, J.S.da. **Desnutrição infantil: reflexão histórica focada na segurança alimentar e nas políticas sociais e de saúde**. VIII Jornada

Internacional Políticas Públicas. 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo10/desnutricao infantil reflexaohistoricaofocadanasegurancaalimentarenaspoliticassociaisdesaude.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

RIQUINHO, D.L. **A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural.** 2009. 211f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ROSEIRO, M.N.V.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Morbidade por problemas respiratórios em Ribeirão Preto (SP) de 1995 a 2001, segundo indicadores ambientais, sociais e econômicos. **Rev Paul Pediatría**, v.24, n.2, p.163-70, 2006.

RODRIGUES, M. Breves considerações sobre candomblé na Ilha de Maré- Salvador: entre fios de memória. **C@lea – Cadernos de Aula do LEA**, v.1, n1, p. 61-72, 2012.

RODRIGUES, M. Notas de uma experiência de campo no candomblé de Praia Grande, Ilha de Maré, em Salvador (BA). **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (Des) Igualdades.** 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306985712_ARQUIVO_NocandombledaIlhademareartigocampo2.pdf>. Acesso em 29 nov. 2013.

SANTOS R.C.dos.; SILVA, M.S.; MARTINS, S.S.; MARTINEZ, J.F.N. Práticas e saberes de saúde em comunidades remanescentes de quilombos no estado de Goiás. **In: XVII CONBRACE, IX CONICE**, 2011, Porto Alegre. Disponível em: <<http://congressos.cbce.org.br/index.php/conbrace2011/2011/paper/download/3215/1328>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

SCARPARO, A.F.; LAUS, A.M.; AZEVEDO, A.L.C.S.; FREITAS, M.R.I.; GABRIEL, C.S.; CHAVES, L.D.P. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n.1, p. 242-251, 2012.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE – SCIELO. **SciELO.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/?lng=pt>>. Acesso em: 06 ago. 2019.

SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS (SAE). **Veja diferenças entre conceitos que definem classes sociais no Brasil.** 2013. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/?p=17821>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

SEMZEZEM, P.; ALVES, J.M. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. **Serv. Soc. Rev.**, v.16, n.1, p.143-166, 2013.

SENA, R.R.de; SILVA, K.L.; RATES, H.F.; VIVAS, K.L.; QUEIROZ, C.M.; BARRETO, F.O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.2, p. 124-132, 2006.

SERRA, A.S.; SERRA, M.A. Pobreza e meio ambiente: o caso dos municípios paranaenses. **Planejamento e Políticas Públicas**, n.40, p.141-181, 2013.

SIH, T.M. Vias aéreas inferiores e a poluição. **J Pediatría** (Rio J), v.73, n.3, p.166-170, 1997.

SILVA, D.O.; GUERRERO, A.F.H.; GUERRERO, C.H.; TOLEDO, L.M.de. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR- 163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v.21, suppl.0, p. 83- 97, 2008.

SILVA, G.; MELO, S.F.B.de. Análise religiosa e cultural das comunidades quilombolas na atualidade. **V Colóquio de História: Perspectivas históricas – historiografia, pesquisa e patrimônio**. 2011. Disponível em: <<http://www.unicap.br/coloiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/5Col-p.1371-1384.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

SILVA, J.A.N.da. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p. 111- 124, 2007.

SILVA, J.C.; FURTADO, L.F.V.; FERRO, T.C.; BEZERRA, K.C.; BORGES, E.P.; MELO, A.C.F.L. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do estado do Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.44, n.1, p.100-102, 2011.

SILVA, J.M.O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da Enfermagem**. 2012. 184f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SILVA, M.J.G.da; LIMA, F.S.S.; HAMANN, E.M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, (supl.2), p.109-20, 2010.

SILVA, R.F.da. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho: subsídios para a enfermagem**. 2009. 98f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SIQUEIRA, M.S.; ROSA, R.S.; BORDIN, R.; NUGEM, R.C. Hospitalizations due to diseases associated with poor sanitation in the public health care network of the metropolitan region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2010-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.26, n.4, 2017.

SIQUEIRA, S.M.C. **Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola**. 2014. 236 f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SIQUEIRA, S.M.C.; JESUS, V.S.de.; CAMARGO, C.L.de. Itinerários terapêuticos em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.1, p.179-189, 2016.

SIQUEIRA, S.M.C.; JESUS, V.S.de.; SANTOS, E.N.B.dos.; WHITAKER, M.C.O.; SOUSA, B.V.N.; CAMARGO, C.L.de. Extension activities, health promotion and sustainable development: the experience of a nursing research group. **Esc Anna Nery**, v.21, n.1:e20170021, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. **Água, Hidratação e Saúde**. 2016. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/source/Água-Hidratação-e-Saúde_Nestlé_.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento**. 2017b. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

_____. **Diarreias**. 2017a. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/noticias/nid/diarreias/>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA (SPG). **Diarreia: avaliação e tratamento normas de orientação clínica**. Disponível em: <http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2015/11/NOC_diarreia.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SOUSA, L.; AZEVEDO, M. Vale a pena prevenir e tratar a diarreia provocada por antibióticos com probióticos? **Rev Port Med Geral Fam**, v.28, p.450-452, 2012.

STANLEY, S.L. Amoebiasis. **Lancet**, v.361, n.9362, p.1025-1034, 2003.

STIVANIN, S.C.B. **Desequilíbrio eletrolítico: sódio, potássio e cloro**. 2014. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/lacvet/site/wp-content/uploads/2014/11/eletrolitico.pdf>> Acesso em: 30 mar. 2019.

STOPA, S.R.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, C.N.; et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**, v.51, Supl 1:3s, 2017.

TEIXEIRA, J.C.; GOMES, M.H.R.; SOUZA, J.A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Rev. panam. salud. pública**. v. 36, n. 6, p. 419-25, 2012.

THIOLLENT, M. Fundamentos e desafios da pesquisa-ação: contribuições na produção de conhecimentos interdisciplinares. IN: TOLEDO, R.F.; JACOBI, P.R. **A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares**. São Paulo: Annablume editora, 2012. Capítulo I. p. 17-39.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

TOMÉ, J.B.S.; TAVARES, MR.G. Diferenciação entre Entamoeba histolytica e Entamoeba dispar por meio de ensaio imunoenzimático para pesquisa de antígenos em amostras fecais. **Rev Inst Adolfo Lutz**, v.66, n.3, p.305-307, 2007.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TORALES, A.P.B. **Qualidade de vida e autoestima de comunidades quilombolas no estado de Sergipe**. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2013.

VARELLA, D. **Falta de acesso ao planejamento familiar é uma violência**. 2007.

Disponível em: <<http://www.consulex.com.br/news.asp?id=8145>> Acesso em 18 ago. 2014.

VASCONCELOS, A. Infecções respiratórias recorrentes na criança. IN: VASCONCELOS, A.; VIEIRA, A.S.; CORDEIRO, C.R.; SUBTIL, J.; BENTO, M.L.; BORREGO, L.M.; MARÇAL, N.S.; LUZ, S. **Infecções respiratórias recorrentes: visão multidisciplinar**. Cap. 3, p. 39-99.

VELTEN, A.P.C.; MORAES, A.N.; OLIVEIRA, E.R.A.de; MELCHIORS, A.C.; SECCHIN, C.M.C.; LIMA, E.F.A. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.15, n.1, p. 9-16, 2013.

VIEIRA, I. **IBGE**: com taxa de fecundidade baixa, Brasil tende a ser tornar país de idosos. 2012. Disponível em: < <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-17/ibge-com-taxa-de-fecundidade-baixa-brasil-tende-ser-tornar-pais-de-idosos>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

VILELA, A.B.A.; MEIRA, E.C.; SOUZA, A.S.; SOUZA, D.M.de; CARDOSO, I.S.; SENA, E.L.S.; et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VRANJAC, A. Diarreia e rotavírus. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p. 844-845, 2004.

WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J.S.; WELLS, R.; KUIPERS, P.; ENTWISTLE, P.; JONES, J. Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review. **BMC Health Services Research**,8: 276, 2008.

WINGATE, D.; PHILLIPS, S.F.; LEWIS, S.J.; MALAGELADA, Jr.; SPEELMAN, P.; STEFFEN, R.; TYTGAT, G.N. Guidelines for adults on self-medication for the treatment of acute diarrhoea. **Aliment Pharmacol Ther**, v.15, n.6, p.773-782, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement**, Geneva: WHO. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **WHO/UNICEF joint statement: clinical management of acute diarrhoea**. 2004. Disponível em: < https://www.unicef.org/publications/files/ENAcute_Diarrhoea_reprint.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The treatment of diarrhoea: a manual for physicians and other senior health workers**. 2005. Disponível em: <

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43209/9241593180.pdf;jsessionid=87234C430DECD817B7C6A5686AEE5E1C?sequence=1>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION GLOBAL GUIDELINE (WGO). **Diarreia aguda em adultos e crianças:** uma perspectiva mundial. 2012. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>>. Acesso em 08 mar. 2019.

ZOLLNER, L.A.M.; SANTOS, C.G.; ALVES, O.S.F.; MORAIS, M.L.S.; KALCKMANN, A.S. Determinantes do Acesso à Saúde: o caso das populações remanescentes de quilombos. Saúde, Cultura e Subjetividade. **Bol. Inst. Saúde**, v.41, p. 43-45, 2007.



APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Pesquisadora Responsável: SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

Prezado(a) Sr.º(a) , eu, Samylla Maira Costa Siqueira, pesquisadora responsável por este projeto, venho por meio deste termo convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Prevenção e manejo domiciliar da doença diarreica aguda infantil em comunidade quilombola”. O objetivo geral deste estudo é “elaborar e implementar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola”. Os objetivos específicos são: 1) Aprender a percepção de responsáveis por crianças quilombolas acerca da associação das condições socio sanitárias da comunidade e a ocorrência da diarreia; 2) Identificar quais medidas preventivas são adotadas pelos responsáveis para prevenção da DDA infantil; 3) Verificar quais cuidados pertinentes ao subsistema informal são prestados à criança com diarreia em uma comunidade tradicional; 4) Aprender como os responsáveis por crianças com DDA identificam os sinais de desidratação e quais cuidados são ofertados às crianças nestes casos; 5) Investigar o conhecimento dos responsáveis por crianças quilombolas acerca do preparo do soro caseiro; 6) Delinear o itinerário terapêutico da criança com diarreia na comunidade quilombola em questão; 7) Descrever como ocorre o manejo da diarreia aguda infantil em comunidade quilombola à luz da teoria de Leininger; 8) Planejar intervenções para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de comunidade quilombola; 9) Realizar ações de educação em saúde para preparo do soro caseiro no domicílio dos participantes; 10) Executar o projeto “Doe um chininho e ajude a combater a diarreia infantil”; 11) Socializar conhecimentos sobre prevenção e cuidados à criança com DDA; 12) Realizar intervenções para prevenir e cuidar da criança com diarreia; e 13) Avaliar, de forma imediata e mediata, o conhecimento e as práticas dos participantes sobre o preparo do soro caseiro, medidas de prevenção e manejo domiciliar da diarreia infantil após intervenções. A relevância dessa pesquisa constitui-se no fato de que os nossos resultados possam contribuir com a formulação de políticas públicas que fortaleçam a adoção de medidas preventivas à diarreia. Ademais, almeja-se também que a revelação do cuidado à criança com esta manifestação clínica possa favorecer a consolidação de ações simples, mas consideradas eficazes no que diz respeito à assistência nestes casos, de forma que a própria família consiga fornecer os cuidados essenciais para que este agravo não se complique, instalando situações de urgência em pediatria, como desnutrição e desidratação. Neste contexto, a comunidade será contemplada com a realização de uma oficina de educação em saúde com a temática “Prevenção da diarreia e manejo da doença diarreica na infância”, empoderando a população da comunidade de Praia Grande no que diz respeito ao autocuidado, de forma a prevenir a ocorrência deste importante agravo em pediatria e, quando este ocorrer, que os cuidados domiciliares consigam manter a estabilidade da saúde da criança e, por consequência, sua qualidade de vida.

Assim sendo, solicito que o senhor(a) responda a algumas perguntas relacionadas a esse tema, as quais, caso haja permissão, serão gravadas e, posteriormente, transcritas. Caso o andamento

do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir de continuar a entrevista sem que haja nenhum tipo de penalidade. Ademais, poderá desistir de participar deste estudo em qualquer uma das fases, podendo entrar em contato com a pesquisadora por e-mail ou telefone que serão disponibilizados no final deste documento. Asseguro que sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo. Os riscos advindos deste estudo tratam-se de alguns constrangimentos que o senhor(a) pode passar durante as entrevistas, além da possibilidade de vazamento das informações. Contudo, todas as medidas cabíveis serão adotadas para evitar tais situações.

Informo que a participação neste estudo não lhe trará expensas nem nenhum tipo de incentivo pecuniário, apenas a certeza de colaboração para o meio científico. Quero esclarecer que sua participação se dará após a assinatura desse termo, que também será assinado por mim em duas vias. Havendo dúvidas relativas ao estudo, em qualquer momento poderá me procurar em algum dos contatos abaixo.

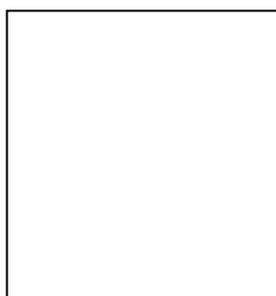
E-mail e telefone da pesquisadora responsável:

Samylla Siqueira: e-mail (smcsiqueira@hotmail.com); telefone (71) 98780-1647

Salvador _____ de _____ de _____

Samylla Maira Costa Siqueira
(Pesquisadora Responsável)

Assinatura do participante



Polegar Direito



APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



ROTEIRO ESTRUTURADO DO PRIMEIRO MOMENTO DA PESQUISA

Título do estudo: **PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Pesquisadora Responsável: **SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA**

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____ Apellido: _____
 Sexo: _____ Idade: _____
 Endereço: _____
 Profissão/ocupação: _____
 Telefone: _____
 Número total de filhos: _____
 Número de filhos com menos de 5 anos: _____

ESCOLARIDADE

Analfabeto
 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário) () ()
 1ª a 4ª série completa do EF (antigo primário) () ()
 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) () ()
 Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) () ()
 Ensino Médio incompleta (antigo colegial ou 2º grau) () ()
 Ensino Médio completa (antigo colegial ou 2º grau) () ()
 Educação Superior incompleta () ()
 Educação Superior completa () ()
 Ignorada () ()

SITUAÇÃO CONJUGAL

Mora junto () ()
 União estável () ()
 Solteiro(a) () ()
 Viúvo(a) () ()
 Divorciado(a)/Separado(a)/Desquitado(a) () ()
 Ignorada () ()
 Outro _____ () ()

RAÇA/COR

Branco(a) () ()
 Preto(a) () ()
 Pardo(a) () ()
 Amarelo(a) () ()
 Indígena () ()

RELIGIÃO

Católica	()	()
Protestante	()	()
Espírita	()	()
Religiões de Matrizes Africanas	()	()
Outro _____	()	()
RENDA FAMILIAR		
Qual a renda da família aproximadamente? _____		
A família está recebendo algum benefício social (bolsa família, leite, cesta básica, etc)? _____		
CONDIÇÕES DE MORADIA		
Quantas pessoas no total moram na sua casa? _____		
Quantos cômodos têm a casa? _____		
A casa tem energia elétrica? _____		
A casa tem banheiro? _____		
MATERIAL UTILIZADO PARA CONSTRUIR A CASA		
Tijolo/bloco	()	()
Madeira	()	()
Outro _____	()	()
DESTINO DO LIXO		
Coletado diariamente pelos garis	()	()
Queimado	()	()
Abandonado em terreno baldio	()	()
Outro _____	()	()
DE ONDE VEM A ÁGUA UTILIZADA NA CASA		
Encanada	()	()
Barragem	()	()
Poço/nascente	()	()
Cisterna	()	()
Outro _____	()	()
TRATAMENTO DA ÁGUA UTILIZADA NA CASA		
Cloração	()	()
Fervura	()	()
Filtração	()	()
Outro _____	()	()
ACESSO A PLANO DE SAÚDE		
Você tem plano de saúde? _____		
Seu(s) filho(s) te(ê)m plano de saúde? _____		

PARTE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que a Sr.^a acha sobre as condições de higiene na comunidade (esgoto a céu aberto, coleta do lixo)?
 - 1.1 A Sr.^a acha que as condições de higiene podem causar doenças? Quais doenças?
 - 1.2 O seu filho já teve alguma doença que a Sr.^a acha que foi causada pelas condições de higiene da comunidade?
 - 1.3 Qual doença?
 - 1.4 Por que a Sr.^a acha que foi por causa das condições de higiene da comunidade?
 - 1.5 O que a Sr.^a faz para evitar que as condições de higiene da comunidade causem doenças no seu filho? Como a Sr.^a previne?
- 2 O seu filho já teve diarreia?
 - 2.1 Quantas vezes mais ou menos?
 - 2.2 Com que frequência ele geralmente tem diarreia? Tem sempre ou demora muito para ter? Quanto tempo entre uma e outra mais ou menos?
- 3 Quando seu filho tem diarreia, como a Sr.^a cuida dele em casa?
 - 3.1 Qual remédio dá?
 - 3.2 Quais cuidados a Sr.^a dá a ele?
 - 3.3 Leva a criança para ser rezada por alguém?
 - 3.4 Leva a criança para o posto de saúde da comunidade?
 - 3.5 Leva a criança para Salvador?
- 4 Quando seu filho tem diarreia como é a alimentação dele?
 - 4.1 Muda alguma coisa do que ele geralmente come?
 - 4.2 O que muda? O que ele come quando está com diarreia?
- 5 A Sr.^a sabe fazer soro caseiro?
 - 5.1 A Sr.^a faz soro caseiro para seu filho quando ele tem diarreia?
 - 5.2 Se sim, o soro é feito em que momento? Logo quando a diarreia começa ou depois?
 - 5.3 Como é que a Sr.^a prepara o soro caseiro?
 - 5.4 Quem lhe ensinou a fazer o soro caseiro?
6. A Sr.^a sabe o que é desidratação?
 - 6.1 A Sr.^a vê a desidratação como um problema que pode ocorrer com seu filho nos casos de diarreia?
 - 6.2 A Sr.^a vê a desidratação como um problema grave que pode causar a morte da criança?
 - 6.3 O seu filho já teve desidratação por conta de diarreia?
 - 6.4 Quais foram os sinais e sintomas, como ele ficou para que a Sr.^a identificasse que estava com desidratação?
 - 6.5 Quais foram os cuidados que a Sr.^a ofertou a seu filho para tratar a desidratação?
 - 6.6 Como a Sr.^a faz para evitar a desidratação quando seu filho está com diarreia?



APÊNDICE 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



ROTEIRO ESTRUTURADO DO SEGUNDO MOMENTO DA PESQUISA (PRÉ E PÓS-TESTE)

Título do estudo: **PREVENÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DA DOENÇA DIARREICA AGUDA INFANTIL EM COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Pesquisadora Responsável: SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO PARTICIPANTE

ESTADO CIVIL:

- () Solteiro(a)
 () Casado(a)
 () Morando junto/amigado(a)
 () Separado(a)/divorciado(a)
 () Viúvo(a)
 () Não sei
 () Não quero responder

RAÇA/COR:

- () Branca
 () Preta
 () Amarela
 () Parda
 () Indígena
 () Não sei
 () Não quero responder

VOCÊ SE CONSIDERA:

- () Homem
 () Mulher
 () Outro Qual? _____
 () Não sei
 () Não quero responder

CRENÇA OU RELIGIÃO:

- () Nenhuma
 () Evangélico
 () Católico
 () Umbanda
 () Candomblé
 () Espírita

() Outros Qual? _____

() Não sei

() Não quero responder

QUAL A RENDA FAMILIAR TOTAL? (MÊS PASSADO)

() Até 200 reais

() De 201 a 400 reais

() De 401 a 800 reais

() De 801 a 1200 reais

() De 1201 a 1500 reais

() De 1501 a 2000 reais

() Mais de 2000 reais

() Não sei

() Não quero responder

COM O QUE VOCÊ TRABALHA?

() Empregado com carteira de trabalho assinada

() Militar do exército, marinha, aeronáutica, policia militar ou corpo de bombeiros

() Empregado pelo regime jurídico dos funcionários públicos

() Empregado sem carteira de trabalho assinada

() Autônomo

() Empregador

() Não-remunerado

() Estagiário/aprendiz

() Aposentado

() Auxílio doença pelo INSS

() Pescador/Marisqueira

() Outros

Qual? _____

VOCÊ OU ALGUM OUTRO MORADOR RECEBEM ALGUM TIPO DE AUXÍLIO MENSAL DO GOVERNO?

() Sim Qual? _____

() Não

() Não sei

() Não quero responder

ALGUM MORADOR DA CASA TEM PLANO DE SAÚDE?

() Sim

() Não

() Não sei

() Não quero responder

() Se sim, quantos? _____

As crianças têm plano de saúde? _____

SUA CASA TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA?

() Sim

() Não

- Não sei
- Não quero responder

A ÁGUA UTILIZADA NESTA CASA VEM DE:

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Água de chuva armazenada em cisterna
- Água de chuva armazenada de outra forma

Rios, açudes, lagos e igarapés

- Outro meio Qual? _____
- Não sei
- Não quero responder

QUAL O DESTINO DO LIXO DA CASA?

- Coletado diretamente por serviço de limpeza
- Queimado ou enterrado (na propriedade)
- Jogado em terreno baldio
- Jogado em rio ou mar
- Outro Qual? _____
- Não sei
- Não quero responder

COMO É O FORNECIMENTO DE ILUMINAÇÃO DA CASA?

- Elétrica com medidor próprio
- Elétrica com medidor comunitário
- Elétrica sem medidor
- Não elétrica: Óleo, querosene ou gás
- Não elétrica: Vela
- Não sei
- Não quero responder

O ESGOTO DO BANHEIRO É LANÇADO ONDE?

- Rede geral de esgoto ou pluvial
- Fossa séptica
- Fossa rudimentar
- Vala
- Rio, mar, lago
- Não sei
- Não quero responder

PARTE II: PREVENÇÃO E MANEJO DA DIARREIA INFANTIL

1. Quando se pode dizer que a criança está com diarreia?

2. Quais dessas medidas de higiene ajuda a prevenir a diarreia na criança?

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Lavar as mãos da criança | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| Dar banho na criança | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| Cortar as unhas da criança | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| Calçar os pés da criança | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |
| Lavar as mãos do adulto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não sei |

3. Para lavar as mãos:

- Só água é suficiente, desde que esfregue bem as mãos
- As mãos devem ser lavadas sempre com água e sabão
- Não sei

4. Eu posso lavar frutas e verduras usando hipoclorito de sódio (Q'boa)?

- Sim
- Não
- Não sei

5. Lavar frutas e verduras usando hipoclorito de sódio (Q'boa) ajuda a prevenir a diarreia?

- Sim
- Não
- Não sei

6. Se você fosse lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio (Q'boa), qual quantidade você usaria para 1 litro de água? _____

- Não sei

7. Eu posso colocar hipoclorito de sódio (q'boa) dentro da água de beber para tratar a água?

- Sim
- Não
- Não sei

8. Se você fosse colocar hipoclorito de sódio (q'boa) dentro da água de beber para tratar a água, qual quantidade você usaria para 1 litro de água? _____

- Não sei

9. você acha que a amamentação ajuda a prevenir doenças como a diarreia na criança?

- Sim
- Não
- Não sei

10. Para uma criança menor de 6 meses que só mama, dar outros alimentos pode causar diarreia?

- Sim
- Não
- Não sei

11. A água que a criança bebe pode causar diarreia?

- Sim
- Não
- Não sei

12. Como deve ser a água de beber para evitar a diarreia da criança?

- Pode ser água da torneira mesmo
- Tem que ser água mineral
- A água pode ser filtrada, fervida ou mineral, só não pode ser da torneira
- Não sei

13. Vacina ajuda a evitar diarreia na criança?

- Sim. Qual? _____
- Não Não sei

14. Quando a criança está com diarreia:

- Não precisa fazer nada, só esperar a diarreia passar
- Melhor cuidar em casa
- Ela deve ser levada ao posto da ilha para saber como são os cuidados
- Não sei

15. Uma criança pode morrer por causa de diarreia?

- Sim
- Não
- Não sei

16. É importante dar a criança que está com diarreia a solução feita com o pacotinho que é dado no posto de saúde?

- Sim
- Não
- Não sei

17. É importante dar o soro caseiro à criança que está com diarreia?

- Sim
- Não
- Não sei

18. Qual das duas soluções é melhor para a criança que está com diarreia?

- A solução com o pacotinho que é dado no posto de saúde (sais de reidratação oral)
- Soro caseiro
- Não sei

19. Para preparar a solução feita com o pacotinho que é dado no posto de saúde, o pó do pacote deve ser diluído em quanto de água? _____

- Não sei

20. Para preparar o soro caseiro, quanto eu misturo de sal e açúcar em 1 litro de água? _____

- Não sei

21. Até depois de quanto tempo de feita a solução com o pacotinho que é dado no posto de saúde e o soro caseiro eu posso ir dando à criança com diarreia? _____

- Não sei

22. Deve-se forçar a criança a beber a solução feita com o pacotinho que é dado no posto de saúde ou o soro caseiro, mesmo que ela vomite?

- Sim
- Não
- Não sei

23. Como deve ser a água para preparar a solução com o pacotinho que é dado no posto de saúde e o soro caseiro?

- Pode ser água da torneira mesmo
- Tem que ser água mineral
- A água pode ser filtrada, fervida ou mineral, só não pode ser da torneira
- Não sei

24. Depois de fazer a solução com o pacotinho que é dado no posto de saúde e o soro caseiro, onde eles devem ficar?

- Na geladeira
- Fora da geladeira
- Não sei

25. O que você achou desta atividade?



APÊNDICE 4

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



PRECÁRIAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ILHA DE MARÉ: ATÉ QUANDO?⁶

PRECARIOUS SANITARY CONDITIONS IN MARÉ ISLAND: FOR HOW LONG?

Samylla Maira Costa Siqueira⁷, Climene Laura de Camargo⁸

Apontamentos iniciais

A Lei nº 1.445, de 5 de janeiro de 2007¹, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, refere que este tipo de serviço deve ser prestado pelo poder público com base nos princípios fundamentais de universalização do acesso e integralidade, dentre outros.

Considerado em seu conjunto como os serviços, infraestruturas e instalações operacionais que englobam o abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos, drenagem e manuseio das águas pluviais urbanas¹, o saneamento básico é um direito fundamental, cuja oferta tem como resultado a promoção da saúde e do bem-estar, prevenção de doenças, redução da morbimortalidade e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida da população², além de figurar como a garantia do exercício à cidadania.

Destaca-se, contudo, que embora se caracterize como um direito fundamental, grande parcela da população brasileira ainda não dispõe destes serviços, especialmente aqueles indivíduos que habitam localidades remotas, como as áreas rurais, ribeirinhas e insulares, fazendo emergir diversos questionamentos acerca da diferenciação entre pessoas que habitam áreas urbanas e rurais, apesar de ambas pertencerem a um país democrático, em cuja Constituição Cidadã é assegurada a igualdade.

Dentre esses núcleos populacionais, destacam-se as comunidades quilombolas, cujo surgimento na sociedade brasileira ocorreu em um contexto de fuga do regime escravagista,

⁶ Previsto para publicação em agosto de 2020 na Revista Brasileira de Saúde Funcional (REBRASF).

⁷ Doutora em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) e membro do grupo CRESCER. E-mail: smcsiqueira@hotmail.com

⁸ Doutora em Saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e coordenadora do grupo CRESCER. E-mail: climenecamargo@hotmail.com

suscitando estigmas indelévels de inferioridade, submissão e obscurantismo que persistem até os dias atuais e podem ser comprovados pela ausência de políticas públicas específicas que permitam a estas pessoas acessar bens e serviços essenciais, dentre os quais o saneamento básico, evidenciado em diferentes estudos conduzidos em quilombos como precário.

Considerando-se a necessidade de responsabilização dos pesquisadores que adentram estas comunidades para realizar suas pesquisas, nos utilizamos deste espaço temático para dar visibilidade à questão sanitária de Ilha de Maré, parte integrante da capital baiana. As autoras que aqui escrevem integram o Grupo de Pesquisa na Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), o qual realiza suas pesquisas e atividades de extensão naquela localidade desde o ano de 2002 até o presente momento, não tendo observado no decorrer destes 18 anos mudanças significativas do panorama sanitário da Ilha, fazendo emergir indagações sobre o porquê de ainda serem assim – precárias – as condições de saneamento de Ilha de Maré e até quando isso prevalecerá.

Na mais recente pesquisa de doutoramento defendida por um dos membros do Grupo CRESCER, a qual tratou das doenças diarreicas agudas infantis e teve como cenário a comunidade de Praia Grande – uma das 12 comunidades que integram a Ilha de Maré – a autora destacou nas páginas do seu relatório de Doutorado a fundamentalidade da questão sanitária na prevenção da diarreia, apontada tanto na pesquisa em questão como na literatura mundial como uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de cinco anos, especialmente aquelas que habitam os países emergentes e as localidades mais precárias destes países, a exemplo de Ilha de Maré. Como uma forma de “retorno” à população que participou da pesquisa, foram realizadas atividades de educação em saúde para prevenção e manejo da diarreia infantil. Além disso, foi encaminhado para publicação um capítulo de livro intitulado “Susceptibilidade de indivíduos que habitam comunidades com saneamento básico precário à ocorrência de doenças”, com vistas a promover reflexões acerca da exposição de pessoas vulneráveis a agravos passíveis de prevenção. Paralelas às ações implementadas pela UFBA, há naquele lugar a “Unidade de Saúde da Família (USF) de Ilha de Maré”, fundada em 2008, e cujos profissionais atuam juntamente com os quilombolas na expectativa de promover a saúde e prevenir doenças como a diarreia.

Refere-se, contudo, que embora fundamentais, os esforços coletivos empreendidos pela UFBA e pela USF não são suficientes para afastar daquelas pessoas as doenças infecciosas de forte caráter ambiental, caso não haja intervenção da gestão do município de Salvador no sentido de implementar o que propõe a Lei nº 1.445, ou seja, assegurar ao moradores de Ilha de Maré o direito ao saneamento básico.

Diante disso, ao se considerar a saúde como um conceito amplo que abarca, dentre outros serviços, o saneamento básico e compreendendo a relevância de dar visibilidade a grupos em situação de vulnerabilidade social, buscamos apresentar à comunidade em geral o panorama sanitário enfrentado pelos moradores de Ilha de Maré, com a expectativa de que haja por parte da gestão municipal um retorno às pessoas que ali vivem, traduzido na implementação de medidas sanitárias que favoreçam a saúde, bem-estar e autoestima daqueles indivíduos. Por considerarmos fundamental a articulação entre academia, comunidade e os periódicos científicos, usamos esse espaço temático para veicular o problema aqui exposto.

Panorama sanitário da Ilha de Maré e exposição da população a doenças

Ilha de Maré é uma das 56 ilhas pertencentes à Baía de Todos os Santos³, pertence à XVIII Região Administrativa da cidade de Salvador⁴, tem uma população média de 12.000 habitantes, cerca de 14 km² de área e fica afastada da capital baiana por aproximados 15km⁵. Compõe a ilha 12 comunidades: Bananeiras, Botelho, Caquende, Itamoabo, Maracanã (ou Armenda), Martelo, Neves, Oratório, Ponta Grossa, Porto dos Cavalos, Praia Grande e Santana³.

Trata-se de uma das poucas localidades da Baía de Todos os Santos que conserva suas características naturais bem primitivas, de forma que não há circulação de carros, o mar é a única via de acesso à ilha e o único meio de transporte são as lanchas, as quais partem do terminal marítimo de São Tomé de Paripe com um tempo estimado de chegada à ilha de 30 minutos³.

Em se tratando da questão do saneamento ambiental na Ilha de Maré, é possível observar sinais de negligência por parte da gestão municipal de Salvador, que não assiste a ilha, uma vez que esta não acompanha o desenvolvimento da capital baiana⁶. Assim, há precariedade no que concerne ao abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais, manejo de resíduos sólidos e controle de vetores.

No que diz respeito ao abastecimento de água, apesar de ter sido implantado o serviço pela concessionária EMBASA em 1999, refere-se que tal medida não representou uma solução para a questão da água na ilha, que ainda tem uma distribuição inconstante deste elemento, já que muitas comunidades passam dias – e até mesmo semanas – sem serem abastecidas pela água da rede, que provém da adutora subaquática de Candeias, que recebe água da Barragem de Pedra do Cavalo⁶. Como mecanismo de enfrentamento para este problema, conforme referido por moradores da comunidade de Praia Grande, é utilizada a água de poço (Figura 1).

Figura 1 – Poço localizado na comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré.



Fonte: Acervo do Grupo CRESCER-UFBA.

No contexto do esgotamento sanitário, não há na ilha um sistema com esta finalidade, de forma que a população se utiliza de fossas rudimentares (Figura 2) e do despejo em valas a céu aberto (Figura 3) como estratégias para dar fim aos dejetos. A ilha também não dispõe de um sistema de manejo das águas pluviais, de forma que as águas das chuvas se misturam aos esgotos dispostos a céu aberto, favorecendo a contaminação do solo, das reservas de águas subterrâneas e o aparecimento de doenças de veiculação hídrica. Diante disso, piora-se a situação de controle dos vetores, uma vez que a drenagem das águas pluviais é um dos métodos de controle da proliferação de mosquitos e de outros insetos, além de diminuir o contato da população com águas contaminadas com urina de ratos⁶.

Dado o panorama apresentado e ao se considerar a relação quase umbilical entre as áreas de Saúde e Saneamento², como resposta às precárias condições sanitárias podem surgir diversas doenças, especialmente aquelas de veiculação hídrica como é o caso da cólera, infecções gastrointestinais, amebíase, verminoses, esquistossomose e diarreia, esta última apontada como mais incidente em áreas mais pobres⁷, acometendo pessoas de diferentes faixas etárias, comprometendo a saúde e a qualidade de vida.

Figura 2 – Fossa rudimentar localizado na comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré.



Fonte: Acervo do Grupo CRESCER-UFBA.

Figura 3 – Esgoto a céu aberto localizado na comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré.



Fonte: Acervo do Grupo CRESCER-UFBA.

Apontamentos finais

Além de conhecerem de perto a realidade de Ilha de Maré no que concerne ao saneamento, os pesquisadores do Grupo CRESCER, durante as muitas “andanças” pela Ilha para o desenvolvimento de estudos e atividades de extensão, compartilham com os moradores de Ilha de Maré os relatos sobre as precárias questões de saneamento, fazendo perceber nestas falas um tom de desabafo, indignação e socorro para que seus conflitos cheguem até o poder público.

Diante disso, ao expor neste espaço temático a problemática sobre o saneamento na Ilha, a expectativa não é simplesmente apresentar as características da localidade, mas sim dar voz às diversas pessoas que falam durante as nossas pesquisas, com a expectativa de vislumbrar uma solução por parte de quem tem potencial para fazê-lo, reforçando a necessidade de envolvimento da gestão municipal no contexto do saneamento básico.

Destaca-se, ainda, que foi tratada aqui a questão específica de Ilha de Maré. Contudo, o panorama descrito certamente se assemelha ao de muitas comunidades insulares espalhadas pelo Brasil, com necessidade de intervenção governamental e de divulgação da situação vivenciada por estas pessoas para que alguma solução seja suscitada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. 2007. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, cria o Comitê Interministerial de Saneamento Básico, altera a Lei no 6.766, de 19 de dezembro de 1979, a Lei no 8.036, de 11 de maio de 1990, a Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, e a Lei no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, e revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 05 de janeiro de 2007.
2. Mota JJP, Sousa CDSS, Silva AC. Saneamento básico e seu reflexo nas condições socioambientais da zona rural do Baixo Munim (Maranhão). Caminhos de Geografia - revista online, v.16, n.54, p.140-160, 2015. [acesso 24 mar. 2019]. Disponível em: file:///C:/Users/dsita.SAUDE/Downloads/26850-Texto%20do%20artigo-124446-1-10-20150721.pdf
3. Neves EL, Almeida RO, Costa RSC, Cavalcante MB, Martins L. Modo de vida dos moradores de Ilha de Maré. In: Almeida RO, Neves EL. Caderno ambiental Ilha de Maré. 1 ed. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. Cap. 2, p. 35-66.
4. Machado MSM, Almeida RO. Fontes e poços de água da Ilha de Maré, Salvador-BA: aspectos históricos, geográficos, socioculturais e físico-químicos. Revista Candombá – Revista Virtual, v. 4, n. 2, p. 111-145, jul-dez 2008. [acesso 23 nov. 2018]. Disponível em: <http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/Michele2008v4n2.pdf>
5. Rodrigues M. Breves considerações sobre candomblé na Ilha de Maré-Salvador: entre fios de memória. C@lea – Cadernos de Aula do LEA, v.1, n1, p. 61-72, 2012.
6. Gois LHB, Machado MSM, Costa RSC. Saneamento ambiental: as condições na Ilha de Maré. In: Almeida RO, Neves EL (Org.). Caderno Ambiental Ilha de Maré. Salvador:

- Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. p.45-66.
7. Façanha MC, Pinheiro AC. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. Cad. Saú de Pú blica, v.21, n.1, p.49-54, 2005.

ANEXO 1

PRINCIPAIS MICRORGANISMOS ENVOLVIDOS NAS DDA, MODO DE TRANSMISSÃO E PRINCIPAIS FONTES

AGENTE ETIOLÓGICO	MODO DE TRANSMISSÃO E PRINCIPAIS FONTES	GRUPO ETÁRIO
BACTÉRIAS		
Bacillus cereus	Alimentos	Todos
Staphylococcus aureus	Alimentos	Todos
Campylobacter spp	Fecal-oral, alimento, água e animais domésticos	Todos
Escherichia coli enterotoxigênica	Fecal-oral, alimento, água e pessoa a pessoa	Todos
Escherichia coli enteropatogênica	Fecal-oral, alimento, água e pessoa a pessoa	Crianças
Escherichia coli enteroinvasiva	Fecal-oral, alimento, água e pessoa a pessoa	Adultos
Escherichia coli enterohemorrágica	Fecal-oral, alimento e pessoa a pessoa	Todos
Salmonella não tifoide	Fecal-oral, alimento e água	Todos, principalmente crianças
Shigella spp	Fecal-oral, alimento, água e pessoa a pessoa	Todos, principalmente crianças
Yersinia enterocolitica	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa e animais domésticos	Todos
Vibrio cholerae	Fecal-oral, alimento e água	Todos, principalmente adultos
VÍRUS		
Astrovírus	Fecal-oral, alimento e água	Crianças e idosos
Calicivírus	Fecal-oral, alimento, água e nosocomial	Todos
Adenovírus entérico	Fecal-oral e nosocomial	Crianças
Norwalk	Fecal-oral, alimento, água e pessoa a pessoa	Todos
Rotavírus grupo A	Fecal-oral, nosocomial, alimento, água e pessoa a pessoa	Crianças
Rotavírus grupo B	Fecal-oral, água e pessoa a pessoa	Todos
Rotavírus grupo C	Fecal-oral	Todos
PARASITAS		
Balantidium coli	Fecal-oral, alimentos e água	Indefinido
Cryptosporidium	Fecal-oral, alimentos, água, pessoa a pessoa e animais domésticos	Crianças e adultos com aids
Entamoeba histolytica	Fecal-oral, alimentos e água	Todos, principalmente adultos
Giardia lamblia	Fecal-oral, alimentos e água	Todos, principalmente crianças
Cystoisospora belli	Fecal-oral	Adultos com aids

FONTE: BRASIL (2017b).

ANEXO 2
VEÍCULOS MAIS FREQUENTES E SEUS RESPECTIVOS PATÓGENOS PARA A
DIARREIA AGUDA

VEÍCULO	PATÓGENO CLÁSSICO
Água	Vibrio cholerae, Norwalk, Giardia sp. e Cryptosporidium
Alimentos	
Aves domésticas	Salmonella, Campylobacter e Shigella sp.
Carne bovina	E. coli enteroemorrágica, Taenia saginata
Carne suína	Taenia solium
Frutos do mar	Vibrio cholerae, Vibrio parahaemolyticus e Vibrio vulnificus
Queijo	Salmonella sp.
Ovos	Listeria sp.
Maionese	Salmonella sp.
Tortas	Staphylococcus, Clostridium, Salmonella sp., Campylobacter, Cryptosporidium e Giardia sp.
Zoonoses	Maioria das bactérias, vírus e parasitas entéricos
Interpessoal	
Creches	Shigella, Campylobacter, Cryptosporidium, Giardia, vírus, Clostridium difficile
Hospital/Antibióticos	Clostridium difficile
Piscina	Giardia e Cryptosporidium sp.
Viagem	E. coli de vários tipos, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Giardia e Cryptosporidium sp., Entamoeba histolytica

Fonte: BARBUTI, S.D.

ANEXO 3

ASSOCIAÇÃO ENTRE OS AGENTES BACTERIANOS E AS MANIFESTAÇÕES DIARREICAS

AGENTE PATOGENICO	MANIFESTAÇÕES DIARREICAS
Escherichia coli	
E. coli enterotoxigênica (ECET)	Provoca diarreia do viajante e diarreia em lactentes e crianças em países em desenvolvimento
E. coli enteropatogênica (ECEP)	Rara vez provoca diarreia em adultos. Afeta principalmente as crianças < 2 anos e causa diarreia persistente em crianças
E. coli enteroinvasiva (ECEI)	Provoca diarreia sanguinolenta e mucoide (disenteria); é comum sentir febre
E. coli enterohemorrágica (ECEH)	Provoca diarreia sanguinolenta, colite hemorrágica severa e síndrome hemolítico-urêmica em 6–8% dos casos
E. coli enteroagregativa (ECEAg)	Provoca diarreia aquosa em crianças pequenas; diarreia persistente em crianças e adultos com vírus da imunodeficiência humana (HIV)
Campylobacter	A infecção é acompanhada de diarreia aquosa e, às vezes, de disenteria
Shigella	
S. sonnei	Os casos são leves, mas pode provocar surtos em populações institucionalizadas.
S. flexneri	Provoca sintomas de disenteria e de doença persistente
S. dysenteriae tipo 1 (Sd1)	O único sorotipo que produz a toxina Shiga (igual a ECEH). Pode causar numerosos surtos epidêmicos com taxas de letalidade próximas a 10% na Ásia, África, e América Central
Vibrio cholerae	Os sorogrupos O1 e O139 são os únicos que provocam um quadro severo, grandes surtos e epidemias. Na ausência de uma reidratação rápida e adequada, a desidratação severa pode causar choque hipovolêmico e a morte dentro das 12–18 h seguintes à instalação do primeiro sintoma. As fezes são aquosas, incolores, e apresentam grumos de muco e os vômitos são frequentes (mas a febre é rara)
Salmonella	Febre entérica — Salmonella entérica - sorotipo Typhi e Paratyphi A, B ou C (febre tifoide); a febre dura 3 semanas ou mais; os pacientes podem apresentar trânsito intestinal normal, constipação ou diarreia. Na salmonelose não tifoide (gastroenterite por Salmonella), existe um rápido início da sintomatologia: náuseas, vômitos e diarreia (que pode ser aquosa ou disentérica) em um pequeno número de casos.

Fonte: WGO (2012).

ANEXO 4
ASSOCIAÇÃO ENTRE OS AGENTES VIRAIS E AS MANIFESTAÇÕES
DIARREICAS

AGENTE PATOGÊNICO	MANIFESTAÇÕES DIARREICAS
Rotavírus	O rotavírus é associado com gastroenterite de severidade acima da média. É a principal causa de gastroenterite severa, que produz desidratação nas crianças. As infecções neonatais são comuns, mas frequentemente assintomáticas. A doença clínica tem seu maior pico de incidência em crianças entre 4 a 23 meses de idade
Calicivírus humano	
Norovírus	São a causa mais comum de surtos de gastroenterite, afetando todas as faixas etárias
Norwalk	Afetam principalmente crianças. Pode ser o segundo agente viral mais comum depois do rotavírus
Adenovírus	Provocam geralmente doenças do aparelho respiratório

Fonte: WGO (2012).

ANEXO 5
ASSOCIAÇÃO ENTRE OS AGENTES PARASITÁRIOS E AS MANIFESTAÇÕES
DIARREICAS

AGENTE PATOGÊNICO	MANIFESTAÇÕES DIARREICAS
Giardia intestinalis	Tem baixa prevalência (aproximadamente 2–5%) entre as crianças em países desenvolvidos, chegando até 20–30% nas regiões em desenvolvimento
Cryptosporidium e Cyclospora	São causas comuns de diarreia em países em desenvolvimento e frequentemente assintomáticos

Fonte: WGO (2012).

ANEXO 6
SINAIS CLÍNICOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA DESIDRATAÇÃO NA CRIANÇA
COM DIARREIA AGUDA

CLASSIFICAÇÃO	SINAIS CLÍNICOS	EVIDÊNCIAS
SEM DESIDRATAÇÃO	Ausentes	Não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave
DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Inquieta ou irritada - Olhos fundos - Bebe avidamente, com sede - Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior 	Presença de dois destes sinais
DESIDRATAÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Letárgica ou inconsciente - Olhos fundos - Não consegue beber ou bebe muito mal - Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior 	Presença de dois destes sinais

Fonte: Adaptado do Manual de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância - AIDIPI Criança (BRASIL, 2017a).

ANEXO 7
ESCALA DE DESIDRATAÇÃO CLÍNICA DE FRIEDMAN ET AL

Itens	0	1	2
Aparência geral	Normal	Sedenta, inquieta ou letárgica, mas irritada quando tocada	Sonolenta, hipotônica, fria, sudoreica ± comatosa
Olhos	Normais	Um pouco fundos	Muito fundos
Membranas mucosas (língua)	Úmidas	Pegajosas/espessas	Secas
Lágrimas	Presentes	Diminuídas	Ausentes

Fonte: Adaptado de Friedman *et al* (2004).

ANEXO 8

PLANOS TERAPÊUTICOS PARA O CUIDADO À CRIANÇA COM DIARREIA AGUDA

CLASSIFICAÇÃO	PLANO TERAPÊUTICO	TRATAMENTO EM COMUM COM OS DEMAIS PLANOS	TRATAMENTO DIFERENCIAL DOS DEMAIS PLANOS	OUTRAS PECULIARIDADES
SEM DESIDRATAÇÃO	Plano A	- Dar zinco oral por 10 dias; - Informar o responsável sobre quando voltar novamente; - Seguimento em cinco dias, se não melhorar	- Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa;	_____
DESIDRATAÇÃO	Plano B		- Administrar SRO na unidade de saúde até melhorar;	Se a criança se enquadrar em uma classificação grave devido a outro problema, deve-se: a) Referir com urgência ao hospital com a mãe e profissional de saúde administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto e recomendar a mãe a continuar a amamentação, se possível
DESIDRATAÇÃO GRAVE	Plano C		_____	- Iniciar terapia endovenosa

Fonte: Adaptado do Manual AIDIPI Criança (BRASIL, 2017a).

ANEXO 9

CARTAZ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA



MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A	B	C
OBSEVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos e secos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:

- 1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:
 - O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica.
 - Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco.
- 2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:
 - Continuar o aleitamento materno.
 - Mantiver a alimentação habitual para as crianças e os adultos.
- 3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE:

SINAIS DE PERIGO <ul style="list-style-type: none"> Flora na diarreia Vômitos repetidos Muita sede 	<ul style="list-style-type: none"> Recusa de alimentos Sangue nas fezes Diminuição da diurese
--	--
- 4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:
 - Reconhecer os sinais de desidratação.
 - Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
 - Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).
- 5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:
 - Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
 - Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE

- 1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:
 - A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
 - A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
 - Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.
- 2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE"
 - Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
 - Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastrólise).
 - Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.
- 3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:
 - Reconhecer os sinais de desidratação.
 - Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral.
 - Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos).

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR

O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS:

A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

FASE RÁPIDA – MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)	SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
	Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.		

FASE RÁPIDA – MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Solução Polieletrólita	70ml/kg	2 horas e 30 minutos

FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg: 100ml/kg Peso de 10 a 20kg: 1000ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg + Peso acima de 20kg: 1500ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.

AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORIA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO

- Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa.
- Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento.
- Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas.

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUIDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA

1- PERGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES
Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:

- Reidratar o paciente de acordo com os planos A, B ou C.
- Iniciar antibioticoterapia.

Tratamento de crianças:

- Ciprofloxacino:** 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias.
- Ceftriaxona:** 50 a 100mg/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.
- Orientar o acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após dois dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar.

Observação: crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer Unidade de Saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

Tratamento de adultos:

- Ciprofloxacino:** 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após 2 dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes ou melena após 48 horas do início do tratamento:
 - Se o paciente estiver com condições gerais boas, iniciar **Ceftriaxona 2g** via intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias.
 - Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

2- PERGUNTAR QUANDO INICIOU A DIARREIA
Se tiver mais de 14 dias de evolução:

a) Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se:

- menor que seis meses.
- apresentar sinais de desidratação. Neste caso, reidrate-o primeiro e em seguida encaminhe-o a unidade hospitalar.

Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/accompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio.

b) Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3- OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE
Se a criança estiver com desnutrição grave (utilizar para diagnóstico a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde):

- Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e encaminhar o paciente para o serviço de saúde.
- Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

4- VERIFICAR A TEMPERATURA
Se o paciente estiver, além da diarreia, com a temperatura de 39°C ou mais: investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária

USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

- Antibióticos:** devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.
- Antiparasitários:** devem ser usados somente para:
 - Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias.
 - Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.
- Zinco:** deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:
 - Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
 - Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

ANTIDIARRÉICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS

FONTE: BRASIL (S.D.b).

ANEXO 10
AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO DA CRIANÇA COM
DIARREIA PERSISTENTE E DISENTERIA

AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO
Sem desidratação	Diarreia persistente	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre a alimentação da criança; - Dar zinco oral por 10 dias; - Informar sobre quando retornar imediatamente; - Marcar o retorno ao serviço em 5 dias
Com desidratação	Diarreia persistente grave	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar a desidratação antes de referir a criança, a menos que haja outra classificação grave; - Referir com urgência a um hospital
Sangue nas fezes	Disenteria	<ul style="list-style-type: none"> - Dar um antibiótico recomendado na região para Shigella, se houver comprometimento do estado geral; - Dar zinco oral por 10 dias; - Marcar o retorno ao serviço em 2 dias; - Informar sobre quando retornar imediatamente

Fonte: Adaptado do Manual AIDIPI Criança (BRASIL, 2017a).

ANEXO 11
CARTILHA ENTREGUE AOS PARTICIPANTES DA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE

**Você é capaz
de prevenir a diarreia no
seu filho!**



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem
Departamento de Enfermagem

Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!

Cartilha educativa para orientação das mães
sobre a prevenção da diarreia infantil.

Fortaleza
2015

Elaboração:

Leidiane Minervina Moraes de Sabino.

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Jardeliny Corrêa da Penha.

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UFC.

Emanuella Silva Joventino.

Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

Maria Dalva Santos Alves.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e docente do Departamento de Enfermagem da UFC.

Lorena Barbosa Ximenes.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem e docente do Departamento de Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq.

Ilustração e Diagramação:

Joanna de Freitas Rocha.

Apoio:

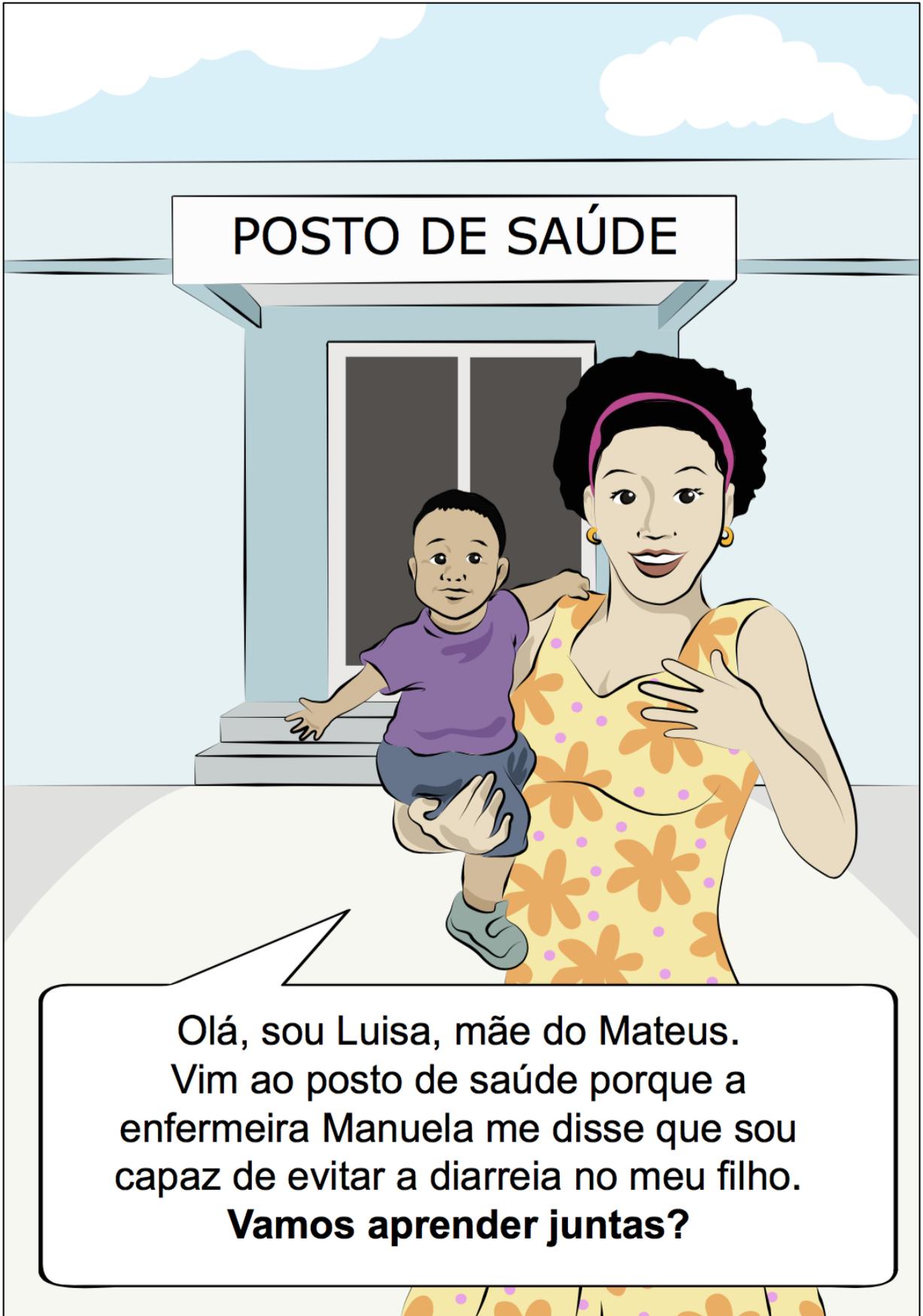
Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - *FUNCAP*

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - *CNPq*

Ficha catalográfica

Sumário

1. Como saber se a criança está com diarreia	7
2. Como cuidar da higiene do seu filho	8
3. Saiba como cuidar da sua higiene	11
4. A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças	12
5. Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras	16
6. Veja como cuidar da alimentação do seu filho	18
7. Saiba a importância da vacinação para seu filho	23
8. Como cuidar da criança com diarreia	24
Referências	27



Olá, sou Luisa, mãe do Mateus.
Vim ao posto de saúde porque a
enfermeira Manuela me disse que sou
capaz de evitar a diarreia no meu filho.
Vamos aprender juntas?

1. Como saber se a criança está com diarreia

Diarreia é quando a criança:

- Apresenta fezes amolecidas ou líquidas.
- Tem fezes em maior quantidade.
- Apresenta fezes 3 ou mais vezes ao dia.



ATENÇÃO

Quando a criança está apenas mamando, é comum que as fezes sejam amolecidas.

2. Como cuidar da higiene do seu filho

Você é capaz de incentivar seu filho a lavar as mãos com água e sabão:

- Antes e após as **refeições**
- Antes e após ir ao **banheiro**

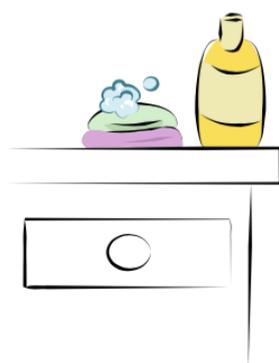


ATENÇÃO

Os germes só saem mesmo com sabão ou sabonete!

Você também é capaz de:

- Dar mais de um banho por dia no seu filho.



- Cortar as unhas do seu filho, quando necessário.



Você também é capaz de:

- Evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca.



- Lavar com água e sabão a mamadeira e o copo do seu filho após cada uso.

- Manter seu filho calçado.



3. Saiba como cuidar da sua higiene

Lavar as mãos nunca é demais! Por isso, acredite, você é capaz de **lavar suas mãos com água e sabão**:



- Antes de preparar ou manipular alimentos.



- Depois de mexer na lixeira.



- Depois de ir ao banheiro.



- Depois de ajudar seu filho a se limpar quando ele fizer cocô ou xixi.



- Antes de alimentar o seu filho.

4. A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças

Você é capaz de manter a sua casa sempre limpa, pois seu filho costuma brincar no chão. Os brinquedos do seu filho também precisam estar limpos.



Você é capaz também de ajudar na limpeza dos arredores da sua casa. Por isso, deixe os sacos de lixo bem fechados. Coloque o lixo na rua apenas no dia que o caminhão de lixo passar.



ATENÇÃO

Lembre-se de deixar o saco de lixo o mais alto possível para que animais não rasguem o saco.

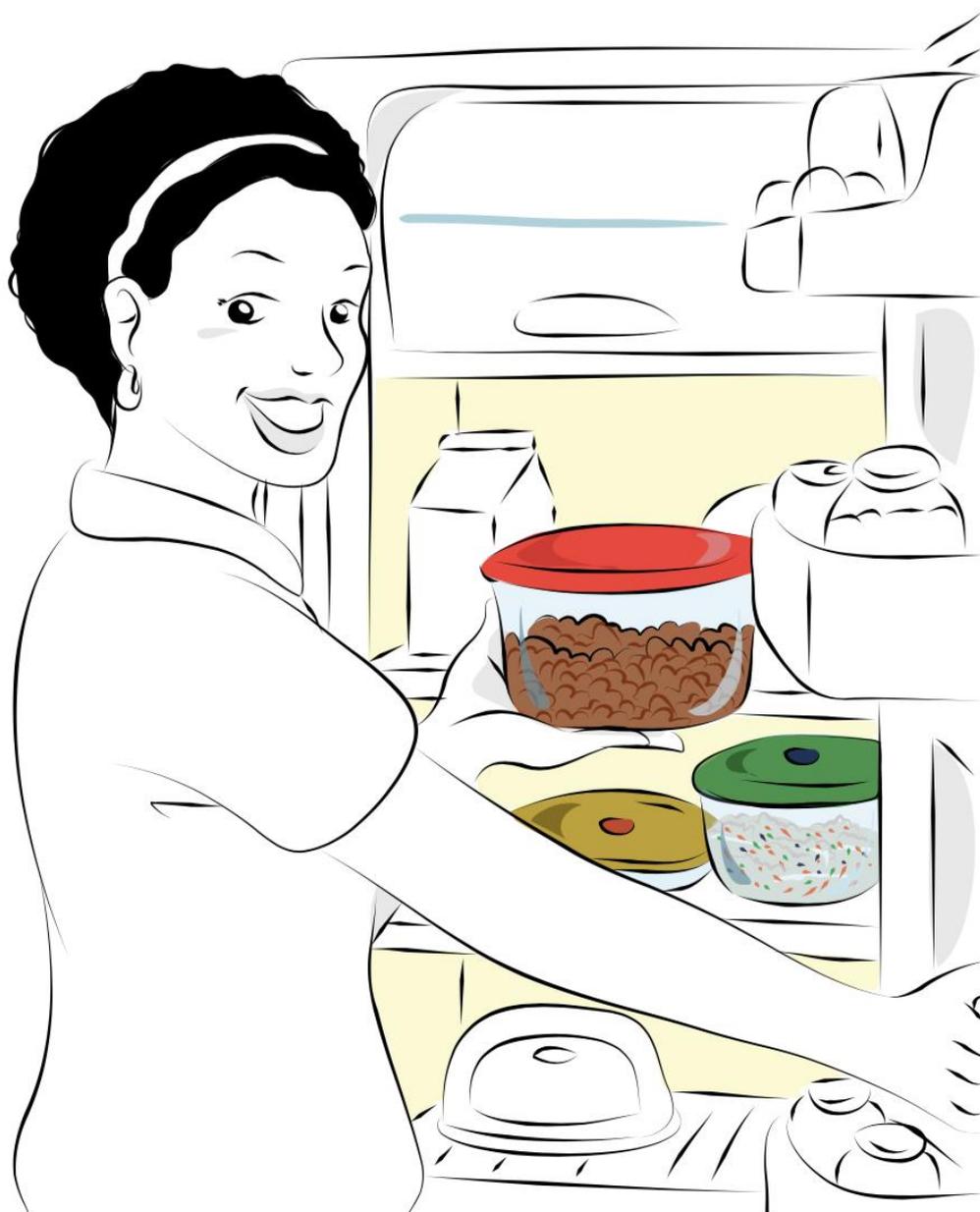
Mantenha limpo o local onde prepara a comida para evitar contaminar os alimentos.



ATENÇÃO

Cubra os alimentos preparados com tampa ou panos limpos!

Faça a quantidade certa de comida para cada refeição. Mas se sobrar, guarde na geladeira em depósitos bem tampados.



5. Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras

Para que as frutas e verduras fiquem limpas, você deve seguir os passos:

1. Lave as frutas e verduras em água corrente.



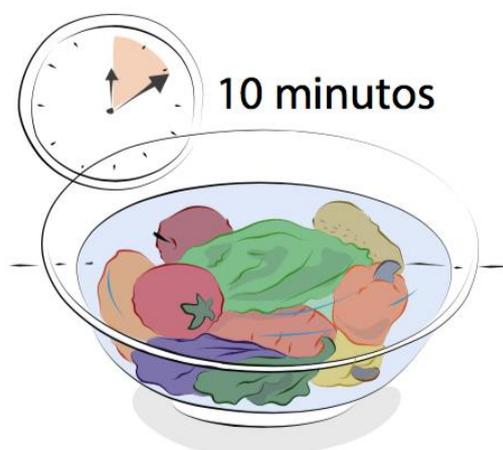
2. Meça 01 colher (sopa) de hipoclorito de sódio 2,5%, que você pode receber no posto de saúde.



3. Coloque em 01 litro de água.



4. Deixe as frutas e verduras totalmente mergulhadas por 10 minutos.



5. Lave novamente as frutas e verduras em água corrente.



ATENÇÃO

Caso use água sanitária para limpar os alimentos, você deve conferir no rótulo se ela pode ser utilizada nos alimentos e o tempo que eles devem permanecer de molho.

6. Veja como cuidar da alimentação do seu filho

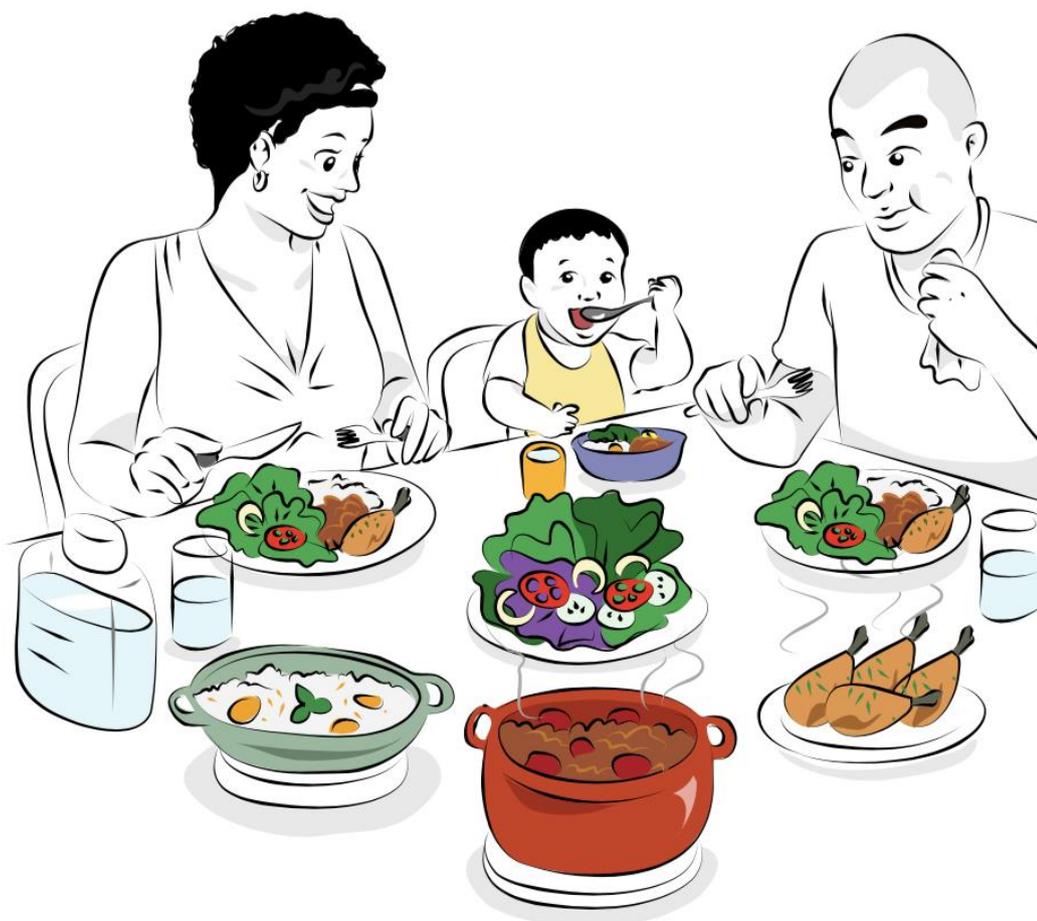
O leite materno protege nossos filhos contra diarreia. Por isso, eu dei apenas o leite materno para o meu filho até os seis meses de idade.



ATENÇÃO

O leite materno é uma vacina natural. Ele tem todos os nutrientes e a água que as crianças menores de seis meses precisam.

Depois que a criança completa seis meses, ela deve continuar mamando, mas já deve começar a comer outros alimentos. Você pode oferecer frutas, papas de legumes, carnes, ovos, feijão, entre outros.



ATENÇÃO

Você é capaz de incentivar seu filho a comer alimentos saudáveis! Procure um profissional da saúde para saber os alimentos que são adequados para a idade do seu filho.

Você é capaz de verificar o prazo de validade dos alimentos antes de dar para o seu filho.



Ofereça apenas água fervida, filtrada ou mineral para o seu filho beber.



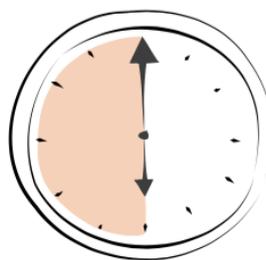
ATENÇÃO

A água sanitária pode ser utilizada para matar os germes da água de beber, mas antes você deve conferir no rótulo se ela pode ser utilizada na água de beber.

Você também pode utilizar hipoclorito de sódio para matar os germes da água de beber.



Coloque 2 gotas de hipoclorito de sódio 2,5% em um litro de água e espere 30 minutos.



30 minutos

Pronto, meu filho, agora você já pode beber essa água, pois está livre de contaminação.



7. Saiba a importância da vacinação para o seu filho

Você é capaz de manter as vacinas do seu filho em dia.



ATENÇÃO

A vacina contra o Rotavírus ajuda a evitar diarreia no seu filho. Procure um profissional da saúde para saber com quantos meses o seu filho deve tomar essa vacina.

8. Como cuidar da criança com diarreia

Se seu filho tiver diarreia, leve ao posto de saúde para saber como são os cuidados.



ATENÇÃO

Você é capaz de prevenir a desidratação em seu filho com o soro de reidratação oral, que é distribuído no posto de saúde.

Você mesma é capaz de preparar o soro de reidratação oral. Basta seguir os passos:



1. Lave as mãos com água e sabão.



2. Esvazie todo o pó do soro em uma garrafa com um litro de água.



3. Mexa e espere que o pó dissolva na água.



ATENÇÃO

Prepare um novo soro a cada 24 horas e deixe em ar ambiente. Toda vez que a criança fizer cocô você deve oferecer um copo de soro. Se ela vomitar, espere dez minutos e tente oferecer novamente.

Ofereça alimentos saudáveis para o seu filho quando ele estiver com diarreia. Continue com a alimentação diária e ofereça mais líquidos, como caldos, sopas, sucos ou água potável. Se seu filho estiver apenas mamando, continue dando só o leite materno e o soro de reidratação oral.



ATENÇÃO

Você deve levar a criança de novo ao posto de saúde se ela piorar. Ou seja, se ela ficar mais molinha, se aparecer sangue nas fezes, se a criança não conseguir se alimentar ou beber líquidos, e se tiver febre ou a febre piorar.

Nós somos capazes de evitar diarreia no nosso filho com esses cuidados que aprendemos.



E o resultado é o melhor possível. Ver nosso filho feliz, saudável e com aquele sorriso bonito no rosto!

Referências

AGUSTINA, R.; SARI, T. P.; SATROAMIDJOJO, S.; BOVEE-
OUDENHOVEN, I. M. J.; FESKENS, E. J. M.; KOK, F. J.
Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence
among Indonesian young children from low socioeconomic urban
areas. *BMC Public Health*, v. 13, p. 1-12, 2013.

ARAÚJO, T. M. E.; DANTAS, J. M.; CARVALHO, C. E. F.;
COSTA, M. A. O. Outbreak of diarrhea by rotavirus in Bom Jesus
city, Piauí State. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, p. 1039-1046,
2010.

BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through
perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, v. 25, p. 729-
735, 1989.

BANDURA, A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York:
W.H. Freeman and company, 1997.

HALDER, G. E.; BEARMAN, G.; SANOGO, K.; STEVENS, M. P.
Water sanitation, access, use and self-reported diarrheal disease
in rural Honduras. *Rural Remote Health*, v. 13, n. 2, 2013.

JOVENTINO, E. S. Construção e validação de escala para
mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia
infantil. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de
Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E. S. Elaboração e validação de vídeo educativo
para promoção da autoeficácia materna na prevenção da
diarreia infantil. 2013. 185f. Tese (Doutorado) - Departamento de
Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

JOVENTINO, E. S.; BEZERRA, K. C.; COUTINHO, R. G.;
ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Condições
sociodemográficas e sanitárias na autoeficácia materna para
prevenção da diarreia infantil. *Rev. salud pública.*, v. 15, n. 4, p.
542-554, 2013.

JOVENTINO, E. S.; FREITAS, L. V.; VIEIRA, N. F. C.; AQUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Habilidades maternas para prevenção e manejo da diarreia infantil. *Cienc. enferm.*, v. 19, n. 2, p. 67-76, 2013.

JOVENTINO, E. S.; SILVA, S. F.; ROGERIO, R. F.; FREITAS, G. L.; XIMENES, L. B.; MOURA, E. R. F. Behavior of childhood diarrhea before and after consumption of rainwater in the city of semi-arid of Brazil. *Texto contexto – enferm.*, v. 19, n. 4, p. 691-699, 2010.

JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B. The Maternal Self-Efficacy Scale for pre-venting early childhood diarrhea: Validity and Reliability. *Public Health Nurs.*, v. 30, p. 150-158, 2013.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The State of the World's Children 2014 in Numbers: Every child counts: Revealing disparities, advancing children's rights.* New York: UNICEF, 2014.

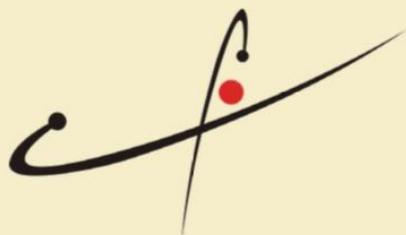
VISSER, S.; GIATTI, L. L.; CARVALHO, R. A. C.; GUERREIRO J. C. H. Study of the association between so-cio-environmental factors and the prevalence of intestinal parasitosis in the suburbs of the city of Manaus in the state of Amazonas, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, p. 3481-3492, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD).* Geneva: WHO, 2013.

APOIO:



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



F U N C A P



ANEXO 12
TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DE USO DE CARTILHA EDUCATIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DE USO DE CARTILHA EDUCATIVA

Eu, Prof.^a Dr.^a Leidiane Minervina Moraes de Sabino, autorizo a reprodução e divulgação da cartilha educativa intitulada **“Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”** por Samylla Maira Costa Siqueira, doutoranda em Enfermagem e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e autora da tese intitulada “Prevenção e Manejo Domiciliar da Doença Diarreica Aguda Infantil em Comunidade Quilombola”, orientada pela Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo. O material em questão foi elaborado e validado por mim como produto do trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde, defendido em 2016 pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza-CE, 19 de setembro de 2019.

Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Leidiane Minervina Moraes de Sabino

ANEXO 13

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM VULNERABILIDADE SOCIAL

Pesquisador: CLIMENE LAURA DE CAMARGO

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 89242517.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.471.347

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma quinta versão do projeto "ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM VULNERABILIDADE SOCIAL" para acréscimo de objetivos específicos e acrescenta com hipótese "Quais medidas podem ser utilizadas para prevenção e manejo domiciliar da DDA em crianças de uma comunidade quilombola?"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos específicos acrescentados

- Analisar o quadro clínico e o itinerário terapêutico de crianças que desenvolveram diarreia na comunidade quilombola de Praia Grande;

-Elaborar e implementar uma intervenção para prevenção e manejo domiciliar da doença diarreica aguda em crianças de uma comunidade quilombola;

-Realizar a vigilância georreferenciada da ocorrência de casos e de surtos de diarreia caracterizadas clinicamente como de origem infecciosa e analisar o impacto da etiologia viral sobre o total de ocorrências.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.471.347

A pesquisadora relata os riscos e benefícios da pesquisa, tais como:

-Riscos: "Com relação aos riscos oferecidos pela pesquisa, poderá haver determinado grau de constrangimento por parte dos participantes ao responder as questões dos instrumentos, assim como pelo uso do gravador digital de voz durante a entrevista. Para minimizar tais riscos, desconfortos e manter o anonimato dos participantes os nomes dos mesmos serão preservados e identificados com números"

-Benefícios: "Quanto aos benefícios esperados pela pesquisa, espera-se facilitar e contribuir com a atenção à saúde da criança em situação de vulnerabilidade social. Bem como, os resultados deste estudo serão publicados para divulgar informações que subsidiem o redirecionamento de práticas educativas, de uma assistência em saúde com a finalidade de vislumbrar estratégias mais efetivas no intuito de promover a equidade com vistas a fortalecer o Sistema Único de Saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema relevância, principalmente no atendimento às crianças com doença diarreica aguda" em comunidade quilombola.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1398295_E2.pdf	15/07/2019 21:07:31		Aceito
Outros	pesquisa.pdf	10/07/2019 09:50:00	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.471.347

Outros	ASSENTIMENTO.pdf	10/07/2019 09:41:04	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Outros	TCLE_BACIA_IGUAPE.pdf	10/07/2019 09:40:26	Maria Carolina Ortiz Whitaker	Aceito
Outros	SOLICITACAO_AUTORIZACAO_SECR ETARIA_SAUDE_CACHOEIRA.pdf	10/06/2019 19:20:11	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IGUAPE.pdf	10/06/2019 19:18:05	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	TCLE_BACIA_IGUAPE.docx	10/06/2019 19:14:16	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	TALE_IGUAPE.pdf	10/06/2019 19:13:33	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	Termo_compromisso_UFRB.pdf	19/07/2018 11:42:15	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_comunidade_quilombola_crianca s.pdf	19/07/2018 11:40:12	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO.pdf	19/07/2018 11:39:49	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_sistema_prisional.pdf	19/07/2018 11:39:35	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_comunidade_quilombola_pais_pr ofissionais.pdf	19/07/2018 11:39:25	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_PPSUS_alterado_novo.pdf	19/07/2018 11:35:19	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PPSUS_alterado.pdf	09/05/2018 09:36:13	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	termos_de_coparticipante.pdf	07/05/2018 12:06:33	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	intrumentos_ppsus.pdf	07/05/2018 12:05:01	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	cartas_de_anuencia.pdf	07/05/2018 12:04:37	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	solicitacoes_de_campo.pdf	04/05/2018 12:15:18	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	termo_autorizacao_instituicao.pdf	04/05/2018 12:14:42	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	termo_compromisso_coleta_arquivos.pdf	04/05/2018 10:56:53	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.471.347

Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	04/05/2018 10:55:47	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	termo_compromisso_pesquisador.pdf	04/05/2018 10:55:02	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	declaracao_de_concordancia.pdf	04/05/2018 10:51:20	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PPSUS.pdf	04/05/2018 10:47:52	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito
Outros	MODELO_DOS_TERMOS_COMUNS_A _TODOS_OS_PROJETOS.doc	30/10/2017 09:47:34	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Reso510.pdf	30/10/2017 09:47:21	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Outros	Reso466.pdf	30/10/2017 09:47:08	Patrícia Santiago Viana Teixeira deSouza	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_ppsus.pdf	26/10/2017 14:54:55	CLIMENE LAURA DE CAMARGO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br