

Parte III – Condições de Saúde e Afecções Específicas

21. Diarréia Aguda em Sergipe: manejo pré-hospitalar e admissão na emergência

Ricardo Queiroz Gurgel
Antônio Carvalho da Paixão
Diana Melo de Matos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GURGEL, R.Q. Diarréia Aguda em Sergipe: manejo pré-hospitalar e admissão na emergência. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 401-414. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0022](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0022). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

DIARRÉIA AGUDA EM SERGIPE: MANEJO PRÉ-HOSPITALAR E ADMISSÃO NA EMERGÊNCIA

*Ricardo Queiroz Gurgel
Antônio Carvalho da Paixão
Diana Melo de Matos*

INTRODUÇÃO

Diarréia é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e na diminuição da consistência das fezes (Brasil/MS, 1994; Barbieri & Koda, 1996). É um recurso do tubo digestivo para eliminar um tóxico ou uma infecção na sua luz ou no seu epitélio, cujo fenômeno de auto-renovação tem ciclo de três a cinco dias. Portanto, a diarréia aguda é um processo geralmente autolimitado que dura, em geral, cinco dias (Schettino & Favero, 2001).

A diarréia continua sendo uma das principais causas de morbidade e de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade nos países em desenvolvimento (Brasil/MS, 1994; SES/SE, 2001; Guimarães et al., 2001). Na região Nordeste do Brasil, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarréia em crianças menores de cinco anos é cerca de quatro a cinco vezes maior que na região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida (Brasil/MS, 1994). Gurgel et al. (1997), em Sergipe, verificaram que nos anos de 1992 a 1994 o índice de mortalidade por diarréia em crianças menores de cinco anos de idade foi, em média, de 1,89 por mil, taxa considerada ainda elevada. Em dado momento de 1998, verificou-se, no estado de

Sergipe, uma prevalência de diarreia em crianças menores de cinco anos de 7,5% nas últimas 24 horas e de 13,6% nas duas últimas semanas (SES/SE, 2001).

As complicações e causas de mortes mais frequentes decorrentes da diarreia aguda são a desidratação e a desnutrição (Brasil/MS, 1994). O manejo adequado de tais crianças visa diminuir a mortalidade por diarreia aguda (Brasil/MS, 1994; Canó & Neto, 1997). Com tal finalidade a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), desenvolveram um conjunto de ações denominado Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI (OMS/Opas/Unicef, 2000; Periago, 1999). A utilização das normas propostas nessa estratégia é considerada bastante eficiente para o manejo adequado da diarreia aguda em crianças e para a prevenção de complicações indesejáveis.

Em Sergipe ainda há poucos estudos sobre a situação da diarreia aguda e seu manejo, daí ter surgido motivação para a realização desta pesquisa. Seus objetivos foram: conhecer a situação do manejo pré-hospitalar da doença diarreica em menores de cinco anos de idade em Aracaju; avaliar as condições clínicas da criança com diarreia aguda em sua admissão no serviço de emergência e avaliar se o manejo pré-hospitalar da doença diarreica aguda está sendo realizado conforme orientação do Ministério da Saúde e preconizado pela estratégia AIDPI.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo transversal, descritivo, cujo universo de análise compreende pacientes menores de cinco anos de idade atendidos em serviço de emergência pediátrica de referência para o SUS – o Hospital Geral do Estado, em Aracaju, Sergipe, Brasil –, no período de agosto a dezembro de 2002, com diagnóstico de diarreia aguda.

Diarreia aguda foi definida como o aumento do número habitual de dejeções, com diminuição da consistência das fezes e alteração do hábito intestinal com duração de até 14 dias.

Foram utilizados os seguintes indicadores para a avaliação das práticas de aleitamento materno (OMS, 1991):

- aleitamento materno exclusivo (AME);
- aleitamento materno predominante (AMP);
- aleitamento complementado em tempo oportuno;
- aleitamento materno.

Os critérios utilizados para classificar a hidratação foram os mesmos utilizados pela estratégia AIDPI, que considera ter dois ou mais dos seguintes sinais (OMS/Opas/Unicef, 2000):

- desidratação grave;
- desidratação;
- sem desidratação.

Após consentimento esclarecido, o responsável pela criança respondia ao questionário com as seguintes variáveis: idade, sexo, município de residência, área, tempo de evolução da doença, presença ou ausência de sangue nas fezes, procura de serviço de saúde anterior, o que foi oferecido para a criança beber durante a diarreia, se usou soro e quem orientou, quantidade de líquidos oferecida para a criança por ocasião da diarreia, se houve mudança na alimentação da criança por ocasião da diarreia, se fez uso de alguma medicação e, se usou, quem prescreveu, e o grau de hidratação no momento do atendimento. Para os menores de seis meses também foi avaliada a situação do aleitamento materno.

Realizou-se teste de confiabilidade para aplicação dos questionários com médicos plantonistas que se dispuseram a colaborar com a pesquisa como coletores de dados voluntários.

O tamanho da amostra foi calculado pelo módulo Statcalc do Epi-Info 200, considerando a prevalência esperada de 15% e o pior resultado admitido de 10%. Para uma população atendida de 60 mil crianças na faixa etária, estimou-se um tamanho mínimo de 195 indivíduos. As informações foram codificadas e digitadas em um banco de dados no programa Epi-Info 2000 (CDC, 2002) e analisadas pelo módulo Statcalc,

utilizando-se o qui-quadrado. Foi estabelecido nível de significância (\pm) de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Obteve-se uma amostra de 200 crianças menores de cinco anos de idade cujo motivo de consulta em serviço de emergência de referência no estado para o SUS foi diarreia aguda, sendo 113 (56,5%) do sexo masculino e 87 (43,5%) do sexo feminino. A grande maioria dos pacientes procurou o serviço de emergência nos primeiros cinco dias de evolução da doença (86,0%), tendo sido maior a procura no primeiro dia de evolução da mesma, reduzindo-se progressivamente. Em 74,0% dos casos, as crianças com diarreia tinham menos de dois anos de idade.

No momento do atendimento, 95 crianças (47,5%) encontravam-se sem desidratação, 69 (34,5%) com desidratação e 36 (18,0%) com desidratação grave (Figura 1).

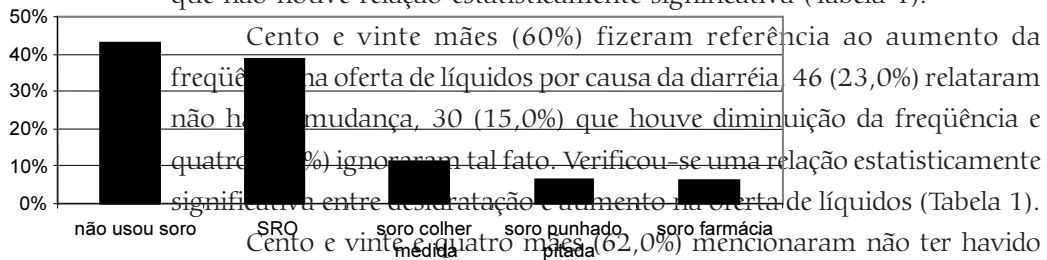
Figura 1 – Estado de hidratação das crianças menores de cinco anos atendidas em serviço de emergência com diarreia aguda. Aracaju, 2002



Das 200 crianças estudadas, 86 (43,0%) não usaram qualquer tipo de soro de reidratação, 77 (38,5%) receberam o soro de reidratação oral do posto de saúde (SRO), 23 (11,5%) o soro caseiro feito com colher medida distribuída pelo governo, 13 (6,5%) o soro caseiro preparado com punhado de açúcar e pitada de sal e 12 (6,0%) receberam o soro da farmácia. Algumas crianças receberam mais de um tipo de soro (Figura 2).

Figura 2 – Uso de soro no manejo pré-hospitalar de crianças menores de cinco anos com diarréia aguda. Aracaju, 2002

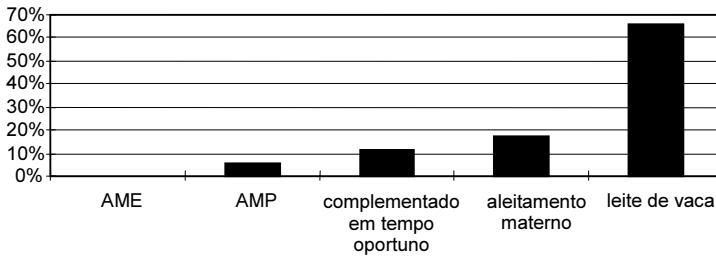
Das 114 que usaram algum tipo de soro, para a maioria (71,9%) o soro havia sido prescrito por um profissional de saúde, 72 (63,1%) estavam desidratadas e 42 (36,9%) não. Das crianças que não utilizaram soro, 33 apresentaram desidratação e 53 não tinham sinais de desidratação. A relação uso de soro e desidratação foi estatisticamente significativa, porém, quando relacionados desidratação com o uso apenas do SRO, verifica-se que não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 1).



Cento e vinte mães (60%) fizeram referência ao aumento da frequência na oferta de líquidos por causa da diarreia, 46 (23,0%) relataram não haver mudança, 30 (15,0%) que houve diminuição da frequência e quatro (2%) ignoraram tal fato. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre desidratação e aumento na oferta de líquidos (Tabela 1). Cento e vinte e quatro mães (62,0%) mencionaram não ter havido alteração na quantidade ou na qualidade de alimentos oferecidos para a criança por conta da diarreia, uma (0,5%) referiu que houve aumento na oferta de alimentos, 44 (22,0%) que houve diminuição na oferta de alimentos, 20 (10,0%) que pararam de oferecer alimentos e 11 (5,5%) que houve substituição de um alimento por outro.

Das 200 crianças com diarreia, 35 (17,5%) tinham menos de 6 meses de idade. Destas, verificou-se que nenhuma estava em aleitamento materno exclusivo, duas crianças (5,7%) estavam em aleitamento materno predominante, 4 (11,4%) em aleitamento materno complementado em tempo oportuno, 6 (17,1%) em aleitamento e 23 (65,7%) recebiam leite de vaca (Figura 3).

Figura 3 – Alimentação das crianças com diarreia menores de seis meses de idade, atendidas em serviço de emergência com diarreia aguda. Aracaju, 2002



Apenas 62 crianças (31,0%) não receberam qualquer tipo de medicação para tratar a diarreia, 94 (47,0%) receberam antitérmicos; 7 (3,5%), antiespasmódicos, 45 (22,5%), antieméticos e 42 (21,0%), antibióticos. Algumas crianças receberam mais de um tipo de medicação.

Das 42 crianças que receberam antibióticos, 7 tinham rajas de sangue nas fezes e 35 não. A análise, entretanto, não foi estatisticamente significativa. Das crianças que usaram antibióticos, 50% o fizeram nos primeiros três dias de doença.

Das 138 mães que utilizaram medicações, 55,9% o fizeram orientadas por profissional de saúde, 38,4% por conta própria, 2,9% por algum conhecido, 1,4% por balconista de farmácia e 1,4% não soube responder à pergunta. Quando selecionadas apenas as crianças que receberam antibióticos (42 crianças), verifica-se que 29 desses foram prescritos por médico e 10 a mãe deu por conta própria.

Quanto à procedência, 98 pacientes residiam em Aracaju (49,0%) e os 102 demais (51,0%), procediam de outras regiões (do interior e de outros estados vizinhos). Cento e setenta e um pacientes (85,5%) residiam em área urbana e 29 (14,5%) em área rural.

Verificou-se que cerca de metade dos pacientes procedentes da área rural atendidos com diarreia apresentava desidratação grave por ocasião da consulta, o que foi estatisticamente significativo.

Dos pacientes estudados, 60 (30,0%) não haviam procurado outro serviço de saúde antes do hospital geral, 75 pacientes (37,5%) procuraram inicialmente o posto de saúde, 38 pacientes (19,0%) já haviam procurado outro hospital, três (1,5%) outro tipo de atendimento e 24 (12,0%) já haviam procurado duas ou mais vezes auxílio médico em outros serviços.

Oitenta e quatro pacientes que haviam procurado atendimento anterior estavam desidratados e 21 estavam hidratados. Vinte e um pacientes não haviam procurado atendimento anterior e estavam desidratados e 39 não estavam desidratados.

DISCUSSÃO

A diarréia aguda é uma importante causa de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos, com maior incidência dos seis meses aos dois anos de idade (Zoysa, Rea & Marines, 1995). No presente estudo, em 74,0% dos casos as crianças com diarréia tinham menos de dois anos de idade. Outro estudo, realizado em Sergipe, verificou que a maior prevalência de diarréia nas últimas duas semanas ocorreu na faixa etária dos 12 aos 23 meses (19,5%) e a maior prevalência de diarréia nas últimas 24 horas ocorreu no segundo semestre de vida (11,3%) (SES/SE, 2001).

O fato de a maior parte dos pacientes terem se consultado nos primeiros cinco dias de doença (86,0%) se deve provavelmente à evolução autolimitada da diarréia, que em geral dura cinco dias, conforme demonstrado por Waldman et al. (1997) e Yassin (2000).

Por se tratar de um serviço de referência, era de se esperar que a maioria das crianças apresentasse algum grau de desidratação, conforme o encontrado (52,5%), sendo que, do total, 18% corresponderam a desidratação grave. Porém, houve ainda um percentual significativo de crianças sem desidratação que procurou atendimento no serviço de referência para o SUS no estado, quando deveriam ter sido atendidas na rede básica de saúde, de acordo com o demonstrado na Figura 1.

A maioria das mães (52,5%) referiu ter administrado algum tipo de soro para seus filhos com diarréia (ver Figura 2). Encontrou-se, entretanto, uma relação estatisticamente significativa entre desidratação e o uso de

algum tipo de soro (ver Tabela 1, adiante), o que sugere que provavelmente as mães tenham iniciado o uso do soro tardiamente ou que tenham tido dificuldades de preparar e administrar o soro corretamente. No caso específico do SRO, a relação uso do SRO e desidratação não foi significativa, sugerindo que o SRO é o mais eficaz para a prevenção e o tratamento da desidratação (ver Tabela 1). Verificou-se ainda que 43,0% das crianças não haviam recebido nenhum tipo de soro (Figura 2), o que é ainda um número bastante elevado.

Apesar de na maioria dos casos o uso de algum tipo de soro ter sido orientado por algum profissional de saúde (71,9%), ainda assim as crianças chegaram ao hospital desidratadas, mostrando a baixa efetividade que as orientações dos próprios profissionais de saúde têm surtido. Reis et al. (1994) verificaram que a desidratação moderada e os vômitos, na prática, haviam sido tratados com contra-indicação de líquidos por via oral em cerca de um terço dos casos. Feliciano & Kovacs (1998, 2001) e Mawela & Villiers (1999) verificaram fragilidade dos serviços de saúde para operar atividades educativas e curativas voltadas à diarreia.

O soro mais utilizado foi o SRO (38,5%), seguido pelo soro caseiro feito com a colher-medida distribuída pelo governo (11,5%) e pelo soro caseiro feito com um punhado de açúcar e uma pitada de sal (6,5%). É importante ressaltar que algumas crianças receberam mais de um tipo de soro de reidratação. Sodemann et al. (1999) verificaram que o fator preditivo mais importante para o uso do SRO foi a presença dos pacotes de SRO em casa. Os outros fatores foram:

- número de sintomas relatados;
- o cuidado materno;
- consulta;
- uso prévio do SRO;
- bom conhecimento do uso do SRO.

Mawela & Villiers (1999) verificaram ainda que 60% dos responsáveis tentaram primeiro oferecer o soro em casa, porém, destes, apenas 49% prepararam uma solução aceitável. A mãe deve ter a oportunidade de preparar o soro no posto de saúde sob a supervisão de auxiliares de enfermagem ou agentes de saúde devidamente treinados e, ainda, no

serviço ser orientada sobre a forma correta de oferecê-lo (até a criança ficar hidratada ou após cada evacuação líquida na prevenção da desidratação). As mães e os responsáveis devem ser orientados a respeito de que os vômitos não contra-indicam a terapia de reidratação oral e que, nesse caso, o volume de soro a ser administrado deve ser fracionado e oferecido em menor quantidade e com maior freqüência. Além disso, é muito importante ensinar às mães a reconhecer os sinais de desidratação.

No presente estudo, 164 mães (82%) ofereceram água para a criança beber, 104 (52,0%) chá, 83 (41,5%) água-de-coco e 58 (29,0%) sucos. Cento e vinte mães (60%) referiram aumento da oferta de líquidos, 46 (23,0%) mencionaram que a oferta de líquidos continuou a mesma de sempre e 30 (15,0%) relataram diminuição da oferta. Verificou-se que houve um aumento significativo na oferta de líquidos para as crianças com desidratação quando comparadas àquelas não desidratadas, provavelmente pelo fato de a própria criança desidratada solicitar mais líquidos, já que no caso das crianças hidratadas apenas a metade das mães aumentou a oferta (Tabela 1). Em outro estudo realizado em Sergipe, 45,6% das mães fizeram referência ao aumento da oferta de líquidos por ocasião da diarréia (SES/SE, 2001). Estudos demonstram que em casos de desidratação leve, na ausência do SRO, outras soluções de baixa osmolaridade à base de milho, arroz, mandioca podem ser administradas como alternativa, pois são culturalmente bem aceitas, de baixo custo e fáceis de preparar (Olusanya, Olanrewaju & Oluwole, 1994 Faruque, 1997; Molina, 1995).

Tabela 1 – Grau de hidratação e uso de terapia de reidratação oral. Aracaju, 2002

	Soro		Soro de Reidratação Oral		Aumento da Oferta de Líquidos	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Com desidratação	72	33	47	58	71	34
Sem desidratação	42	53	30	65	49	46
	p = 0,0008621		p = 0,0770918		p = 0,0301758	

Trinta e dois por cento das mães referiram-se a uma redução na quantidade de alimentos oferecidos para a criança por ocasião da diarreia e, ainda, 5,5% a uma alteração na qualidade dos alimentos ofertados. Em outro estudo realizado em Sergipe foi encontrado que, dos pacientes com diarreia, 38,3% tiveram reduzida a quantidade de alimentos oferecidos (SES/SE, 2001). Tal fato contribui para o aumento do risco de desnutrição das crianças nesse período da vida. A reintrodução dos alimentos deve ser o mais precoce possível, assim que a fase de reidratação estiver completa (após fase rápida do plano C), a fim de reduzir a severidade, duração e conseqüências nutricionais da diarreia (Behrens, 1993; Gracey, 1999; Schroeder, 1997; Nanulescu et al., 1995). A maioria das crianças pode receber leite não diluído e o uso de fórmulas sem lactose (Chew et al., 1993; Wan et al., 1999; Guarino & Albano, 2001). O aleitamento materno nunca deve ser suspenso, pois, além de alimentar, tem propriedades antibacterianas e está isento do risco de alergia (Guarino & Albano, 2001).

Pudemos verificar que, das crianças com diarreia e com menos de seis meses de idade, a maioria (65,7%) recebia apenas leite de vaca. Das que estavam em amamentação, nenhuma se encontrava em amamentação exclusiva e apenas 5,7% em amamentação parcial (ver Figura 3). Em outro estudo realizado em Sergipe verificou-se que, das crianças menores de seis meses com diarreia, apenas 2,6% estavam em aleitamento materno exclusivo ou predominante, 18,9% encontravam-se em aleitamento complementado ou aleitamento materno misto e 16,7% não recebiam o leite materno (SES/SE, 2001). Tais fatos vêm reforçar que o desmame precoce é um dos fatores que predis põem à diarreia, e que as crianças não amamentadas têm maior risco de apresentarem diarreia que as parcialmente amamentadas e estas apresentam maior risco que as amamentadas exclusivamente ao seio (Zoysa, Rea & Marines, 1995).

O uso de antimicrobianos só se justifica em casos de disenteria, ou seja, na presença de sangue nas fezes, cujos principais agentes são a shigela e algumas vezes *EPEC* (Cano & Neto, 1997), o agente da cólera, a salmonela (de espécie) *typhi* ou o parasitismo – amebíase ou giardíase (Behrens, 1993). Outras indicações para o uso de antimicrobianos são: queda importante

do estado geral, idade neonatal, imunodeficiências e desnutrição (Guarino & Albano, 2001). Das 42 crianças que receberam antibióticos, apenas sete (16,6%) tinham sangue nas fezes e 35 (83,4%) não, sendo, portanto, o uso de antibióticos nestas últimas questionável. Tais dados demonstram a utilização inadequada de antibióticos. Os resultados dessa análise, entretanto, não foram estatisticamente significativos.

Das 138 mães que utilizaram medicações, 55,9% o fizeram orientadas por profissional de saúde e, das crianças que usaram antibióticos, 50% o fizeram nos primeiros três dias de doença. Houve ainda 38,4% das mães que medicaram seus filhos por conta própria, 2,9% por orientação de algum conhecido, 1,4% por balconista de farmácia e 1,4% não soube responder à pergunta.

No estudo verificou-se que 14,5% dos pacientes atendidos residem em área rural e que cerca de metade destes apresentava desidratação grave por ocasião da consulta, resultado estatisticamente significativo, o que se deve provavelmente à dificuldade de acesso dos mesmos aos serviços de saúde, à falta de saneamento básico e ao fato de o estudo ter sido realizado em um hospital de referência estadual.

Observou-se que a grande maioria das mães já havia procurado atendimento anterior, inclusive com 12,0% delas tendo já procurado duas vezes ou mais os serviços de saúde. Foi estatisticamente significativa a relação entre o número de crianças que haviam sido atendidas anteriormente em outro serviço de saúde e que apresentavam algum grau de desidratação. Isso não deveria acontecer, pois no primeiro atendimento já deveriam ser orientadas quanto ao uso do SRO na unidade de saúde ou, em caso de encaminhamento, deveriam ser encaminhadas administrando-se o SRO durante o transporte. Trinta por cento das mães procuraram diretamente o Hospital Geral do Estado para o primeiro atendimento médico dos seus filhos com diarreia. Destes, 65,0% não apresentavam qualquer sinal de desidratação, devendo ter sido atendidos na rede básica de saúde mas, por algum motivo, preferiram ir diretamente a um serviço terciário.

Os dados aqui apresentados demonstram um manejo inadequado da diarreia aguda em Sergipe, assim como uma utilização imprópria de

medicamentos e terapia de reidratação oral. O próprio fluxo de pacientes, indo diretamente aos serviços de maior complexidade, parece indicar desestruturação do sistema.

É necessário que se invista em treinamento dos profissionais de saúde, principalmente os das Unidades Básicas de Saúde e do Programa Saúde da Família, para o manejo adequado da diarreia aguda, pois estes devem ser os principais educadores em saúde. O treinamento da estratégia AIDPI parece ser bem adequado, pois abrange não apenas a diarreia, mas também os problemas de saúde mais prevalentes que acometem crianças menores de cinco anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (MS/SAS). Coordenação Materno-Infantil. Assistência de Controle das Doenças Diarréicas. *Manual*. Brasília, 1994.
- BARBIERI, D. & KODA, Y. K. L. *Doenças Gastroenterológicas em Pediatria*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.153-156.
- CANÓ, E. M. & NETO, U. F. *Diarréia Aguda e Distúrbios Hidro-eletrolíticos*. *Revista Paulista de Pediatria*, 15(3): 135-145, 1997.
- FELICIANO, K. V. & KOVACS, M. H. As mães são estimuladas a valorizar os sinais de risco da diarreia? *Jornal de Pediatria*, 74(2): 135-142, 1998.
- FELICIANO, K. V. & KOVACS, M. H. Concepções maternas sobre a diarreia infantil. *Jornal de Pediatria*, 77(6): 487-495, 2001.
- GUARINO, A. & ALBANO, F. Guidelines for the approach to outpatient children with acute diarrhea. *Acta Paediatrica*, 90: 1087-1095, 2001.
- NANULESCU, M. et al. Early re-feeding in the management of acute diarrhoea in infants of 0 – 1 year of age. *Acta Paediatrica*, 84: 1002-1006, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/

- OPAS/UNICEF). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, 2000.
- PERIAGO, M. R. *Notícias sobre AIEPI*, 1: 01, 1999.
- SCHETTINO, C. E. & FAVERO, W. M. *Terapêutica em Pediatria*. São Paulo: Atheneu, 2001.
- SERGIPE. Secretaria da Saúde (SES/SE). III Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e Nutrição do Estado de Sergipe: Pesmise/98. Governo de Sergipe/Secretaria de Estado da Saúde. Universidade Federal da Bahia, Escola de Nutrição. Brasília, 2001.
- WALDMAN, E. A. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. *Revista de Saúde Pública*, 31(1): 62-70, 1997.
- YASSIN, K. Morbidity and risk factors of diarrheal diseases among under-five children in rural upper Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46: 282-287, 2000.
- REIS, E. C. et al. Barriers to use of oral rehydration therapy. *Pediatrics*, 93(5): 708-711, 1994.
- OLUSANYA, O.; OLANREWaju, D. M. & OLUWOLE, F. A. Studies on the effectiveness, safety and acceptability of fluids from local foodstuffs in the prevention and management of dehydration caused by diarrhoea in children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 40: 360-364, 1994.
- FARUQUE, A. S. G. et al. Randomized, controlled, clinical trial of rice versus glucose oral rehydration solutions in infants and young children with acute watery diarrhea. *Acta Paediatrica*, 86: 1308-1311, 1997.
- MOLINA, S. et al. Clinical trial of glucose-oral rehydration solution (ORS), rice dextrin-ORS, and rice flour-ORS for the management of children with acute diarrhea and mild or moderate dehydration. *Pediatrics*, 95(2), 1995.
- BEHRENS, R. H. Diarrhoeal disease: current concepts and future challenges. *Transactions of Royal Society Tropical Medicine and Hygiene*, 87 (suppl. 3): 35-38, 1993.

SODEMANN, M. et al. Management of childhood diarrhea and use of oral rehydration salts in a suburban west African community. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 60(1): 167-171, 1999.

SCHROEDER, D. G. et al. Dietary management of acute diarrhea with focal foods in a Guatemalan rural community. *Acta Paediatrica*, 86: 1155-1161, 1997.

WAN, C. et al. *Randomised trial of different rates of feeding in acute diarrhea. Archives of Diseases in Childhood*, 81: 487-491, 1999.

ZOYSA, I; REA, M. & MARINES, J. Por que promover a amamentação nos programas de controle de diarréia? *Revista de Nutrição*, 8(1): 83-100, 1995.

Formato: 16 x 23 cm
Tipologia: Carmina Lt BT
Carleton
Papel: Pólen Bold 70g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250g/m² (capa)
Fotolitos: Laser vegetal (miolo)
Engenho e Arte Editoração Gráfica Ltda. (capa)
Impressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, agosto de 2006.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a EDITORA FIOCRUZ:
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
<http://www.fiocruz.br/editora>