

# «DOENÇA DIARRÉICA AGUDA» (DDA) EM CRIANÇAS DE 1 MÊS A 1 ANO DE IDADE RESIDENTES EM PARINTINS, AMAZONAS, 1971 \*

Mourad I. Belaciano \*\*\*\*, Neide Lazzaro \*\* \*\*\*, Antonio Augusto F. Quadra \* e Hésio de A. Cordeiro \*\*\*\*

*Um grupo de 199 crianças de 1 mês a 1 ano de idade, residentes em Parintins, AM, divididas em casos e controles de DDA, foram comparadas segundo: idade; ocupação do chefe da família; condições de moradia; condições demográficas; participação social da família; nutrição; percepção de suscetibilidade e gravidade da DDA; crenças sobre a causalidade da DDA.*

*Foram aceitas as hipóteses nulas de não-associação entre as variáveis independentes e a presença de DDA, exceto idade. Questiona-se a representatividade da amostra tomada. Propõe-se o prosseguimento dos estudos relativos aos fatores que condicionam a manutenção da DDA como principal causa da mortalidade em nosso meio.*

## INTRODUÇÃO

O estudo da magnitude do problema da mortalidade infantil e de seus fatores causais permite avaliar, com extrema validade e confiabilidade, as condições de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, já que a criança está em estreita dependência dos adultos e, através deles, do conjunto destas condições (2, 4, 31).

Assim, considerando-se os coeficientes da mortalidade infantil estima-se que apenas um quinto da população do mundo viva em condições que permitam cifras inferiores a 5/1.000; outro quinto, em áreas cujos coeficientes situam-se entre 50-100/1.000 e os restantes três quintos da população vivem em locais cujas taxas excedem a 100/1.000 nascidos vivos (3). Nesse último grupo, inserem-se os países da América

Latina, inclusive o Brasil, onde esta taxa é de 105/1.000, às custas, principalmente, da mortalidade infantil tardia (20,21%) \*.

Este é um índice das condições ambientais e as diarreias agudas concorrem com, pelo menos, um terço desse total, estendendo ainda seus efeitos além do primeiro ano de vida (2, 4, 20, 21).

Estima-se que as enterites e outras doenças diarreicas, em crianças brasileiras abaixo de 5 anos de idade, determinem uma taxa de mortalidade de 1.095/100.000 (21). A mesma taxa, em alguns países da Europa, como França, Suécia e Holanda, é inferior a 5/100.000 (21).

Enquanto nos países desenvolvidos, as diarreias ocupam posição desprezível nas pautas de mortalidade, no Brasil, são a primeira causa de morte em 10 de nossas 20 capitais estaduais e, em lista de 50 da-

\* Trabalho do Instituto de Medicina Social da UEG, realizado no Campus Avançado da UEG; 1º colocado na sessão científica de Medicina Social da VI Semana de Debates Científicos da Associação dos Estudantes de Medicina do Estado da Guanabara.

\*\* Monitor do Instituto de Medicina Social.

\*\*\* Membro da XXII Equipe de Medicina do Campus Avançado.

\*\*\*\* Assistente do Instituto de Medicina Social.

nos, em apenas 4 capitais não ocupam uma das dez primeiras posições (14).

É fato conhecido que o simples isolamento de microrganismos em amostras fecais de pacientes com diarreia aguda, quando comparados com amostras de fezes de grupo controle, não demonstra uma associação do tipo causal entre tais agentes e a doença considerada (8). Alguns estudos epidemiológicos identificam, entre tais microrganismos, bactérias dos gêneros *Salmonella* e *Shigella*, diversos serotipos de *Escherichia coli*, vírus, protozoários, helmintos e bactérias habituais da flora intestinal (4, 8, 9, 10, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 26). Em decorrência destas verificações, tornou-se uma preocupação constante entre epidemiologistas e microbiologistas o estudo de outros fatores, que determinariam, sob certas condições, a patogenicidade dos referidos agentes. Um destes elementos é a desnutrição, que predispõe a infecções, potencializando a ação de agentes biológicos tidos como de baixo poder patogênico e contribuindo para uma resposta ineficaz ao tratamento e para o surgimento mais freqüente de complicações como a distrofia aguda e a desidratação (1, 2, 4, 5, 7, 9, 12, 22, 27).

É quase um truismo em epidemiologia dizer-se que alguns fatores de ordem não-biológica apresentam-se causalmente associados à doença diarreica, tais como o tipo de inserção nas atividades de produção, as condições de saneamento, a estrutura da atenção médica, normas e valores culturais (2, 4, 5, 9, 10, 11, 17, 19, 23, 31). Estes estudos permitem explicar mais adequadamente as diferenças regionais de taxas de mortalidade infantil por diarreias infecciosas e as diferenças de risco em adquirir a doença entre grupos de crianças de um mesmo país ou região, do que aquelas que contemplam exclusivamente as investigações bacteriológicas para identificação de possíveis agentes patogênicos.

O presente estudo foi realizado em crianças de 1 mês a 1 ano de idade, residentes na sede do município de Parintins, Amazonas, onde se localiza o Campus Avançado da UEG. Pretende comparar um grupo de casos de "doença diarreica agu-

da" (DDA) com um grupo controle, segundo as variáveis: idade; ocupação do chefe da família; condições de moradia; condições demográficas; participação social; nutrição; percepção da suscetibilidade e gravidade da doença; crenças sobre a causalidade da diarreia.

O estudo da variável idade é proposto na medida em que os episódios de diarreia podem ser tidos como etapas de um processo de colonização do intestino até o estabelecimento de uma flora definida como normal (5).

A ocupação do chefe da família é um conhecido indicador de nível sócio-econômico. Certamente deve ser analisado de forma judiciosa, posto que nem sempre padrões de ocupação traduzem padrões de remuneração, existindo num mesmo sistema econômico importantes variações regionais (30).

As condições de moradia são um outro indicador de nível sócio-econômico de uso corrente. Especialmente, no meio urbano, padrões diferenciais de moradia podem definir, operacionalmente, toda uma complexa situação ecológica.

A avaliação das condições demográficas permite uma aproximação ao problema da promiscuidade e da presença de possíveis portadores sãos, capazes, portanto, de manter na família e na comunidade uma considerável circulação de determinados agentes biológicos.

A participação social está relacionada aos efeitos da propaganda na adoção e participação em determinadas atividades preventivas, na formação de expectativas e mobilização da comunidade em torno de objetivos comuns. Possibilita, ainda, em cada comunidade específica, determinar os veículos de maior penetração para difusão de informações.

O papel da desnutrição já foi ressaltado, embora saiba-se das dificuldades para o estabelecimento de parâmetros e a pouca operacionalidade dos mesmos em inquéritos de massa (7).

O grau de ameaça, percebido pelo indivíduo, que uma dada doença encerra, está associado à probabilidade de adoção de determinadas medidas face à presença

\* Respectivamente, para as grandes regiões geoeconômicas brasileiras, as taxas de mortalidade infantil (1969), por 1.000 são: Norte, 70; Nordeste, 130; Leste, 76; Sul, 68; Centro-Oeste, 87 (20). Acredita-se que a taxa da região Norte, semelhante a das regiões industrializadas, deve-se aos fatores: baixa densidade demográfica, excesso de água e mais fácil acesso aos alimentos, que limitariam o peso das diarreias na mortalidade (Moraes, N. L. de A. — informação pessoal).

de sintomas (15). Esta ameaça está determinada pela percepção da suscetibilidade em adquirir a enfermidade e pela percepção da gravidade em termos de incapacidade física, risco de morte, incapacidade de desempenhar papéis habituais etc. (15, 24, 25, 28). Por sua vez, tanto a suscetibilidade quanto a gravidade podem ser estudadas como percepção do indivíduo quanto a ele próprio, como em relação à sua família ou outras pessoas (28).

Os conceitos de causalidade da doença permitem a identificação de agentes, situações, épocas capazes de estarem associadas a possibilidade de adquiri-la. Assim, o conhecimento científico conduz à adoção de medidas preventivas capazes de combater e mesmo eliminar os fatores realmente implicados na causação.

## MATERIAL E MÉTODOS

### *Aspectos geoeconômicos de Parintins*

A cidade de Parintins, localizada no Médio Amazonas, é a sede do município do mesmo nome, que compreende toda a ilha de Tupinambaranas, banhada pelo rio Amazonas, próximo à divisa com o Estado do Pará, sendo a mais importante cidade do Estado, depois de Manaus.

O município e a cidade constituem um só conjunto, tendo 38.104 habitantes distribuídos em 3.646 km<sup>2</sup>. A densidade demográfica observada (10,45 hab/km<sup>2</sup>) é 10 vezes superior à do Estado do Amazonas. Outros dados referentes à distribuição da população podem ser obtidos das tabelas 1 e 2.

As concentrações populacionais localizam-se na zona urbana, nas três comunidades rurais satélites e nas comunidades ribeirinhas. O acesso às primeiras é possível por via terrestre. As demais são atingidas apenas por via fluvial, estando a mais próxima da sede distante cerca de 2 horas de barco a motor. A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) de Parintins considera, para suas atividades, a área urbana e as comunidades rurais satélites como área-mínima.

Sendo poucos os motivos capazes de fixar os indivíduos numa região (condições de subemprego e submoradia), há frequente migração nos limites do próprio município e mesmo para cidades vizinhas

em épocas de cheias, extensão da faixa agrícola, etc. Não existe sistema de transporte organizado. Na área urbana, o deslocamento é feito por meio de táxis, bicicletas e motocicletas em ruas de terra batida. A via fluvial é utilizada por barcos próprios ou de aluguel, a remo ou a motor. Apesar da precariedade do cais, os navios de grande calado do Loyde Brasileiro costumam atracar. Uma linha comercial de aviação mantém ligação bise-manal com a capital do Estado e os aviões da FAB que servem aos campos avançados também aí aterrizam, se bem que irregularmente.

A SESP mantém uma unidade mista, que desenvolve práticas curativas e preventivas, com um efetivo de 2 médicos e 2 enfermeiros, além de auxiliares recrutados na própria comunidade. O Campus Avançado da UEG instalou-se em 1969, recebendo, para estágio de 1 mês, universitários de diversas áreas. Estruturado dentro da filosofia dessa unidade — extensão da Universidade a áreas do interior com proveito para o aluno e para a comunidade —, o Campus da UEG não formulou, contudo, políticas ou rotinas a serem seguidas, funcionando cada equipe de modo um tanto autônomo.

O abastecimento de água na zona urbana, construído pelo SESP, faz-se por três grandes reservatórios que, através de bombas, retiram água do rio, filtram-na e distribuem-na para residências e bicas comuns. Porém, uma parcela ponderável da população retira água diretamente do rio ou de poços particulares.

Não existe canalização ou tratamento dos esgotos. Fossas sépticas, peridomiciliares e de pouca profundidade constituem a unidade deste serviço. Umhas poucas casas dispõem de fossas construídas com material e supervisão do SESP.

A economia da cidade-município fundamenta-se na agricultura pelo plantio de juta e mandioca. Se esta destina-se apenas ao comércio local, por meio da extração da farinha da raiz, a primeira é plantada em escala industrial. Isto se deve à existência de uma indústria de beneficiamento da fibra (FabrilaJuta), estabelecida, há pouco tempo na área urbana. O trabalho é realizado em condições precárias, nas fases de plantio e colheita, com o agricultor imerso no rio, por 10 horas diá-

rias, durante 3 meses (6). No interior da fábrica, o trabalho de beneficiamento também se processa de forma insalubre, com grande poluição do ambiente pelo pó desprendido do tratamento da fibra (16). A implantação dessa indústria vem promovendo o surgimento de atividades até então desconhecidas, suscitando profundas transformações na vida local.

#### *Grupo estudado*

Considerou-se, para fins do estudo, a população constituída por crianças nascidas no período compreendido entre 1º de dezembro de 1970 e 1º de novembro de 1971. A identificação dos elementos pertencentes ao citado grupo foi obtida no registro do SESP. Tais crianças estavam aí registradas porque ou nasceram sob os cuidados de curiosas supervisionadas ou haviam sido submetidas à vacinação, participando, assim, de uma forma ou outra, do programa de assistência materno-infantil do SESP. Outras fontes de dados como registro civil ou eclesiástico apresentavam sub-registro em relação ao do SESP.

Aplicados o coeficiente nacional de natalidade (Censo de 1970) e a taxa de mortalidade infantil da região Norte à população da sede de Parintins, estimou-se, para o período estudado, totais de 560 nascidos vivos e 40 óbitos, estando o número esperado de crianças a serem examinadas em torno de 520.

Da referida faixa etária, 334 crianças estavam registradas no SESP. Destas, 89 não foram localizadas após sucessivas tentativas.

#### *Variáveis em estudo. Construção dos indicadores.*

1. Variável dependente: "Doença diarreica aguda" (DDA).

Definiu-se como pertencente ao grupo com DDA (caso), a criança que apresen-

tara, nas 4 últimas semanas, episódios de 2 ou mais evacuações de fezes líquidas por dia. Considerou-se como controle, o grupo que jamais apresentara tais episódios. Um terceiro grupo, formado por crianças com episódios diarreicos anteriores às 4 últimas semanas, foi excluído do estudo. Assim, o grupo de casos foi constituído de 116 crianças, o de controles de 83, excluindo-se 46 crianças do grupo total por terem apresentado diarreia em época anterior à definida pelo estudo.

#### 2. Variáveis independentes

a) Idade — Computada em meses completos por ocasião da obtenção dos dados.

b) Ocupação do chefe da família — Listadas e, posteriormente, agrupadas segundo modificação da escala de Hutchinson (13)\*. Um só observador interpretou a escala e realizou a transcrição.

c) Condições de moradia — Avaliadas segundo tipo de construção (alvenaria, madeira, taipa, palha) e tipo de piso (em continuidade ou diferente do exterior). Por ocasião da apuração dos dados, cunhou-se um indicador único sintetizado como: moradia boa (definida por dois pares concordantes: construção de alvenaria ou madeira e piso diferente do exterior); moradia ruim (definida por dois pares concordantes: construção de taipa ou palha e piso em continuidade com o exterior). A construção de tal indicador foi possível na medida em que a associação entre os pares concordantes era altamente significativa (Tabela 3).

d) Condições demográficas — Consideradas em função do índice de aglomeração (relação pessoa/cômodo) e participação percentual dos grupos etários de 0 a 5 anos e de 0 a 14 anos no total da população domiciliar.

e) Participação social — Avaliada segundo frequência a cinema, escuta de rá-

\* Tal modificação consistiu na consideração dos seguintes grupos de ocupações:

I — Grupos 0, 1, 2 e 8 de Hutchinson, ou seja, sem resposta; sem ou semihabilidades manuais; habilidade manual; sem emprego.

II — Grupo 3 de Hutchinson, ou seja, inspeção, supervisão e outras ocupações não-manuais de padrão inferior.

III — Grupo 4 de Hutchinson, ou seja, inspeção, supervisão e outras ocupações não-manuais de padrão superior.

IV — Grupos 5, 6, 7 e 9 de Hutchinson, ou seja, dirigentes e executivos; profissionais e administradores; vive de renda; estudante.

Outros — Ocupações não listadas no original de Hutchinson.

dio e participação em reuniões religiosas e no clube de mães da Prelazia de Parintins. Cada entrevistada colocava-se numa das posições definidas como: "muitas vezes", "poucas vezes", "raramente" e "nunca" para cada uma atividade. Quando da apuração, atribuiu-se 3 pontos a cada "muitas vezes"; 2 a "poucas vezes"; 1 a "raramente" e 0 a "nunca". A seguir, fazia-se o somatório dos pontos obtidos.

f) Nutrição — Averiguou-se o estado de nutrição, basicamente, através da informação sobre hábitos de amamentação da criança, segundo: tempo durante o qual a criança alimentou-se apenas ao seio e época em que ocorreu o desmame; motivos de uso de outro leite que não o materno; opinião da mãe sobre a qualidade do leite materno em relação a outros. Baseado no esquema do Serviço de Higiene Infantil do Hospital de Clínicas da UEG, relativo à alimentação ideal durante o 1º ano de vida e amplitudes máximas de variação, adaptado a características locais, atribuíram-se valores numéricos do seguinte modo:

I — Crianças com qualquer idade alimentadas ao seio até a data da obtenção dos dados: 4 pontos. Crianças não alimentadas ao seio, dependendo da idade e dos motivos que determinaram este procedimento: 1 a 3 pontos.

II — Crianças com idade entre 1 e 4 meses alimentadas apenas ao seio: 4 pontos. Crianças com mais de 4 meses de idade alimentadas apenas ao seio: 1 a 3 pontos, segundo ordem inversa do aumento da idade.

III — Crianças que deixaram totalmente de alimentar-se ao seio em idade superior a 3 meses: 5 pontos. Crianças com idade igual ou inferior a 3 meses: 1 a 4 pontos, segundo o mês de vida em que ocorreu o desmame e os fatores que o condicionaram.

IV — Opinião da mãe sobre a qualidade do leite materno em relação aos outros: melhor, 3 pontos; igual, 2 pontos; pior, 1 ponto.

Os motivos alegados pela mãe para a não-amamentação ao seio não foram computados, mas utilizados na medida que justificava a atitude. Foram consideradas plausíveis razões físicas, maternas ou infantís, que prejudicariam a amamentação

(lábio leporino, morte materna, mastite, abandono pela mãe e outros).

A interpretação das respostas foi realizada por um só observador e a cada caso ou controle atribuiu-se um somatório final de pontos.

g) Percepção de suscetibilidade e gravidade — Foram propostas questões fechadas de múltipla escolha, capazes de averiguar suscetibilidade a DDA e gravidade da DDA em qualquer pessoa e no filho da mulher entrevistada. Tentou-se, igualmente, por ocasião da apuração, a formulação de indicadores únicos; no entanto, a probabilidade de associação entre os pares concordantes ocorreu a nível superior ao fixado para evitar a ocorrência de erro tipo I. Assim, para o estudo casos e controles, foram mantidos os 4 indicadores iniciais.

h) Crenças sobre a causalidade da DDA — Propôs-se uma questão aberta, relativa a situações, condições ou hábitos que possibilitem a uma criança adquirir diarreia. Posteriormente, por ocasião da apuração, criaram-se duas categorias: critérios unicausais e multicausais. Através da análise das respostas obtidas, foram considerados fatores associados à diarreia: alimento (tipo, preparação, contaminação), agentes físicos, dentição e outros. Uma pessoa estranha à pesquisa reavaliou, então, as respostas formuladas, em função dos parâmetros estabelecidos.

#### *Coleta de dados*

Obtidos a identificação da família, da criança e endereço no arquivo do SESP, processava-se a coleta de dados, mediante aplicação de dois questionários (Anexo).

O primeiro deles permitia a inclusão da criança numa das 3 categorias, a saber: grupo com diarreia nas 4 últimas semanas (casos), grupo sem diarreia (controle), grupo com diarreia anteriormente, mas não nas 4 últimas semanas antecedentes à aplicação do questionário (excluído do estudo). Esta informação era reavaliada através perguntas de controle.

O segundo questionário era destinado à obtenção dos dados referentes às variáveis independentes definidas no parágrafo anterior.

Ambos os questionários eram preenchidos em entrevista pessoal, domiciliar, com um adulto responsável, na eventual ausência da mãe da criança. O entrevistador era um aluno do 3º ano do curso médico da Faculdade de Ciências Médicas da UEG, membro da XXII Equipe de Medicina do Campus Avançado da UEG\* suficientemente esclarecido sobre os objetivos e técnicas da entrevista. As entrevistas deram-se entre 5 e 23 de dezembro de 1971.

## RESULTADOS

*Idade* — A simples inspeção da participação percentual das diferentes faixas etárias, representadas na Tabela 4, permite concluir por uma maior presença de crianças mais velhas no grupo de casos. As medidas de tendência central também evidenciam esse fenômeno.

*Ocupação do chefe da família* — Quanto à ocupação do chefe da família, os grupos de casos e controles são homogêneos, não sendo observada diferença na distribuição dessa variável (Tabela 5).

*Condições de moradia* — Sendo possível a formulação de um indicador único, a partir dos dados de construção e piso, não foram observadas diferenças entre os grupos quanto ao citado indicador (Tabela 6).

*Condições demográficas* — A Tabela 7 mostra que, quanto a índice de aglomeração, analisadas as medidas de resumo, os dois grupos pertencem ao mesmo universo. A participação percentual dos indivíduos entre 0 e 5 anos e 0 e 14 anos é igualmente homogênea, não sendo significativas as diferenças observadas (Tabelas 8 e 9).

*Participação social* — Não se observou participação diferente entre os dois grupos em estudo, considerados os indicadores e sua interpretação (Tabela 10).

*Nutrição* — Calculadas as médias para o total de pontos dos casos e controles, conclui-se pela pertinência dos dois grupos ao mesmo universo (Tabela 11).

*Percepção da suscetibilidade e gravidade da DDA* — Foram aceitas as hipóteses nulas de não-associação entre qualquer das quatro variáveis e os grupos ou de casos ou de controles, conforme se conclui da análise das Tabelas 12, 13, 14 e 15.

*Crenças sobre a causalidade da DDA* — Das Tabelas 16, 17 e 18 infere-se que a crença unicausal prevalece nos dois grupos, sendo o alimento e atributos ligados ao mesmo, o elemento identificado com maior frequência.

## DISCUSSÃO

### *Grupo estudado*

Quanto ao grupo estudado, observa-se que da projeção de uns 500 indivíduos que deveriam pertencer à faixa considerada, apenas 245 constituíram efetivamente a amostra. Não se sabe inclusive se a projeção feita em termos do coeficiente nacional de natalidade e do coeficiente regional de mortalidade infantil reflete a dinâmica correspondente à sede de Parintins.

Por outro lado, ao se utilizar o registro de um serviço de atenção médica, no caso, o SESP, para identificação dos elementos da população, um importante e, talvez, fundamental fator de seleção pode ter sido introduzido. A demanda do SESP certamente não corresponde a toda a população da sede de Parintins e variáveis de diversas naturezas condicionam a utilização dos serviços de Saúde (15, 24, 25, 28). Acresce que 25% da demanda satisfeita pelo SESP não foi localizada. A homogeneidade das populações de casos e controles estabelecida quanto a muitas das variáveis em estudo pode ter sido até mesmo predeterminada em função do método utilizado para a eleição dos grupos. No entanto, outras possíveis fontes de dados apresentavam sub-registro e em termos de riqueza de informações (endereço, formas de comunicação etc.) não poderiam ser comparadas aos do SESP. Desta maneira, mais uma vez a questão do registro e sua qualidade devem ser ressaltadas, posto que somente quando houver sua solução poderão ser estabelecidos planejamentos de saúde capazes de efetivamente atender aos interesses da comunidade.

### *Definição de diarreia*

A definição de diarreia, para fins do estudo, baseada em observação da mãe, con-

\* Integraram a XXII Equipe de Medicina do Campus Avançado os alunos: Artur Lourenço da Fonseca, Cléber Márcio Rezende, Luiz Maurício Plotkowski, Maria Cristina Machado Maciel, Maria Elisa Katayama, Maria Isabel Campos Adrados, Mourad Ibrahim Belaciano e Neide Lazzaro.

duziu à exclusão do grupo etário inferior a 1 mês, pela possível analogia com o reflexo gastro-cólico. A confiabilidade dessa informação (temporal, inclusive) pode ser questionada. Armijo observa que, embora, em termos leigos, o "diagnóstico" de diarreia seja simples, em termos médicos torna-se difícil a operacionalidade e comparabilidade do mesmo, especialmente, em inquéritos de massa (4). Optou-se pelo título "doença diarreica aguda" em virtude da definição da Oficina Sanitária Panamericana\*, contraposta aos clássicos "diarreia infecciosa", "toxicose" etc., embora não seja ainda a melhor aproximação ao problema.

Estudos bem controlados, sob os pontos de vista da Epidemiologia e da Microbiologia, não evidenciam mais de 40% de isolamento dos agentes patogênicos classicamente associados a DDA (4, 8, 9, 18, 23, 27). Candelas e cols., em estudo de casos e controles, observaram que apenas o isolamento das shigelas estava efetivamente associado ao primeiro grupo (8), o que reforça a possibilidade de tais agentes não se constituírem em fator suficiente. Uma vez que não se dispunha, no local, de recursos laboratoriais para o estudo bacteriológico de amostras de fezes, sendo o envio de material a outros centros operacionalmente difícil e considerando-se tais informações bibliográficas, optou-se pela não realização de investigação de possíveis microrganismos patogênicos.

#### *Idade*

Sendo o grupo de casos mais velho que os controles, reafirmam-se os conceitos de exposição cumulativa ao ambiente, época de colonização do intestino e faixa sujeita a maior risco (5).

#### *Ocupação do chefe da família*

As limitações deste indicador já citadas devem ser acrescidas do uso de uma escala de interpretação adaptada para a hierarquização de ocupações em grandes áreas urbanas do Sul.

Torna-se, no entanto, difícil para observadores estranhos construir e testar com

precisão escalas capazes de resumir dadas peculiaridades regionais (30). Desta forma, a homogeneidade observada pode ser ou não um atributo real ligado às populações.

#### *Condições de moradia*

Através do teste estatístico, rejeitou-se a hipótese de associação entre condição de moradia (definida em função do tipo da construção e piso) e presença de diarreia na criança. Mais uma vez deve ser ponderado o possível selecionamento prévio da população. Deve ser destacado o expediente que permitiu a formulação de um indicador global, baseado em duas informações concordantes, mostrando uma associação importante para observações superficiais.

#### *Condições demográficas*

Os indicadores utilizados: índice de aglomeração; participação percentual dos grupos etários entre 0 e 5 anos e entre 0 e 14 anos no total dos habitantes da residência conduziram à aceitação das hipóteses nulas de não-associação entre dadas condições demográficas e DDA. A análise deste resultado deve considerar a possibilidade já aventada de vício na seleção da população, estando a não-associação determinada por um conjunto de variáveis previamente controladas.

#### *Participação social*

As medidas de resumo demonstraram não existir padrão diferencial de participação social da família dos grupos estudados.

Entretanto, deve ser avaliada criteriosamente a construção do indicador e sua escala de interpretação. A transformação de escalas nominais em ordinais pode muitas vezes não ser uma transcrição coerente, especialmente quando não se possui um padrão de interpretação de grande especificidade a que possam ser referidos os indicadores utilizados e investiga-se não a realidade, mas a consciência detida por um determinado sujeito (29).

\* "As doenças diarreicas agudas constituem um síndrome clínico de variada etiologia, principalmente de natureza infecciosa, que apresenta como manifestações comuns diarreia e, freqüentemente, febre" (23).

### *Nutrição*

Não se verificaram diferenças quanto as informações sobre as condições de nutrição nos dois grupos. Certamente a construção e os parâmetros do indicador podem suscitar profundas críticas, tanto do ponto de vista da validade, quanto da confiabilidade, conforme as estabelecidas no parágrafo anterior.

Por outro lado, mesmo os critérios clássicos de avaliação indireta das condições de nutrição através exame clínico, antropométrico e laboratorial podem sofrer restrições (7). Deste modo, para inquéritos de massa é preciso que se desenvolvam indicadores simples capazes de resumir o estado de nutrição de uma população.

### *Percepção da susceptibilidade e gravidade da DDA*

Observou-se, ainda uma vez, a pertinência dos grupos de casos e controles ao mesmo universo. É importante frisar a impossibilidade da formulação de indicadores únicos quer de susceptibilidade, quer de gravidade. Estabeleceu-se, portanto, que percepções relativas ao próprio filho e a outras pessoas estão referidas a estruturas cognitivas distintas.

### *Crenças sobre a causalidade da DDA*

Não diferiram os dois grupos quanto a esta variável. A identificação etiológica apenas uniausal e preponderantemente associada ao alimento demonstra, assim, a precariedade de observação e informação, facilitando a instalação de ciclos endêmicos ininterruptos.

### CONCLUSÃO

A verificação da presença de associação entre apenas uma variável — idade — com

a variável dependente estudada — DDA — estimula ao exame cauteloso de certos problemas teóricos e metodológicos desta investigação.

Um primeiro problema diz respeito ao critério de eleição do grupo estudado. O conjunto de crianças apresentava em comum a utilização dos serviços de Saúde da unidade do SESP, o que pode ter introduzido um vício de seleção em relação às variáveis investigadas.

Outro ponto de exame crítico é a construção dos indicadores relativos às medidas de nível socioeconômico e de variáveis psico-socioculturais (percepção de susceptibilidade e gravidade, crenças sobre a causalidade de doenças), cuja validade para a região onde se realizou o estudo pode ser questionada.

Finalmente, deve ser criticado o uso empírico de variáveis, tal como o realizado neste trabalho, por não se adequarem de forma clara e coerente a um esquema conceitual previamente estabelecido. É uma prática corrente em Epidemiologia a importação de "variáveis sociais e psico-socioculturais", traduzindo uma tentativa de incorporação de marcos teóricos das Ciências Sociais na explicação de problemas de Saúde. Entretanto, tal importação tem sido feita sem a construção de modelos teóricos onde se articulam os conceitos que se pretende utilizar para a explicação do problema em questão. Tal prática, que permeia a presente investigação, deve ser exaustivamente criticada.

Enfatiza-se a necessidade do prosseguimento de estudos que contemplem não só fatores de ordem biológica ligados à epidemiologia da DDA, mas também os pertinentes ao contexto social, atitudes desenvolvidas no decurso do processo saúde-doença e a adoção de medidas preventivas.

### SUMMARY

*A group of 199 children, aging 1 month to 1 year, living in Parintins, Am, were submitted to a diarrhoea case-control study according to: age; occupational condition of the chief or the family; living accomodation; demographic compo-*



sition; social interests of the family; child feeding; perceived susceptibility; perceived seriousness; concepts of cause of diarrhoea.

The non-association hypotheses between diarrhoea and the independent variables were accepted, except age. It is doubted the actual value of the studied sample.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABUASSI, W. L.; SUASSUNA, I.; MOTA, M. J. da; SILVA, M. & SUASSUNA, I. R. — Investigação sobre a etiologia bacteriana e o tratamento das gastroenterites agudas na primeira inf ncia. Rev. Inst. Med. trop., S. Paulo, 13: 18, 1971.
2. ALCÂNTARA, P. de & YUNES, J. — Mortalidade infantil *In* ALCÂNTARA, P. de & MARCONDES, E. (Ed.) — *Pediatria Básica*. 3  ed., S. Paulo, Sarvier, 1970, p. 31-9.
3. ARBELO, A. — La mortalit  infantile en Europe. *Currier CIE*, 15: 285, 1965.
4. ARMIJO, R. R. — Epidemiologia de las diarreas agudas de la infancia. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 57: 444, 1964.
5. BELACIANO, M. I.; MACIEL, M. C. M.; PLOTKOWSKI, L. M.; CRUZ, J. M. F. B. C. da & CAVALCANTI, G. W. de A. — Estudo retrospectivo sobre diarréias agudas na área do Grande Rio. 1971. (em publica o).
6. BUSTAMANTE, H. T. de; LUZ, T. P. & SZKLO, M. — Artrite reumatóide e umidade ("Doença reumatóide ativa" em 96 jaticultores de Parintins, Estado do Amazonas: uma associa o ocupacional e ambiental?). *J. bras. Med.*, 23: 51, 1972.
7. CAMPOAMOR, N. R. — Nutrición *In* SONIS, A. (Ed.) — *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. 1  ed., B. Aires, El Ateneo, 1971. p. 364-82.
8. CANDEIAS, J. A. N.; IARIA, S. T.; CHRISTOVÃO, D. A.; SCHMID, A. V.; TAUNAY, A. de & COTILLO, L. G., Z. — Pesquisa de enterobacteriaceas e enterovirus em crianças normais e com quadros diarréicos agudos. *Rev. S. Publ.*, 2: 194, 1968.
9. GORDON, J. E.; BEHAR, M. & SCRIMSHAW, N. S. — La enfermedad diarreaica aguda en los paises en vias de desarrollo. I. Base epidemiológica de su control. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 56: 415, 1964.
10. GORDON, J. E.; GUZMAN, M. R.; ASCOLI, W. & SCRIMSHAW, N. S. — La enfermedad diarreaica aguda en los paises en vias de desarrollo. II. Sus caracteristicas epidemiológicas en la población rural de Guatemala. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 56: 424, 1964.
11. GORDON, J. E.; BEHAR, M. & SCRIMSHAW, N. S. — La enfermedad diarreaica aguda en los paises en vias de desarrollo. III. Métodos de prevención y control. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 56: 436, 1964.
12. HODGES, R. E. — Nutrición in relation to infection. *Med. Clin. N. Amer.*, 48: 1153, 1964.
13. HUTCHINSON, B. — Mobilidade e trabalho (Um estudo da cidade de São Paulo). Rio, Centro Brasileiro de Pesquisas Educacionais, 1960.
14. IBGE — Anuário Estatisticdo do Brasil. Rio, 1971. 832p.
15. KASL, S. V. & COBB, S. — Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Arch. Environm. Hlth.*, 12: 246, 1966.
16. LUZ, T. P.; BUSTAMANTE, H. T. de; SZKLO, M. & STROZENBERG, A. — "Complexo de sintomas respiratórios" e "rinite vasomotora". Prevalência em operários da FabrilJuta de Parintins, Amazonas, jun. 1971. *Rev. bras. Med.*, 29: 184, 1972.
17. MANCEAU, J. N.; ALBUQUERQUE, A. M. & MAROJA, R. C. — Diarréia infantil e condi es sanitárias do meio ambiente (Estudo levado a efeito na cidade de Palmares, Pernambuco). *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 51: 244, 1960.
18. MONTELLI, A. C. & TRABULSI, L. R. — Diarréias causadas por Shigella, Salmonella e E. coli enteropatogênica no Municipio de Botucatu, S. Paulo. *Rev. Assoc. méd. bras.*, 16: 23, 1970.
19. MORAES, N. L. de A. — Epidemiologia das diarréias infantis. *Bol. Inst. Puer.*, 17: 200, 1960.

20. MORAES, N. L. de A. — Alguns indicadores de Saúde para o Brasil em 1969. *Boletim Epidemiológico*, 1: 167, 1970.
21. MORTALIDADE por diarreias infecciosas entre crianças no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 2: 17, 1970.
22. MURAHOVSKI, J. & MOURA, R. de A. — Vírus e associação vírus-bactéria na etiologia da gastroenterite aguda na infância. *Pediatr. prat.*, 40: 27, 1969.
23. OPAS — Doenças diarreicas agudas *In* Profilaxia das doenças transmissíveis. Washington, 10ª ed., 1965. Publ. Cient. nº 162. p. 92-103.
24. ROSENSTOCK, I. M. — Why people use health services. *Milbank Mem. Fund. Quart.*, 45: 1, 1966.
25. ROSENSTOCK, I. M. — Prevention of illness and maintenance of health *In* KOSA, J.; ANTONOVSKI, A. & ZOLA, I. K. (Ed.) — Poverty and health (A sociological analysis). Mass., Harvard University Press, 1969. p. 168-90.
26. SCHMIDT, B. J. — Diarreia aguda. *Pediatr. mod.*, 5: 6, 1971.
27. SUASSUNA, I. & SUASSUNA, I. R. — Interação entre infecção intestinal e distúrbios do estado nutricional. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 61: 504, 1966.
28. SUCHMAN, E. A. — Fases de las enfermedades y atención médica. *J. Hlth. Soc. Behav.*, 6: 114, 1965.
29. STEVENS, S. S. — On the theory of scales of measurement. *Science*, 103: 677, 1946.
30. WITT, A. — A Saúde pública e o problema da classificação social. *Rev. S. Publ.*, 1: 172, 1967.
31. YUNES, J. — A criança e a realidade social. *In* ALCÂNTARA, P. de & MARCONDES, E. (Ed.) — *Pediatria básica* 3ª ed., S. Paulo, Sarvier, 1970, p. 74-8.

Tabela 1 — População recenseada em Parintins, segundo as microregiões, municípios e distritos \*

População	Urbana	Rural	Suburbana	TOTAL
Nº .....	6.902	21.627	10.160	36.689

\* Fonte: IBGE — Censo de 1970.

Tabela 2 — Distribuição da população residente em Parintins, segundo as microregiões, municípios e distritos \*

População	TOTAL	Urbana	%
Nº .....	38.104	16.721	43,88

\* Fonte: IBGE — Censo de 1970.

Tabela 3 — Associação entre tipo de construção e piso, segundo pares concordantes, em 199 residências de Parintins, AM, dez, 1971

Piso Construção	Diferente do exterior		Em continuidade com o exterior		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Alvenaria ou Madeira ..	95	(64)	26	(57)	121
Taipa ou Palha .....	10	(41)	68	(37)	78
TOTAL .....	105		94		199

fo = frequência observada

fe = frequência esperada

$$\chi^2_1 = 80,3 \quad p < 0,001$$

Tabela 4 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo idade.

Idade (meses)	Casos		Controles		TOTAL	
	f	(%)	f	(%)	f	(%)
1 — 4 .....	10	( 8,6)	20	(24,1)	30	(15,1)
4 — 7 .....	22	(19,0)	26	(13,3)	48	(24,1)
7 — 10 .....	50	(43,1)	22	(26,5)	72	(36,2)
10 — 13 .....	34	(29,3)	15	(18,1)	49	(24,6)
TOTAL .....	116		83		199	

$$\bar{X} = 7,79 \pm 1,67 \text{ m}$$

$$\text{Md} = 7,93 \text{ m}$$

$$\bar{X} = 6,14 \pm 3,12 \text{ m}$$

$$\text{Md} = 5,41 \text{ m}$$

Tabela 5 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo ocupação do chefe.

Ocupação	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
I .....	88	(83,0)	54	(59,0)	142
II .....	12	(12,3)	9	( 8,7)	21
III .....	9	( 9,9)	8	( 7,1)	17
IV .....	2	( 1,8)	1	( 1,2)	3
Outros .....	3	( 7,0)	9	( 5,0)	12
TOTAL .....	114		81		195

$$\chi^2 = 6,35$$

$$0,1 > p > 0,2$$

Tabela 6 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo condições de moradia.

Moradia	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Boa .....	49	(55,4)	46	(39,6)	95
Ruim .....	42	(39,6)	26	(28,4)	68
Indeterminada * .....	25	(21,0)	11	(15,0)	36
<b>TOTAL</b> .....	<b>116</b>		<b>83</b>		<b>199</b>

$$\chi^2 = 3,94$$

$$0,10 > p > 0,20$$

\* Moradia interminada — Indicador resultante da formação de pares não-concordantes: a) construção de alvenaria ou madeira e piso em continuidade com o exterior; b) construção de palha ou taipa e piso diferente do exterior.

Tabela 7 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo índice de aglomeração.

Índice de aglomeração	Casos	Controles	TOTAL
0 — 3 .....	58	51	109
3 — 6 .....	45	23	68
6 — 9 .....	9	7	16
9 — 12 .....	3	1	4
12 — 17 .....	0	1	1
<b>TOTAL</b> .....	<b>115</b>	<b>83</b>	<b>198</b>

$$\bar{X} = 3,4 \pm 2,2$$

$$Md = 2,8$$

$$\bar{X} = 3,3 \pm 3,6$$

$$Md = 2,7$$

Tabela 8 — Participação percentual, em casos e controles de DDA, do grupo etário de 0 a 5 anos, em relação ao total de residentes em 197 residências de Parintins, AM, dez. 1971.

Participação percentual	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
0 — 20% .....	16	(20,8)	20	(15,2)	36
20 — 40% .....	64	(56,1)	33	(40,9)	97
40 — 60% .....	29	(30,7)	24	(22,3)	53
60 — 80% .....	5	(6,4)	6	(4,6)	11
TOTAL .....	114		83		197

$$\chi^2_3 = 6,26$$

$$0,025 > p > 0,05$$

Tabela 9 — Participação percentual, em casos e controles de DDA, do grupo etário de 0 a 14 anos, em relação ao total de residentes em 197 residências de Parintins, AM, dez. 1971.

Participação percentual	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
0 — 20% .....	0	(1,7)	3	(1,3)	3
20 — 40% .....	20	(19,7)	14	(14,3)	34
40 — 60% .....	31	(33,6)	27	(24,4)	58
60 — 80% .....	55	(52,1)	35	(37,9)	90
80 — 100% .....	8	(6,9)	4	(5,1)	12
TOTAL .....	114		83		197

$$\chi^2_4 = 5,33$$

$$0,25 > p > 0,30$$

Tabela 10 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo participação social da família.

Participação social (total de pontos)	Casos f	Controles f	TOTAL
1  — 4 .....	31	12	43
4  — 7 .....	55	45	100
7  — 10 .....	28	23	51
10  — 13 .....	2	3	5
<b>TOTAL</b> .....	<b>116</b>	<b>83</b>	<b>199</b>

$$\bar{X} = 5,03 \pm 2,18 \text{ pt}$$

$$\text{Md} = 5,68 \text{ pt}$$

$$\bar{X} = 5,61 \pm 1,16 \text{ pt}$$

$$\text{Md} = 5,56 \text{ pt}$$

Tabela 11 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo nutrição.

Nutrição (pontos)	Casos f	Controles f	TOTAL
0  — 4 .....	9	6	14
4  — 8 .....	12	9	21
8  — 12 .....	51	38	89
12  — 16 .....	44	29	73
<b>TOTAL</b> .....	<b>116</b>	<b>82</b>	<b>198</b>

$$\bar{X} = 10,48 \pm 3,33 \text{ pt}$$

$$\text{Md} = 10,42$$

$$\bar{X} = 10,44 \pm 3,45 \text{ pt}$$

$$\text{Md} = 10,86$$

Tabela 12 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo percepção da suscetibilidade de outra pessoa a DDA.

Suscetibilidade de outra pessoa	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Máxima * .....	79	(78,0)	53	(54,0)	132
Média ** .....	20	(19,5)	13	(13,5)	33
Mínima *** .....	15	(16,5)	13	(11,5)	28
TOTAL .....	114		79		193

$$\chi^2 = 0,39$$

$$0,8 > p > 0,9$$

- \* Resposta positiva à assertiva 8.1.1. (Anexo).  
 \*\* Resposta positiva à assertiva 8.1.2. (Anexo).  
 \*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.1.3. (Anexo).

Tabela 13 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo suscetibilidade do próprio filho a DDA.

Suscetibilidade do próprio filho	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Máxima * .....	58	(50,2)	27	(34,8)	85
Média ** .....	33	(33,7)	24	(23,3)	57
Mínima *** .....	23	(30,1)	28	(20,9)	51
TOTAL .....	114		79		193

$$\chi^2 = 3,41$$

$$0,1 > p > 0,2$$

- \* Resposta positiva à assertiva 8.2.3. (Anexo).  
 \*\* Resposta positiva à assertiva 8.2.2. (Anexo).  
 \*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.2.1. (Anexo).



Tabela 14 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo percepção da gravidade da DDA em outra pessoa.

Gravidade em outra pessoa	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Morte * .....	64	(60,5)	38	(41,5)	102
Doença grave ** .....	20	(25,0)	22	(17,0)	42
Doença leve *** .....	17	(16,8)	11	(11,2)	28
Assintomática **** .....	11	(9,7)	5	(6,3)	16
<b>TOTAL</b> .....	<b>112</b>		<b>76</b>		<b>189</b>

$$\chi^2_{\frac{2}{3}} = 3,40$$

$$0,3 > p > 0,5$$

- \* Resposta positiva à assertiva 8.4.4. (Anevo).
- \*\* Resposta positiva à assertiva 8.4.3. (Anexo).
- \*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.4.2. (Anexo).
- \*\*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.4.1. (Anexo).

Tabela 15 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo percepção da gravidade da DDA no próprio filho.

Gravidade no próprio filho	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Morte * .....	85	(89,2)	66	(61,8)	151
Doença grave ** .....	16	(11,8)	4	(8,2)	20
Doença leve *** .....	1		1		2
Assintomática **** .....	0		1		1
<b>TOTAL</b> .....	<b>102</b>		<b>72</b>		<b>174</b>

$$\chi^2_{\frac{2}{1}} = 4,12$$

$$0,025 > p > 0,05$$

- \* Resposta positiva à assertiva 8.3.1. (Anexo).
- \*\* Resposta positiva à assertiva 8.3.2. (Anexo).
- \*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.3.3. (Anexo).
- \*\*\*\* Resposta positiva à assertiva 8.3.4. (Anexo).

Tabela 16 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo número de crenças identificadas.

Crença	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Unicausal .....	72	(74,3)	56	(53,7)	128
Multicausal .....	36	(33,7)	22	(24,3)	58
<b>TOTAL</b> .....	<b>108</b>		<b>78</b>		<b>186</b>

$$\chi^2_{1} = 0,54$$

$$0,3 > p > 0,5$$

Tabela 17 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo tipos de crenças unicasais, identificadas.

Crença unicausal	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
Alimento .....	61	(59,6)	45	(46,4)	106
—1 fator .....	45		34		
—2 fatores .....	14		11		
—3 fatores .....	2		0		
Agentes físicos .....	4	( 2,8)	1	( 2,2)	5
Dentição .....	2	( 1,1)	0	( 0,9)	2
Outros .....	5	( 8,5)	10	( 6,5)	15
<b>TOTAL</b> .....	<b>72</b>		<b>56</b>		<b>128</b>

$$\chi^2_{3} = 6,18$$

$$0,1 > p > 0,2$$

Tabela 18 — Distribuição dos casos e controles de DDA, observados em Parintins, AM, dez. 1971, segundo tipos de crenças identificados.

Crença multicausal	Casos		Controles		TOTAL
	fo	(fe)	fo	(fe)	
2 conceitos ..... (alimento incluído)	29	(29,8)	19	(18,2)	48
2 conceitos ..... (alimento excluído)	3	( 3,8)	3	( 2,2)	6
3 conceitos .....	4	( 2,4)	0	( 1,6)	4
TOTAL .....	36		22		58

$$\chi^2 = 2,36$$

$$0,3 > p > 0,5$$

## . ANEXO

## QUESTIONARIO I

CASO .....

CONTROLE .....

EXCLUÍDO .....

## 1. IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

1.1. Nome do chefe .....

1.2. Endereço .....

1.3. Informações adicionais .....

## 2. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

2.1. Nome ..... 2.2. Idade .....

## 3. IDENTIFICAÇÃO DE CASOS

3.1. Seu filho(a) teve diarreia nas 4 últimas semanas?

 sim  não

3.2. Seu filho(a) já teve diarreia alguma vez na vida?

 sim  não

## 4. PERGUNTAS DE CONTROLE

4.1. Se SIM,

4.1.1. Como tratou a criança?

 não tomou medida alguma automedicou procurou pessoa leiga ..... (quem?) procurou o SESP procurou o Campus

4.2. Se NÃO,

4.2.1. A snra. já levou seu filho(a) alguma vez ao SESP ou ao Campus?  sim  não

4.2.2. Se SIM, por que? .....

4.2.3. Seu filho(a) já esteve internado em hospital alguma vez?

 sim  não

4.2.4. Se SIM, por que? .....

QUESTIONÁRIO II

CASO nº .....

CONTROLE nº .....

1. IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA (vide Questionário I)

2. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA (vide Questionário I)

3. OCUPAÇÃO

3.1. Qual a ocupação do chefe da família? .....

3.2. Descrição da ocupação .....

4. CONDIÇÕES DE MORADIA

4.1. Nº de cômodos .....

4.2. Construção

( ) alvenaria ( ) madeira ( ) taipa ( ) palha

4.3. Piso

( ) diferente do exterior ( ) contínuo com o exterior

5. DADOS DEMOGRÁFICOS

5.1. Quantas pessoas moram? .....

5.2. Listagem dos moradores

categoria	nome	idade	rel. c/chefe
-----------	------	-------	--------------

1.

.

10.

6. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

6.1. Cinema

6.2. Rádio

6.3. Clube de mães

6.4. Reuniões religiosas

	MV	PV	R	N
6.1. Cinema	.....	.....	.....	.....
6.2. Rádio	.....	.....	.....	.....
6.3. Clube de mães	.....	.....	.....	.....
6.4. Reuniões religiosas	.....	.....	.....	.....

## 7. NUTRIÇÃO

## 7.1. Alimentação da família

7.1.1. Alimentos preparados para a refeição de ontem:

.....

7.1.2. Alimentos preparados para a refeição de hoje:

.....

## 7.2. Alimentação da criança

7.2.1. A criança está sendo alimentada no seio?

 sim                       não7.2.2. Se NÃO, deixou de ser alimentada totalmente ao seio com  
..... meses.

7.2.3. Alimentou-se apenas ao seio até ..... meses.

7.2.4. A criança é alimentada com outro leite que não o materno?

 sim ..... (qual?)                       não

7.2.5. Se SIM, por que? .....

7.2.6. A snra. acha os outros leites em relação ao materno:

 melhores                       iguais                       piores

## 8. ATITUDES

8.1. A snra. acha que a diarreia é uma doença que:

8.1.1.  ataca muito facilmente qualquer pessoa8.1.2.  as pessoas podem pegar, mas não é muito fácil8.1.3.  é muito difícil pegar nas pessoas

8.2. A snra. acha que:

8.2.1.  vai ser muito difícil seu filho pegar diarreia8.2.2.  ele pode pegar mas não vai ser tão provável8.2.3.  pode ser muito fácil ele pegar diarreia

8.3. A snra. acha que se seu filho pegar diarreia e não for tratado, pode:

8.3.1.  morrer8.3.2.  prejudicar muito a saúde8.3.3.  fazer com que ele fique na cama e depois cure8.3.4.  ele não vai ter muito problema, vai curar depressa e  
nem vai precisar ficar na cama

8.4. A snra. acha que a diarréia é uma doença que quando ataca as pessoas:

8.4.1. ( ) não dá nenhum problema, porque cura depressa e a pessoa nem precisa ficar na cama

8.4.2. ( ) faz com que as pessoas fiquem alguns dias na cama, mas logo depois cura

8.4.3. ( ) prejudica muito a saúde, porém sem matar

8.4.4. ( ) mata

8.5. Como uma criança pode pegar diarréia? .....

.....

.....