

A PREVALÊNCIA DE DIARRÉIA EM CRIANÇAS COM UMA AMAMENTAÇÃO AUSENTE OU INFERIOR A SEIS MESES

THE PREVALENCE OF DIARRHEA IN CHILDREN WITH THE ABSENCE OF BREASTFEEDING OR IN WHICH IT IS UNDER SIX MONTHS OF AGE

PREDOMINIO DE DIARREA EN NIÑOS CON AUSENCIA DE LACTANCIA MATERNA O INFERIOR A SEIS MESES

MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO¹

ANDRÉIA BATISTA FERREIRA²

KAMILA DE MENDONÇA GONDIM³

EMÍLIA SOARES CHAVES⁴

A amamentação é um ato que repercute de forma biopsicossocial no desenvolvimento da criança, interferindo, especialmente, na prevenção de doenças infecciosas, como a diarreia. Dessa forma, objetivou-se verificar a prevalência do diagnóstico de diarreia em crianças com amamentação ausente ou inferior a seis meses que buscavam um serviço de atenção básica de Fortaleza. Foram abordadas 121 crianças durante os meses de junho e julho de 2005, havendo a coleta de informações com as mães por intermédio de um formulário. Os resultados revelaram que 39,7% das crianças mamaram por menos de seis meses e que 5,8% não mamaram. No contexto das crianças com amamentação ausente ou ineficaz, diagnosticou-se diarreia em 23,7% delas. É consenso de vários estudos que o leite materno possui características imunológicas que previnem o surgimento de diarreias. Assim, conclui-se que a amamentação até os seis meses de vida é uma ação importante na promoção da saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno; Diarreia infantil; Prevenção Primária.

Breast-feeding is an act that has a bio psychosocial repercussion on the child development, interfering, especially, on the prevention of infectious diseases like diarrhea. The aim of this study is to analyze the prevalence of the diagnosis of diarrhea in children who were not breastfed or were breastfed for less than six months and who sought a primary care service in Fortaleza. During the months of June and July 2005, it was made the collection of data with the mothers of 121 children, through a form. The results show that 39,6% of the kids had been breastfed for less than 6 months and 5,7% had not been breastfed at all. Among the kids who had not been not breastfed, 23,6% have had a diagnosis of diarrhea. It is unanimous of many studies that the maternal milk has immune characteristics that prevent diarrhea. Therefore, it was concluded that breastfeeding until 6 months of age is an important action to promote children's health.

KEYWORDS: Breast-feeding; Diarrhea infantile; Primary Prevention.

La lactancia materna es un acto que repercute de forma biológica, psicológica y social en el desarrollo del niño, interfiriendo, especialmente, en la prevención de enfermedades infecciosas como la diarrea. Por consiguiente, se planteó la necesidad de verificar el predominio del diagnóstico de diarrea en niños que nunca mamaron o cuya lactancia fue inferior a seis meses, atendidos en un servicio de atención básica de Fortaleza. Durante los meses de junio y julio de 2005 fueron observados 121 niños, las informaciones se recogieron con las madres por medio de un formulario. Los resultados mostraron que 39,6% de los bebés mamaron por menos de seis meses y que 5,7% de ellos no mamaron. En el contexto de los niños con ausencia de lactancia materna o ineficaz, el diagnóstico de diarrea fue identificado en el 23,6% de ellos. Es consenso de varios estudios que la leche materna tiene características inmunológicas que previenen un brote de diarreas. Así, se concluye que la lactancia materna hasta los seis meses de vida es una acción importante en la promoción de la salud del niño.

PALABRAS CLAVE: Lactancia Materna; Diarrea infantil; Prevención Primaria.

¹ Acadêmico do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista IC/CNPq. E-mail: marciofma@yahoo.com.br

² Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: deinhafb@yahoo.com.br

³ Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: kmillamg@terra.com.br

⁴ Enfermeira. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: emiliasoareschaves@yahoo.com.br

⁵ O estudo delimitou como maior que seis meses o aleitamento, exclusivo ou não, que ocorreu por no mínimo seis meses, não especificando um limite posterior para este intervalo.

INTRODUÇÃO

A dinâmica fisiológica e emocional da criança tem sua gênese no vínculo inicial entre mãe e filho. Neste binômio, especialmente, o processo de amamentação, realiza uma integração biológica, social e psicológica como também uma imunização notável, pois além de fonte nutricional vital, o alimento da nutriz é um poderoso agente protetor contra diversas enfermidades, a saber: infecções respiratórias, septicemias, alergias e diarreias¹.

Especialmente no panorama das doenças diarreicas ou gastroenterites, esse efeito imune promovido pelo aleitamento materno, é intenso e deve-se aos fatores solúveis de ação antigênica do leite materno. O colostro possui um fator de crescimento e probiótico (fator bífido) que promove a colonização do trato gastrintestinal infantil pelas *Bifidobacterias* ou *Lactobacilus*, envolvidas na produção de ácido láctico, substância prejudicial ao desenvolvimento microbiano. Além disso, as *Bifidobacterias* competem com os microorganismos exógenos patogênicos pelo ambiente gástrico e entérico infantil.^{2, 3, 4}

Nas crianças, no que se refere aos aspectos fisiopatológicos das diarreias, é sabido que elas causam distúrbios na homeostase hidroeletrólítica gástrica e entérica, caracterizados por diminuição da absorção e aumento da secreção entérica de água e de eletrólitos e, conseqüentemente, grandes perdas fecais. Esses processos, por sua vez, geram instabilidade circulatória e/ou uma deterioração renal, podendo levar ao óbito, quando não há assistência clínica efetiva em tempo hábil^{5, 6}.

Entretanto, para o advento e perpetuação da proteção contra infecções como a diarreia, impulsionada pelo leite materno, faz-se necessário, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), um período de amamentação igual ou superior a seis meses. A OMS preconiza ainda que até o sexto mês de vida infantil este aleitamento seja exclusivo, havendo posteriormente a introdução de uma alimentação complementar, simultânea ao aleitamento até os dois anos, quando, então, a criança deve iniciar uma alimentação diferente do leite materno^{7, 8, 9}.

No Brasil, inquéritos epidemiológicos estimam que 61% das crianças sofrem desmame precoce. Especificamente no estado do Ceará, somente 3,3% das mães amamentam

até o sexto mês de vida como preconiza a OMS. Outro estudo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, acerca da prevalência de amamentação das crianças brasileiras em capitais nacionais, revelou que até o segundo mês de vida infantil há uma adesão de 85,7% no Brasil à prática do amamentamento, expondo uma situação muito positiva de aleitamento. Todavia, quanto ao aleitamento exclusivo por seis meses, a situação é preocupante já que, neste estudo, nenhuma capital brasileira cumpriu esta determinação da OMS^{7, 8, 10}.

Esse desmame precoce, pode estar relacionado a fatores como valores culturais, déficit educacional da nutriz, retorno materno ao mercado de trabalho ou condições socioeconômicas precárias. Há publicações que revelam que 21% das internações hospitalares infantis brasileiras são motivadas por diarreias, contextualizando esta patologia entre as cinco principais doenças prevalentes na infância dos brasileiros. No estado do Ceará, a taxa de mortalidade infantil por diarreia é de 24% no interior e de 16% na capital^{7, 8}.

Diante do exposto, compreende-se que há uma relação de risco entre desmame precoce e diarreia infantil. Dessa forma, mediante a relevância desta temática na saúde da criança, como um problema de saúde pública, objetivou-se verificar a prevalência do diagnóstico de diarreia em crianças de 0 a 10 anos de idade, atendidas numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) de Fortaleza, cuja amamentação fosse inferior a seis meses ou ausente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa-descritiva. Nesse modelo de estudo, há uma investigação sobre as dimensões e manifestações de um determinado fenômeno numa população específica¹¹.

A pesquisa foi realizada numa comunidade da periferia de Fortaleza, especificamente, numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF). Essa é classificada como de referência nacional no Programa Saúde da Família (PSF), possuindo programas assistenciais bastante específicos como o de endocrinologia, dermatologia, urologia, oftalmologia, radiologia e ultra-sonografia que, habitualmente, não existem em outras UBASF. Dessa forma, um serviço de atenção primária muito acessado por famílias de toda a cidade.

O estudo desenvolveu-se durante o período de junho a julho de 2005. A população foi composta por crianças que se encontravam na UBASF pesquisada em busca de assistência pediátrica. Na seleção da amostra, adotaram-se como critérios de inclusão: criança de 0 a 10 anos de idade e presentes na UBASF no momento da coleta de dados e acompanhadas pela mãe.

O primeiro critério foi utilizado no delineamento da amostra, tendo em vista que é consenso de publicações científicas consultadas que a durabilidade do caráter imunizante do leite materno em torno das diarreias é um processo que ultrapassa a lactância e os cinco anos de vida, fato que se relaciona à memória imunológica destes indivíduos. Especificamente no Ceará, os estudos destacam que a incidência de diarreia para cada 1.000 crianças maiores de cinco anos seria de 40,7 casos. Além disso, ao se adotar essa faixa etária, tentou-se elevar a sensibilidade da seleção da amostra, no sentido de captar casos de diarreia persistente e crônica, incomuns em menores de cinco anos, mas prevalentes nas demais faixas etárias, podendo alcançar até mesmo a população adulta e geriátrica^{12, 13, 2}.

O segundo critério, acerca da presença materna no momento da coleta, adotou-se a fim de se obter informações mais fidedignas, sobre o período de amamentação e sinais e sintomas infantis, já que comumente é a genitora a principal envolvida na prestação dos cuidados infantis¹⁴.

Outro aspecto considerado na seleção das crianças foi a exclusão daquelas que tivessem diagnóstico de alguma doença crônica ou condição que interferisse nos seus padrões gástricos. Respeitados esses aspectos as crianças foram selecionadas por conveniência.

Para a constituição da amostra foram realizadas oito visitas à UBASF pesquisada, havendo duas visitas semanais sistemáticas no período de junho a julho de 2005, pelo turno matinal, já que, consensualmente, percebe-se que este é o turno mais buscado pelos clientes da atenção primária. As visitas foram efetuadas por acadêmicos de enfermagem capacitados para o estudo.

Tais procedimentos culminaram numa amostra de 121 crianças investigadas. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um formulário estruturado, abrangendo dados pessoais, sócio-demográficos, e de saúde, a saber: nome, idade, nascimento, forma de moradia, renda familiar, esco-

laridade materna, motivo da consulta, sinais e sintomas da criança, período de amamentação e diagnóstico médico.

A aplicação do formulário desenvolveu-se na sala de espera do consultório pediátrico da UBASF pesquisada no momento em que as crianças aguardavam a consulta clínica com as suas respectivas mães. A captação desses dados dividiu-se em dois momentos: pré-consulta e pós-consulta. O primeiro se destinou à obtenção de dados pessoais e sócio-demográficos e de saúde, enquanto o segundo identificou junto à mãe da criança o diagnóstico médico.

Analisaram-se os dados com o auxílio do Programa Epiinfo versão 6.0, por meio da estatística descritiva com a elaboração das frequências absolutas e percentuais que, posteriormente, foram organizados em tabelas para, em seguida, serem analisadas mediante literatura pertinente à temática.

O estudo foi desenvolvido dentro dos padrões éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMPEPE), do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, sob o protocolo de nº. 298/05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as 121 crianças foram avaliadas, sendo as variáveis submetidas à análise: sexo, faixa etária, período de amamentação, escolaridade materna, renda familiar e diagnóstico.

Em torno das variáveis sexo e faixa etária predominou o sexo feminino com 52,8% e a faixa etária correspondente a 1-3 anos de idade como destaca a Tabela 01.

TABELA 01 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E SEXO. FORTALEZA-CE. 2005

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
Faixa etária (anos)		
< 1	20	16,5%
1-3	43	35,5%
3-5	24	20%
5-10	34	28%
TOTAL	121	100%
Sexo		
Feminino	64	52,8%
Masculino	57	47,2%
TOTAL	121	100%

Estudo epidemiológico realizado em Fortaleza com 489.069 casos de diarreia, durante os anos de 1996-2001 destacou, em acordo com a tabela acima, que as gastroenterites predominam na faixa etária entre 1-4 anos de idade. Porém, aqui essa faixa foi seguida pelas crianças de 5-10 anos de idade, enquanto no estudo supracitado, a segunda faixa mais prevalente foi a das crianças menores de um ano. Ainda acerca do estudo populacional, destaca-se que a incidência de diarreia foi 3,8 vezes maior nas crianças menores de um ano, em relação àquelas que tem entre 1-4 anos de idade ¹³. Ainda acerca deste tema, estudos salientam que a diarreia é uma das cinco patologias mais prevalentes em crianças menores de cinco anos no Brasil ^{7,8}.

No tocante ao aleitamento materno verificou-se que o período de amamentação mais referido foi o menor que seis meses que ocorreu em 39,6% dos pesquisados. As crianças que mamaram um período igual ou maior que seis meses representaram 35,8%⁵. Houve ainda, a detecção de que 5,7% das crianças não mamaram e 19% ainda mamavam. Este último grupo foi constituído pelas crianças menores de seis meses de idade (tabela 02).

to Materno que afirma ser de 61% o percentual de crianças brasileiras que sofrem desmame precoce ⁸. A amamentação inferior a seis meses, prevalente no estudo, e a parcela significativa de crianças que não mamaram podem ser também reflexo do cuidado materno dedicado à alimentação infantil que, rotineiramente, em nossa sociedade ainda é deficitário.

O aleitamento materno é uma ação de promoção da saúde holística, pois, além de favorecer um desenvolvimento biológico precoce, é capaz de iniciar um vínculo interativo entre mãe e filho ao estabelecer ações de cuidado, aceitação, proteção e afeto. Logo, ao realizar o desmame precoce, ao usar a mamadeira ou delegando a outra pessoa a alimentação do infante, a nutriz, principalmente no puerpério, estará privando seu filho de um estímulo biopsicossocial ¹⁵.

O desmame precoce, desencadeado pela hipogalactia possui fatores de cunho sócio-cultural, pois aleitar é um ato humano, e como tal, pode ser influenciado pelo ambiente no qual estão inseridos os principais integrantes desse processo: mãe e filho. Essas influências compreendem des-

TABELA 02 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO A RELAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO E ESCOLARIDADE MATERNA. FORTALEZA-CE. 2005.

<i>Escolaridade Materna</i>	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Médio Incompleto	Ensino Superior	TOTAL
Amamentação						
< 6 meses (N)	11	28	7	2	-	48
% Coluna	68,7	35,8	29,1	40		39,7
≥ 6 meses (N)	5	26	9	1	2	43
% Coluna	31,2	35,6	37,5	20	66,6	35,5
Ainda mama (N)	-	15	6	2	-	23
% Coluna		20,5	25	40		19
0 meses (N)	-	4	2	-	1	7
% Coluna		5,4	8,3		33,3	5,8
TOTAL (N)	16	73	24	5	3	121
% Coluna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A liderança da categoria que representa lactação, por leite materno, inferior a um semestre é um resultado compatível com os dados do Programa Nacional de Aleitamen-

de comportamentos sociais, como vaidade, preguiça e praticidade, até o uso de lactogogos inúteis ou prejudiciais à lactogênese ¹⁶.

Ao se analisar a situação de aleitamento em conformidade com a escolaridade materna detectou-se que, nas crianças que mamaram por menos de seis meses e nas que não mamaram, predominou, como escolaridade materna, o ensino médio incompleto com respectivamente, 58,3% e 57,1% de valores. Igualmente, as mães que aleitaram por seis meses ou mais também tinham como escolaridade mais prevalente o ensino médio incompleto (60,4%). Apesar do reduzido número de mães com ensino superior desta investigação, mostrou-se uma relação positiva entre ensino superior e aleitamento, já que das mulheres com ensino superior, 66,6% aleitaram por seis meses ou mais (tabela 02).

No tocante a alguns indicadores econômicos, das mães e crianças avaliadas, observou-se, no aspecto da renda familiar mensal, os seguintes números: 62% ganhavam até três salários mínimos, 29,8% conseguiam uma renda mensal de até um salário mínimo e apenas 8,2% obtinham uma renda familiar superior a três salários mínimos, o que retrata uma condição econômica debilitada (tabela 03).

TABELA 03 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO RENDA FAMILIAR MENSAL. FORTALEZA-CE. 2005.

<i>Renda Mensal</i>	<i>Freqüência</i>	<i>Porcentagem</i>
Até 3 Salários Mínimos*	75	62,0%
Até 1 Salário Mínimo	36	29,8%
Acima de 3 Salários Mínimos	10	8,2%
Total	121	100,0%

*Salário Mínimo de R\$ 300,00 reais

Associando os aspectos socioeconômicos débeis das mães investigadas ao processo de aleitamento materno, constatou-se, por meio de pesquisas realizadas, que o contexto biopsicossocial em que está inserida a mulher que aleita é fundamental, já que, embora, aparentemente fisiológico, o ato de aleitar é influenciado por um conjunto variado de condições no seu desenvolvimento, como: o estado de saúde, a condição psicológica (estresse) e socioeconômica da nutriz e dos que se relacionam ^{16, 17}.

Ainda sobre o cenário dos parâmetros sociais supracitados, é pertinente salientar que a escolaridade materna apresenta uma relação direta com a qualidade dos cuidados oferecidos aos filhos. Especificamente acerca dos cuidados maternos na prevenção de gastroenterites, há discursos

baseados em estudos, que apontam que cada ano adicional de escolaridade materna é capaz de reduzir em 7% a incidência de enfermidades diarréicas em crianças ¹⁸.

Isso, possivelmente, é devido ao fato de que mães que possuem uma maior instrução possuem melhores condições para compreender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e de, conseqüentemente, aplicá-las na melhoria do cuidado infantil como noções de higiene, imunização, terapia de hidratação oral e a própria amamentação.

O nível da renda familiar é um indicador de bem-estar social, pois uma condição familiar econômica favorável permite o acesso a bens de consumo e serviços que proporcionam uma boa qualidade de vida, tais como moradia, saneamento básico e educação.

Ao se correlacionar o cenário dos aspectos sociais à gênese das infecções entéricas, é clinicamente relevante ressaltar ainda que a função gastrointestinal possui características e relações conforme o contexto biopsicossocial do indivíduo. Dessa forma, a diarreia é uma patologia multifatorial e não meramente biológica, pois pode resultar de aspectos culturais, habitacionais, nutricionais, familiares ou do próprio indivíduo ⁵.

Uma família que não ingere água tratada ou que ingere alimentos ricos em lipídios e pobres em fibras, ou até mesmo que come alimentos deteriorados, possivelmente, porque é peculiar ou necessário a este grupo agir assim, é um exemplo de como o contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos ou grupos pode interferir na vulnerabilidade em relação às doenças entéricas.

Todavia, mesmo com estes conhecimentos é passível de discussão o caráter de pobreza atribuído aos casos de diarreia, como o encontrado nesta pesquisa. Estudos de coorte mostram, realmente, que a incidência de diarreia chega a ser de 4-6 episódios por ano em crianças que vivem em condições desfavoráveis. Porém, a diarreia é uma patologia auto-limitada quanto à notificação. Hoje, ainda há uma elevada subnotificação dos casos de diarreia atendidos em clínicas e consultórios particulares que não são comunicados aos órgãos de vigilância epidemiológica, sugerindo que as estatísticas apresentadas atualmente não retratam um quadro fiel sobre a diarreia em muitas localidades ¹³.

Na cidade de Fortaleza, por exemplo, as gastroenterites têm uma alta incidência em todas as suas regiões,

entretanto são mais comuns nas áreas mais humildes. Provavelmente, por terem maior incidência real nestas áreas, mas também, porque são as pessoas de menor poder aquisitivo as que mais procuram as unidades públicas de saúde para atendimento, e são, justamente, essas instituições de saúde, as principais fontes de informação sobre os números das doenças diarréicas da cidade ¹³.

Ao se comparar a frequência absoluta dos casos de diarréias entre as crianças aleitadas por seis meses ou mais e as que ainda mamam, em relação àquelas com uma amamentação ausente e por menos de seis meses, se percebe que a presença do diagnóstico diarréia foi maior nas crianças que não mamaram (4) e nas que o fizeram por menos de seis meses (9), em detrimento das que ainda mamavam e as que o fizeram por um íterim igual ou superior a seis meses (1). (tabela 04)

Observa-se, ainda acerca dos diagnósticos das 121 crianças, que a prevalência de diarréia de 12,4% foi menor, em relação às IRAs, alergias e a ausência de diagnóstico que ocuparam respectivamente os percentuais maiores, de 29,8%, 15,7% e 14%. Especificamente sobre os 12,4%

de casos de diarréia, constatou-se que 60% e 26,8% ocorreram respectivamente nas crianças com uma amamentação inferior a seis meses e ausente. Enquanto que nas crianças que ainda mamam e nas que o fizeram por seis meses ou mais esse valor representou apenas 6,6%, para ambas as situações, das crianças com gastroenterite. (tabela 04)

Os resultados, apesar de não pontuarem a diarréia como a segunda patologia mais prevalente, mas sim como uma das principais, são compatíveis com outras pesquisas de cunho epidemiológico que afirmam ser a diarréia a segunda causa de internação hospitalar infantil, precedida apenas pelas infecções respiratórias. Nesses casos, as gastroenterites, em 30-40% das vezes, repercutem no encaminhamento para o profissional gastroenterologista ¹³.

A diarréia pediátrica pode ser definida como um aumento no número de evacuações e redução da consistência das fezes, causada por agentes infecciosos que provocam secreção excessiva de eletrólitos importantes na fisiologia da criança, promovendo, assim, distúrbios ácido-básicos que, quando não corrigidos, podem levar ao óbito por falência renal ⁵.

TABELA 04 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO A RELAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO E DIAGNÓSTICO. FORTALEZA-CE. 2005.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Amamentação</i>							TOTAL
	Alergia	Desnutrição	Diarréia	Infeção Respiratória Aguda	Ausência de Diagnóstico*	Outros	Parasitose	
< 6 meses (N)	8	3	9	14	7	4	3	48
Coluna %	42,1	37,5	60,0	38,8	41,1	26,6	27,2	39,6
> 6 meses (N)	4	3	1	15	6	7	7	43
Coluna %	21,0	37,5	6,6	41,6	35,2	46,6	63,6	35,8
Ainda mama (N)	7	2	1	6	4	3	-	23
Coluna %	36,8	25,0	6,6	16,6	23,5	20,0	-	19,0
Não mamou (N)	-	-	4	1	-	1	1	7
Coluna %	-	-	26,8	2,7	-	6,6	9,0	5,7
TOTAL (N)	19	8	15	36	17	15	11	121
Coluna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Crianças que não apresentaram nenhum quadro patológico

Cerca de dois milhões de crianças morrem a cada ano nos países subdesenvolvidos em consequência de doenças diarréicas, alcançando o patamar de segunda causa de morte entre os menores de cinco anos de idade. A recorrência deste quadro infeccioso pode levar à desidratação crônica, levando ao retardo do desenvolvimento intelectual. Por volta de 90% das mortes desencadeadas pelas diarréias são passíveis de prevenção¹⁸.

O aleitamento materno até o sexto mês de vida do lactente é, reconhecidamente, a mais eficaz forma de prevenir a gênese da diarréia infantil. Vários estudos comprovam a eficácia da amamentação como uma prática que previne a gênese da diarréia e as complicações associadas a ela. Um estudo realizado com uma coorte prospectiva de 1.677 crianças demonstrou que o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida confere forte proteção contra diarréias, sendo o risco da doença surgir, nos que não mamaram até os seis meses, 2,23 vezes maior¹⁹. Outros estudos consultados atestam ainda que a proteção conferida a uma criança com amamentação até sexto mês contra diarréia é de 83%, sendo o risco de se contrair doença entérica diarréica 14 vezes maior naqueles que mamaram por período inferior a seis meses^{6, 10}.

No contexto da imunologia e fisiologia, os discursos que respaldam as propriedades benéficas do leite materno revelaram que esse, especialmente, o colostro, apresenta elevadas concentrações de anticorpos (IgA, IgM, IgE e IgD), com predominância da IgA. Essas imunoglobulinas, durante o aleitamento praticado pela puérpera, começam a integrar a isenta e vulnerável mucosa gastrointestinal do neonato, impedindo, continuamente, a aderência e colonização da mucosa do trato digestivo infantil por patógenos entéricos. Outras células presentes no leite materno e que conferem a este uma característica protetora são as polimorfonucleares (macrófagos, neutrófilos e eosinófilos) que fagocitam microorganismos patogênicos.^{2, 20, 21, 22}

Dessa maneira, a promoção do aleitamento materno deve ser uma prática difundida e incentivada socialmente, sobretudo a amamentação até o sexto mês de vida da criança. A partir desta ação simples, gratuita e nobre que é o aleitar, podem-se atenuar as estatísticas atuais e reduzir a vulnerabilidade infantil em torno das doenças diarréicas.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados nesta investigação pode-se concluir que a ascensão de casos de diarréia infantil é ainda prevalente em crianças com amamentação inferior a seis meses ou ausente, sobretudo naquelas em condições socioeconômicas difíceis. Todavia, os resultados deste estudo não se propõem a esgotar as discussões desta temática, mas ao contrário, a se somar a outros estudos que caminham na mesma vertente: a amamentação até o sexto mês de vida infantil reduz a vulnerabilidade infantil em torno das diarréias.

Desta forma, infelizmente, ainda urge a elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas para fatores de risco para o desenvolvimento de gastroenterites como saneamento básico, higienização geral e dos alimentos. Também se faz necessário dispensar, por meio de uma visão humanística, principalmente pelos profissionais enfermeiros, atenção sobre as crenças e valores culturais das mães das crianças em período de amamentação, na perspectiva de incentivar um aleitar até o sexto mês de vida da criança, já que é nesse ato que reside a maior estratégia de prevenção contra diarréias e promoção da saúde infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo MFM, Araújo TM, Beserra EP, Chaves ES. O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. *Rev RENE* 2006; 7(3): 91-7.
2. Novak FR, Almeida JAG, Vieira GO, Borba LM. Colostro humano: fontes naturais de probióticos? *J Pediatr* 2001; 77(4): 265-71.
3. Penna FJ, Nicolli JR. Influência do colostro humano na colonização bacteriana normal do trato digestivo do recém-nascido. Rio de Janeiro [on line]. [Acessado em: 14 ago. 2005]. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/>.
4. Newburg DS, Ruiz-Palacios GM, Morrow AL. Human milk glycans protect infants against enteric pathogens. *Annu Rev Nutr* 2005; 2(5): 37-58.
5. Kotze LMS, Campos JVM, Oliveira RC. Diarréias crônicas: conceitos e classificações. In: Kotze LMS, Campos

- JVM, Oliveira RC. Diarréias crônicas: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: MEDSI; 1992. p.7-10.
6. Vaz FAC. Diarréia -fatores de risco associados ao óbito em crianças. Rev Assoc Med Bras 1999; 45(1): 1.
 7. Amaral JJE. Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância –AIDPI-Avaliação nas unidades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 34-52.
 8. Jucá MCA, Martins MCV. Desidratação grave na doença diarréica: o impacto sobre a sobrevivência infantil. In: Jucá MCA. O conhecimento transdisciplinar em saúde da criança e do adolescente. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2005. p.35-68.
 9. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva, 2001.
 10. Viera GO, Silva LR, Viera TO. Alimentação infantil e morbidade por diarréia. J Pediatr 2003; 79(5): 449-54.
 11. Polit DE, Hungler BP. Delineamento de pesquisa. In: Polit DE, Hungler BP, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5º ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 108-40.
 12. César MVLS, Eduardo MBP, Silveira NYJ, Martins BR, Silva CC, Rodrigues MM, et al. Investigação de surto de diarréia: um estudo de coorte retrospectiva em Campinas, São Paulo, setembro de 2004. Bol Epidemiol Paul 2005; 2(5): 6-11.
 13. Façanha MC, Pinheiro AC. Comportamento das doenças diarréicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. Cad Saúde Pública 2005; 21(1): 49-54.
 14. Castilho SG, Bercini LO. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná. Ciênc Cuid Saúde 2005; 4(2): 129-37.
 15. King FS. Crianças em aleitamento materno têm menos infecções. In: King FS. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.34-37.
 16. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. Rev Latino-Am Enfermagem 2001; 19(5):70-6.
 17. Parada CMGL, Carvalho ABL, Wincler CC. Situação do aleitamento materno em uma população assistida pelo Programa Saúde da Família –PSE. Rev Latinoam Enferm 2005; 13(3): 407-14.
 18. Lins MGM, Motta MEFA, Silva GAP. Fatores de risco para diarréia em lactentes. Arq Gastroenterol 2003; 40(4): 239-46.
 19. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums. Pediatrics 2001; 108(4):167-71.
 20. Blumberg RS, Strober W. Prospects for research in inflammatory bowel disease. JAMA 2001; 5(10): 643-7.
 21. Hayani KC, Guerrero ML, Morrow AL, Gomez HE, Winsor DK, Ruiz-Palacios GM, et al. Concentration of milk secretory immunoglobulin A against Shigella virulence plasmid-associated antigens as a predictor of symptom status in Shigella-infected breast-fed infants. J Pediatr 1992; 121(6): 852-6.
 22. Moreira MAR. Imunologia do aparelho digestivo. In: Koda YKL, Barbieri D. Doenças gastroenterológicas em pediatria. São Paulo: Atheneu; 1996. p.50-4.

RECEBIDO: 29/05/07

ACEITO: 13/08/07