



Artigo Original

## AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA A PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

*ASSESSMENT OF THE MATERNAL SELF-EFFICACY FOR CHILD DIARRHEA PREVENTION*

*EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA MATERNA PARA PREVENCIÓN DE LA DIARREA INFANTIL*

Taís Capistrano Lopes<sup>1</sup>, Anne Fayma Lopes Chaves<sup>2</sup>, Emanuella Silva Joventino<sup>3</sup>, Rebeca Silveira Rocha<sup>4</sup>, Ana Rita Pimentel Castelo<sup>5</sup>, Mônica Oliveira Batista Oriá<sup>6</sup>

O objetivo deste estudo foi avaliar a autoeficácia para prevenir diarreia infantil entre mães de crianças residentes em Quixadá-Ceará. Estudo descritivo, quantitativo, realizado em três Unidades Básicas de Saúde de Quixadá-CE, de março a maio de 2012. Foram entrevistadas 150 mães de crianças menores de cinco anos, utilizando-se um formulário sociodemográfico e a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil. Das crianças, 51,3% já haviam tido diarreia. Os itens que evidenciaram menor autoeficácia foram "eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca" (10,2%), "eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária" (25,3%) e "Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores" (25,3%). A maioria (89,0%) das mães apresentou baixa autoeficácia para prevenir diarreia infantil. Assim, a autoeficácia materna deve ser considerada para a prevenção da diarreia infantil.

**Descritores:** Saúde da Criança; Diarreia Infantil; Autoeficácia; Enfermagem.

This study aims at assessing self-efficacy for preventing child diarrhea among mothers of children living in Quixadá, Ceará, Brazil. A descriptive, quantitative study was conducted in three Basic Health Units of Quixadá, CE, Brazil from March to May 2012. We interviewed 150 mothers of children under five years, using the socio demographic form and the Maternal Self-Efficacy Scale for Child Diarrhea Prevention. 51.3% of children had had diarrhea, 89% of the mothers had low self-efficacy for preventing child diarrhea. Items that showed greater disagreement were "I am able to avoid my son putting dirty objects in his mouth" (10.2%), "I am able to wash fruits and vegetables with sodium hypochlorite or bleach" (25.3%) and "I am able not to give my child left over meals" (25.3%). The majority (89.0%) of the mothers had low self-efficacy for preventing child diarrhea. Thus, maternal self-efficacy should be considered for the prevention of child diarrhea.

**Descriptors:** Child Health; Diarrhea, Infantile; Self Efficacy; Nursing.

El objetivo fue evaluar la autoeficacia para prevenir la diarrea infantil entre madres de niños de Quixadá-Ceará, Brasil. Estudio descriptivo, cuantitativo, en tres Unidades Básicas de Salud de Quixadá-CE, de marzo a mayo de 2012. Se entrevistaron 150 madres de niños menores de cinco años, mediante formulario sociodemográfico y Escala de Autoeficacia Materna para Prevención de la Diarrea Infantil. 51,3% de los niños tuvieron diarrea; 89% de las madres presentaron niveles menores de autoeficacia para prevención de esta. Los ítems de menor autoeficacia fueron "soy capaz de evitar que mi hijo ponga objetos sucios en la boca" (10,2%), "soy capaz de lavar frutas y verduras con hipoclorito de sodio o lejía" (25,3%) y "no soy capaz de ofrecer a mi hijo sobranes de refecciones anteriores" (25,3%). La mayoría de las madres (89,0%) presentó baja autoeficacia para prevenir la diarrea infantil. La autoeficacia materna debe ser considerada para evitar esta enfermedad.

**Descritores:** Salud del Niño; Diarrea Infantil; Autoeficacia; Enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira, Graduada, Faculdade Católica Rainha do Sertão. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: tatakapistrano@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anneyfayma@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: manujoventino@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: rebecarochac@gmail.com

<sup>5</sup>Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: anaritacastelo@hotmail.com

<sup>6</sup>Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta III, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: monica.oria@ufc.br

Autor correspondente: Mônica Oliveira Batista Oriá

Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60.430-160. E-mail: monica.oria@ufc.br

## INTRODUÇÃO

Apesar de a diarreia continuar sendo, em nível mundial, a segunda principal causa de morte entre crianças menores de cinco anos, nas últimas décadas, tem sido observada uma significativa diminuição da morbimortalidade por esta doença, acompanhada da melhoria de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde<sup>(1)</sup>.

No Brasil, de 1995 a 2005, as taxas de diarreia reduziram consideravelmente. Comparando-se as regiões brasileiras, no Nordeste o problema assume maior magnitude, pois o risco de morte por diarreia nessa população é cerca de quatro a cinco vezes maior do que na Região Sul<sup>(2)</sup>, apesar de, no Estado do Ceará, as taxas de internações por diarreias em menores de cinco anos tenham diminuído, de 19,8% em 2006 para 7,4% em 2010<sup>(3)</sup>.

Considerando os mecanismos de transmissão dos agentes causadores de diarreia, pode-se prevenir a doença promovendo o aleitamento materno, mantendo o esquema básico de vacinação da criança atualizado, vivendo em ambientes com saneamento básico, lavando sempre as mãos das crianças antes das refeições e após ir ao banheiro, utilizando água tratada para beber e preparar os alimentos, evitando que as crianças andem descalças, tendo cuidados com o armazenamento do lixo, entre outros. Assim, pode-se perceber que, em relação à prevenção de diarreia infantil, muitas medidas dependem do cuidado das crianças por seus responsáveis, em geral, pelas mães<sup>(4)</sup>.

Tendo em vista a influência das mães nos cuidados prestados às crianças, reconhece-se a relevância do seu papel na diminuição da diarreia infantil. Pesquisa realizada na região Norte do Brasil verificou que o reduzido conhecimento materno, sua baixa escolaridade e sua pouca idade são aspectos que influenciam no adoecimento de crianças por doenças diarreicas agudas<sup>(5)</sup>.

Vale ressaltar que, apenas o conhecimento adequado das mães não é o bastante para a promoção da saúde infantil. Assim, uma mãe pode ter conhecimento de determinados atos preventivos contra diarreia infantil, porém isso não garante que ela se sinta capaz de incorporar tais práticas no seu cotidiano. Essa habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma dada ação é o que se define por autoeficácia<sup>(6)</sup>. Logo, o conhecimento das mães não garante a autoeficácia na prevenção da diarreia em crianças.

Com base em tais exposições e considerando a carência de estudos relacionados à temática em questão na região do Sertão Central, onde a prevalência de casos de diarreia infantil é ainda preocupante, surgiu o seguinte questionamento: as mães de crianças residentes no município de Quixadá-CE possuem autoeficácia para prevenção da diarreia infantil?

Nesse contexto, percebe-se a relevância de avaliar a autoeficácia materna, tendo em vista que a mesma pode influenciar na prevenção da diarreia infantil, sendo, portanto, determinante para que as crianças não venham a adoecer por tal patologia. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a autoeficácia para prevenir diarreia infantil entre mães de crianças residentes no município de Quixadá-CE.

## MÉTODO

O estudo foi de natureza descritiva, abordagem quantitativa, tendo sido desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Quixadá, situado no Sertão Central do Ceará.

A amostra do estudo foi constituída por 150 mães de crianças com, pelo menos, um filho com idade igual ou inferior a cinco anos. Foram excluídas as mães com problemas cognitivos que impossibilitariam a participação no estudo. Para o cálculo de amostragem aleatória simples sem reposição, foi considerado um erro amostral de 5%, nível de confiança de 90% e a

quantidade de crianças menores de cinco anos cadastradas nas unidades selecionadas para o estudo, consistindo num total de 377, segundo dados cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá. A amostra totalizou 158, porém houve perda amostral de 5% devido aos critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2012, nas UBS. As mães foram abordadas enquanto aguardavam a consulta de puericultura de seus filhos, convidando-as a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Vale salientar que, para mães menores de 18 anos, a assinatura do termo se deu por um responsável legal. Foram aplicados os seguintes instrumentos: formulário com dados socioeconômicos, demográficos e sanitários e Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI).

A EAPDI trata-se de uma escala do tipo likert composta por dois domínios: higiene da família, com 15 itens, e práticas alimentares/gerais, com nove, totalizando 24 itens, com cinco opções de resposta (1 a 5), de modo que os escores totais variam de 24 a 120 pontos. O nível de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil é considerado baixo quando se obtém 109 ou menos pontos; moderado de 110 a 114 pontos e elevado igual ou acima de 115 pontos<sup>(4)</sup>. Na apresentação dos resultados, quando na disposição dos itens conforme os domínios da EAPDI, com vistas a facilitar o entendimento, optou-se por agrupar as respostas semelhantes de modo que 'discordo totalmente' e 'discordo' foram condensadas em "discordo", bem como 'concordo totalmente' e 'concordo' foram agrupadas em "concordo".

Os dados foram tabulados e processados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 17.0. Para a análise, valeu-se da estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, sendo analisados de

acordo com a literatura pertinente. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Católica Rainha do Sertão, com número de protocolo 200110200.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, pode-se observar o perfil sociodemográfico das mães participantes do estudo.

**Tabela 1** - Distribuição das mães segundo dados sociodemográficos. Quixadá, CE, Brasil, 2012

| Variáveis             | n     | %                  |
|-----------------------|-------|--------------------|
| Escolaridade          |       |                    |
| Analfabetismo         | 2     | 1,3                |
| Ensino Fundamental    | 63    | 42,0               |
| Ensino Médio          | 75    | 50,0               |
| Ensino Superior       | 10    | 6,7                |
| Estado Civil          |       |                    |
| Casada/União Estável  | 76    | 50,7               |
| Solteira              | 72    | 48,0               |
| Viúva                 | 2     | 1,3                |
| Ocupação              |       |                    |
| Trabalha em casa      | 91    | 60,6               |
| Trabalha fora de casa | 5     | 3,3                |
| Estudante             | 4     | 2,7                |
| Outros                | 50    | 33,4               |
| Renda familiar*       |       |                    |
| < 1 salário mínimo    | 51    | 34,0               |
| = 1 salário mínimo    | 28    | 18,7               |
| > 1 salário mínimo    | 69    | 46,0               |
| Sem renda             | 2     | 1,3                |
|                       | Média | Desvio padrão (DP) |
| Idade                 | 28,5  | ±8,2               |
| Número de gestações   | 2,7   | ±2,3               |

\*Salário mínimo = R\$ 622,00.

A faixa etária das mães entrevistadas foi de 16 a 53 anos. No que se refere ao perfil reprodutivo, o número de gestações variou de 1 a 18. A média de tempo da amamentação exclusiva dessas crianças foi de quatro meses (DP±3).

Das 150 mães participantes, 77 (51,3%) referiram episódios diarreicos em seus filhos nos últimos 30 dias. Grande parte referiu que esses tiveram diarreia com duração de três dias (N=21; 27,3%), seguido por dois dias (N=20; 26%). Houve uma média de duração de 4,8 dias da diarreia nas crianças, de acordo com suas mães. A Tabela 2 apresenta dados sobre os aspectos relacionados à diarreia e conduta das mães das 77 crianças.

**Tabela 2** - Distribuição das crianças segundo características nosológicas da diarreia e condutas maternas. Quixadá, CE, Brasil, 2012

| Variáveis                      | n  | %    |
|--------------------------------|----|------|
| Aspectos das fezes             |    |      |
| Líquida                        | 51 | 66,2 |
| Pastosa                        | 22 | 28,6 |
| Com sangue                     | 4  | 5,2  |
| Sintomas associados à diarreia |    |      |
| Febre                          | 11 | 14,3 |
| Vômito                         | 5  | 6,5  |
| Nenhum sinal ou sintoma        | 34 | 44,2 |
| Febre e Vômito                 | 27 | 35,0 |
| Busca por serviço de saúde     |    |      |
| Sim                            | 63 | 81,8 |
| Não                            | 14 | 18,2 |
| Internamento por diarreia      |    |      |
| Sim                            | 17 | 22,1 |
| Não                            | 60 | 77,9 |
| Uso de medicamento             |    |      |
| Sim                            | 56 | 72,7 |
| Não                            | 21 | 27,3 |
| Realização de receita caseira  |    |      |
| Sim                            | 25 | 32,5 |
| Não                            | 52 | 67,5 |
| Oferta de SRO                  |    |      |
| Sim                            | 46 | 59,7 |
| Não                            | 31 | 40,3 |

Das 77 crianças que tiveram diarreia, 25 (32,5%) fizeram uso de receitas caseiras, sendo prevalente o soro caseiro (21; 84,0%), seguido de chás (4; 16,0%). Vale ressaltar que todas as crianças que tiveram diarreia haviam sido imunizadas contra o rotavírus.

Todas as 150 mães foram questionadas quanto à orientação sobre a prevenção da diarreia infantil. A maioria (102; 68,0%) revelou nunca ter recebido nenhuma informação, enquanto que 48 (32,2%) referiram ter sido informadas anteriormente, sendo mais da metade (27; 56,3%) por enfermeiros, 11 (22,8%) por médicos, 7 (14,6%) por agentes comunitários de saúde e 3 (6,3%) por outras fontes.

Nas Tabelas 3 e 4, observam-se os itens da EAPDI conforme seus domínios: higiene da família e práticas alimentares/gerais, respectivamente.

**Tabela 3** - Distribuição das mães segundo o domínio Higiene da Família. Quixadá, CE, Brasil, 2012

| Item  | Discordo |      | Às vezes concordo |      | Concordo |       |
|---|----------|------|-------------------|------|----------|-------|
|   | n        | %    | n                 | %    | n        | %     |
| 04 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.                 | 8        | 5,3  | 15                | 10,0 | 127      | 84,7  |
| 05 Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.  | 12       | 8,0  | 15                | 10,0 | 123      | 82,0  |
| 06 Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.  | 8        | 5,3  | 15                | 10,0 | 127      | 84,7  |
| 08 Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.   | 1        | 0,7  | 1                 | 0,7  | 148      | 98,6  |
| 09 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.                            | 10       | 6,7  | 21                | 14,0 | 119      | 79,4  |
| 10 Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.  | 18       | 12,0 | 31                | 20,7 | 101      | 67,3  |
| 14 Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.                      | -        | -    | -                 | -    | 150      | 100,0 |
| 15 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.  | 5        | 3,3  | 1                 | 0,7  | 144      | 94,0  |
| 16 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.  | 1        | 0,7  | 1                 | 0,7  | 148      | 98,6  |
| 17 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.   | 11       | 7,3  | 12                | 8,0  | 127      | 84,6  |
| 18 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.  | 11       | 7,3  | 12                | 8,0  | 127      | 84,6  |
| 19 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.                                  | 6        | 4,0  | 12                | 8,0  | 132      | 88,0  |
| 21 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.                              | 7        | 4,7  | 15                | 10,0 | 128      | 85,3  |
| 22 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.   | 13       | 8,7  | 14                | 9,3  | 123      | 82,0  |
| 23 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô. | 10       | 6,7  | 21                | 14,0 | 119      | 79,4  |

O item que recebeu mais respostas afirmativas das mães em relação ao domínio higiene da família foi "eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso" (100,0%) (item 14), enquanto que o que apresentou

maiores escores de "discordo" e de "às vezes concordo" foi "eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca" (item 10), com 12,0% e 20,7%, respectivamente.

**Tabela 4** - Distribuição das mães segundo o domínio Práticas Alimentares/Gerais. Quixadá, CE, Brasil, 2012

| Item |   | Discordo |      | Às vezes concordo |      | Concordo |       |
|------|---|----------|------|-------------------|------|----------|-------|
|      |   | n        | %    | n                 | %    | n        | %     |
| 01   | Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.  | 7        | 4,6  | 33                | 21,9 | 110      | 73,5  |
| 02   | Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.  | 38       | 25,3 | 23                | 15,3 | 89       | 59,4  |
| 03   | Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.  | 12       | 8,0  | 15                | 10,0 | 123      | 82,0  |
| 07   | Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses de vida.  | 34       | 22,7 | 11                | 7,3  | 105      | 70,0  |
| 11   | Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.  | 38       | 25,3 | 9                 | 6,0  | 103      | 68,7  |
| 12   | Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus cinco anos de idade.  | -        | -    | -                 | -    | 150      | 100,0 |
| 13   | Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros seis meses de vida.                                    | 11       | 7,4  | 27                | 18,0 | 112      | 74,7  |
| 20   | Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão). | 1        | 0,7  | 10                | 6,7  | 139      | 92,7  |
| 24   | Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.   | 11       | 7,4  | 12                | 8,0  | 127      | 84,6  |

O item que a totalidade das mães concordou no que diz respeito ao domínio práticas alimentares/gerais foi: "eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus cinco anos de idade" (100,0%) (item 12). Em relação à opção "às vezes concordo", destacou-se o item "eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições" (21,9%) (item 01) e quanto à opção "discordo" foi "eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária" (25,3%) (item 02) e "eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores" (25,3%) (item 11).

Em relação à autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil, pode-se identificar que a maioria das mães apresentou baixa autoeficácia (N=113; 89,0%), com escores na EAPDI abaixo de 109, mostrando que elas não se sentem capazes/seguras para prevenir a diarreia infantil. Destarte, 7,9% (N=10)

das mães apresentaram moderada autoeficácia (escores de 110 a 114) e 3,1% (N=4) possuíam elevada autoeficácia para prevenir diarreia em seus filhos (escores  $\geq$  115).

## DISCUSSÃO

A idade materna deste estudo condiz com achados nacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), já que a faixa etária de 20 a 29 anos tem prevalecido desde 1999 na proporção de registros de nascimentos por grupos de idade materna, representando 53,5%, em 2009, e mães com idade entre 30 e 39 anos apresentou percentual de 24,8%<sup>(7)</sup>.

A baixa escolaridade das mães é um fator preocupante, tendo em vista que um baixo grau de instrução das mães é considerado fator de risco para adoecimento por doenças diarreicas agudas nas crianças, fato que pode dever-se à dificuldade para

entender as atividades educativas, muitas vezes limitando a busca dos benefícios necessários em função da pouca ou nenhuma experiência, levando também à ineficácia do cuidar, sobretudo em relação à higiene e alimentação<sup>(5)</sup>.

Apesar da maioria das mães (50,7%) terem estado civil casada ou união consensual, muitas (48,0%) eram solteiras. A ausência de companheiros, segundo autores, influencia negativamente para o orçamento familiar, além de reduzir na ajuda ao cuidar da criança<sup>(5)</sup>.

Mais da metade das mães trabalhava em casa (60,6%), corroborando com achados de um estudo realizado no Nordeste, em que 78,0% das mães trabalhavam no próprio lar<sup>(8)</sup>. Tal fato deve-se à existência de famílias com estrutura tradicional, em que o pai assume o sustento do grupo familiar e a mãe, a função de responder pelos cuidados dedicados às crianças.

Quanto à renda familiar, 52,7% das mães vivem com a renda mensal de um salário mínimo ou menos. Essa realidade é considerada precária para satisfazer todas as necessidades básicas de uma família, sobretudo, no que concerne à alimentação, higiene e manutenção dos cuidados, sendo um fator que pode gerar os cuidados deficitários às crianças, dependendo da prioridade familiar para gastar seu recurso<sup>(9)</sup>.

Em relação ao número de gestações das mães, houve variação de 1 a 18, com média de duas. Pode-se considerar que, quanto menos filhos a mãe tiver, maior será a probabilidade dela realizar os cuidados necessários com seu filho reduzindo o risco de adoecimento. Porém, na perspectiva da autoeficácia, quanto maior o número de filhos, maior a possibilidade de experiências anteriores exitosas com o cuidado infantil e, nesse caso, com o manejo da diarreia, fato que poderia considerar-se positivo no presente estudo<sup>(4)</sup>.

Em relação ao tempo de amamentação exclusiva das crianças estudadas, a média encontrada foi de

quatro meses, mostrando-se bastante superior ao estudo realizado pelo MS<sup>(10)</sup> o qual obteve a duração mediana da amamentação exclusiva de 1,8 meses no conjunto das capitais brasileiras. Estudo realizado na cidade de Fortaleza apresentou prevalência da diarreia de 23,6% nas crianças não amamentadas ou com amamentação ineficaz. Esses autores defendem o aleitamento materno como promotor da saúde da criança, tendo em vista que o leite materno possui características imunológicas que previnem o surgimento da diarreia<sup>(11)</sup>.

Pode-se observar que 51,3% das crianças tiveram episódios de diarreia, apresentando fezes líquida (66,2%), acompanhados de febre e vômito (35,0%). Corroborando com esses achados, estudo realizado em Recife, com crianças com doença diarreica causada por rotavírus, mostrou que, das doze crianças analisadas, sete apresentaram febre e onze vômitos<sup>(8)</sup>.

Durante a diarreia, 81,8% das mães levaram seus filhos para algum serviço de saúde, no entanto, 77,9% não foram internados no hospital/maternidade. Sabe-se que, em muitos casos, a diarreia é controlada em casa, pelos pais, assim, muitas vezes, as crianças não são levadas aos serviços de saúde o que implica no agravamento de alguns casos. Protocolo técnico-operacional padronizado para caracterizar o surto de diarreia preconiza como medida a orientação da família a procurar imediatamente do serviço de saúde em casos de diarreia<sup>(12)</sup>.

Outro dado importante visto neste estudo foi que a maioria das crianças que havia tido diarreia tomaram medicamento prescrito pelo médico (72,7%) e algumas mães disseram que utilizaram receitas caseiras (32,5%), principalmente o soro caseiro (84%). A terapia com soro caseiro tem sido considerada de grande relevância devido à boa aceitação da população e por não depender de sistema de fornecimento. Porém, alguns problemas podem estar relacionados ao seu uso, principalmente em decorrência da falta de habilidade e

desconhecimento do seu preparo e administração. Assim, cabe ressaltar a importância da orientação do profissional quanto ao uso destas substâncias<sup>(13)</sup>.

No que diz respeito à imunização contra rotavírus, as mães de todas as crianças que tiveram diarreia referiram que estas haviam sido imunizadas (100%), sendo um fator positivo, haja vista que estudiosos afirmam que a melhor forma de prevenção da diarreia é a vacinação contra rotavírus, principal agente causador da diarreia infantil<sup>(14)</sup>.

A maioria das mães (68,0%) relataram que não recebiam nenhuma informação sobre como prevenir a diarreia infantil. Aquelas que referiram ter recebido informações, afirmaram que o repasse foi feito por enfermeiros, o que reforça a importância da educação em saúde como excelente ferramenta de trabalho para as equipes na estratégia saúde da família. Estudiosos reforçam a importância da prestação de informações à população para a prevenção da diarreia infantil, envolvendo os sintomas, o tratamento, a alimentação e a procura dos serviços de saúde, bem como o treinamento dos profissionais para o enfrentamento dos casos de diarreia<sup>(12)</sup>.

Considerando a autoeficácia materna em relação à higiene da família, observou-se que as mães sentem-se capazes de lavar com água e sabão os utensílios pessoais da criança, como a mamadeira, chupeta e copo. Porém, não acreditavam ser capazes de evitar que seus filhos colocassem objetos sujos na boca. Estudiosos afirmam que crianças pequenas mantêm hábitos que promovem a disseminação de doenças, tais como levar objetos sujos à boca, falta da prática de lavar as mãos e outros hábitos higiênicos<sup>(13)</sup>. Assim, ressalta-se a importância do profissional de saúde na intervenção dessa cadeia de eventos que possam proporcionar a diarreia através de medidas educativas de promoção da saúde, higiene pessoal, alimentar e doméstica.

Os resultados da autoeficácia materna em relação às práticas alimentares/gerais demonstraram que a vacinação é uma prioridade entre as mães, as quais costumam levar seus filhos para serem vacinados nas datas marcadas e nas campanhas de vacinação, obedecendo à caderneta de saúde da criança. Sabendo que o rotavírus é o principal agente causador da diarreia, esses achados, de adesão à vacinação, são importantes para a redução da morbimortalidade infantil, sendo necessário que os profissionais mantenham a conduta de orientação das mães sobre os benefícios da imunização<sup>(14)</sup>.

Verificou-se que grande parte das mães não é capaz de higienizar frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária, apesar de sua eficácia comprovada cientificamente, o que aumenta o risco de exposição da criança à diarreia. As barreiras em relação a isso podem residir no desconhecimento em relação à diluição recomendada para a eliminação de patógenos causadores de toxinfecções<sup>(15)</sup>.

Outro aspecto que também pôde ser visto, foi o despreparo das mães em relação à oferta da sobra de refeições anteriores para seus filhos, podendo ser justificado pelo baixo poder aquisitivo. Revisão recente mostrou que um dos fatores que influencia na ocorrência da diarreia é a condição socioeconômica, sendo importante melhorar o poder aquisitivo das famílias para prevenir e diminuir os casos de diarreia infantil<sup>(16)</sup>.

Percebeu-se neste estudo que nem sempre as mães conseguem realizar a prática de lavagem das mãos de seus filhos antes das refeições. Estudo ressalta que a falta de lavagem das mãos expõe a população infantil a frequentes surtos epidêmicos de diarreia, principal causa de morte entre os menores de cinco anos<sup>(17)</sup>.

As mães da presente pesquisa apresentaram baixa autoeficácia em prevenir a diarreia infantil, sendo um fator de extrema preocupação tendo em vista as inúmeras consequências dessa infecção para as



crianças. Logo, percebe-se a real necessidade da aplicação da EAPDI para que os profissionais de saúde possam averiguar a área prioritária de atuação e intervir de forma direcionada para a necessidade de cada família, através de consultas de puericultura, visitas domiciliares, e estratégias de educação em saúde<sup>(4)</sup>.

## CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foram vistos pontos positivos para o cuidado com o filho e a prevenção de diarreia, como: ser dona de casa e ter imunizado seus filhos com a vacina contra o rotavírus. Porém, também foram verificados aspectos negativos, como: baixa escolaridade e renda familiar, ser solteira, realizar o aleitamento materno por menos de seis meses e não ter recebido informações sobre a prevenção da diarreia.

Percebeu-se o predomínio da baixa autoeficácia das mães em prevenir a diarreia infantil, destacando-se, no domínio higiene da família, a menor autoeficácia quanto aos cuidados que envolvem evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca. No domínio práticas alimentares/gerais, foi visto a baixa autoeficácia nos itens relacionados à lavagem das mãos com água e sabão das crianças antes das refeições e higienizar bem as frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária. Estes, portanto, são pontos que precisam ser trabalhados com as mães, por profissionais da saúde, em especial o enfermeiro.

Percebeu-se que a grande maioria das mães possui baixa autoeficácia na prevenção da diarreia em seus filhos, fato que se constitui um relevante fator de risco para a ocorrência da doença. Nesse sentido, faz-se premente que os enfermeiros e demais profissionais de saúde enfoquem em suas orientações e nas atividades de educação em saúde a confiança da mãe para cuidar do seu filho, pois, do contrário, provavelmente intervenções que visem elevar apenas o conhecimento não resultarão na prevenção da diarreia infantil.

## COLABORAÇÕES

Lopes TC, Chaves AFL e Rocha RS contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Joventino ES, Castelo ARP e Oriá MOB contribuíram para a análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI): manual de capacitação em atenção primária. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2005.
3. Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Ceará. Internação de crianças por diarreia cai de 19,8% para 7,4% no Ceará. 2011 [Internet]. [citado 2012 dez 21]. Disponível em: <http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/3006-internacao-de-criancas-por-diarreia-cai-de-198-para-74-no-ceara>
4. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá, MOB. The Maternal Self-efficacy Scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. Public Health Nurs. 2013; 30(2):150-8.
5. Pereira IV, Cabral IE. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. Esc Anna Nery. 2008; 12(2):224-9.
6. Bandura A. Toward a Psychology of Human Agency. Perspec Psychol Sci. 2006; 1(2):164-80.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações? [Internet]. [citado 212 dez 21]. Disponível



em:www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\_socio\_saude/2009/default.shtm.

8. Cauás RC, Falbo AR, Correia JB, Oliveira KMM, Montenegro FMU. Diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006; 6(supl 1):77-83.

9. Ximenes Neto FRG, Queiroz CA, Rocha J, Cunha ICKO. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2010; 10(2):51-9.

10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

11. Araújo MFM, Ferreira AB, Gondim KM, Chaves ES. A prevalência de diarreia em crianças com uma amamentação ausente ou inferior a seis meses. *Rev Rene.* 2007; 8(3):69-76.

12. Araújo TME, Dantas JM, Carvalho CEF, Costa MAO. Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(supl 1):1039-46.

13. Nesti MM, Goldbaum M. Infectious diseases and daycare and preschool education. *J Pediatr.* 2007; 83(4):299-312.

14. Salvador PTCO, Almeida TJ, Alves KYA, Dantas CN. A rotavírose e a vacina oral de rotavírus humano no cenário brasileiro: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(2):567-74.

15. Joventino ES, Silva SF, Rogerio RF, Freitas GL, Ximenes LB, Moura ERF. Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semi-árido brasileiro. *Texto Contexto Enferm.* 2010; 19(4):691-9.

16. Carneiro AMMA, Patriota EF, Oliveira JSA, Gomes MGCGP, Medeiros SM, Fernandes SMBA. Prevention of infantile diarrhea: integrative literature review. *Rev*

*Enferm UFPE On line* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2012 maio 1]; 6(5): [cerca de 7 p]. Disponível em:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../3867

17. Assis EM, Oliviera RC, Moreira LE, Pena JL, Rodrigues LC, Machado-Coelho GL. Prevalência de parasitos intestinais na comunidade indígena Maxakali, Minas Gerais, Brasil, 2009. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(4):681-690.