



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

DÉBORA JOYCE NASCIMENTO FREITAS

**TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMBINADAS PARA PROMOVER
A AUTOEFICÁCIA MATERNA EM PREVENIR A DIARREIA
INFANTIL**

**FORTALEZA
2018**

DÉBORA JOYCE NASCIMENTO FREITAS

**TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMBINADAS PARA PROMOVER
A AUTOEFICÁCIA MATERNA EM PREVENIR A DIARREIA
INFANTIL**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa

Coorientadora: Enfa. Ms. Leidiane Minervina Moraes de Sabino

**FORTALEZA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F1 FREITAS, DÉBORA JOYCE NASCIMENTO.
TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMBINADAS PARA PROMOVER A AUTOEFICÁCIA
MATERNA EM PREVENIR A DIARREIA INFANTIL / DÉBORA JOYCE NASCIMENTO FREITAS. –
2018.
57 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Lorena Pinheiro Barbosa .

Coorientação: Prof. Me. Leidiane Minervina Moraes de Sabino.

1. Diarreia Infantil. 2. Autoeficácia Materna. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

DÉBORA JOYCE NASCIMENTO FREITAS

**TECNOLOGIAS EDUCATIVAS COMBINADAS PARA PROMOVER
A AUTOEFICÁCIA MATERNA EM PREVENIR A DIARREIA
INFANTIL**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Ms. Leidiane Minervina Moraes de Sabino (Coorientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enfa. Ms. Elizamar Regina da Rocha Mendes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, que tanto me ama e me concede todas asgraças necessárias para minha vida. Aos meus pais, **Roberto José e Edizeuda**, que são meus exemplos de sabedoria e força. Aos meus irmãos **Ricardo e Roberta** pelo apoio e estímulo durante a trajetória acadêmica. Ao meu namorado **José Costa**, pela paciência e por sempre estar presente.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todo seu amor e sua infinita bondade em minha vida, por ter me amado todo esse tempo, tenho certeza que minha vida é o reflexo do seu amor. Por ter me dado a oportunidade de cursar enfermagem na Universidade Federal do Ceará, e nesse percurso ter conhecido pessoas tão maravilhosas.

Aos meus pais, Roberto José e Edizeuda, pela dedicação, empenho, por toda atenção, amor e cuidado, mesmo a distância. Por toda educação e ensino que me repassaram, que foram minha base neste tempo de vida e faculdade.

Aos meus irmãos, especialmente à minha irmã, Roberta Freitas, que esteve presente em toda minha trajetória de faculdade e contribuiu significativamente para meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço por sua paciência e amor, sem você eu não teria conseguido chegar até aqui.

Agradeço pelo amor incondicional de todos da minha família, que contribuíram de alguma forma para minha formação.

Ao meu namorado, José Costa, por ter sido meu melhor amigo, por me ouvir, acreditar em mim e me amar, seu amor me faz crescer todos os dias.

Aos meus amigos, especialmente, aos que conquistei na Fanor durante os semestres cursados na instituição.

À minha orientadora, Prof^a Lorena Barbosa Ximenes, pela paciência, acolhida e todos os ensinamentos. Grata a todos os passos dados esses anos na pesquisa, como sua bolsista, acredito que crescerei ainda mais. Obrigada, por todo aprendizado!

Aos membros da banca, Enfa. Ms. Elizamar Regina da Rocha Mendes e Enfa. Ms. Leidiane Minervina Moraes de Sabino, pela imensa contribuição em meu trabalho.

Em especial, agradeço a Enfa. Ms Leidiane Minervia, por sua paciência e disponibilidade. Admiro muito seu amor pela pesquisa, e agradeço por todas as orientações e por ter sido uma amiga nesse tempo tão especial para mim.

Às enfermeiras que estiveram comigo no internato 1 e 2, que contribuíram para minha formação profissional, em especial, a Enfa. Sarah, Sayonara e Enfa. Rayane Portela, por todo carinho e por terem me recebido tão bem em seu ambiente de trabalho.

Ao meu amigo Leonardo Alexandrino, que manteve-se constante em minha vida, e me auxiliou quando precisei. Obrigada, amigo!

Ao meu grupo de pesquisa, Promoção da Saúde da Criança e Família, do qual fui bolsista de pesquisa. Agradeço a todos, pelo aprendizado compartilhado e pela acolhida. Obrigada pela constante motivação.

Ao CNPq, pela bolsa de pesquisa, que me proporcionou muitas experiências e contribuiu para a realização desse trabalho.

Enfim, a todos que colaboraram em todo esse tempo para meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

“Nada no mundo se compara à persistência. Nem o talento; não há nada mais comum do que homens malsucedidos e com talento. Nem a genialidade; a existência de gênios não recompensados é quase um provérbio. Nem a educação; o mundo está cheio de negligenciados educados. A persistência e determinação são, por si sós, onipotentes. O slogan “não desista” já salvou e sempre salvará problemas da raça humana”.
(Calvin Coolidge)

RESUMO

A diarreia infantil tem característica multifatorial envolvendo as condições socioeconômicas, sanitárias e comportamentais das famílias. Sendo assim, faz-se necessário que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde pautadas na autoeficácia materna, a fim de contribuir para que as mães sintam-se mais capazes de adotarem comportamentos mais saudáveis, incorporando práticas adequadas nos cuidados dispensados aos seus filhos. Desta forma, o estudo objetivou: caracterizar o perfil sociodemográfico e sanitário das mães de crianças menores de cinco anos; verificar a associação entre os níveis de autoeficácia materna para prevenir a diarreia em crianças com as variáveis sociodemográficas e sanitárias e comparar os níveis de autoeficácia materna de mães de crianças menores de cinco anos antes e após estratégia educativa com cartilha e entrevista motivacional. Tratou-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo único composto por 61 mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos de idade, acompanhadas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-CE. A coleta de dados ocorreu em três etapas na própria UAPS. A primeira etapa se deu a partir de uma entrevista com as mães utilizando-se a EAPDI, que visa mensurar a autoeficácia das mães na sua habilidade de prevenir a diarreia infantil, e um formulário que abordou aspectos sociodemográficos e sanitários das mães do estudo. A segunda etapa caracterizou-se pela realização da intervenção educativa por meio da aplicação da cartilha educativa que aborda os domínios da escala EAPDI (higiene da família e práticas alimentares/gerais) e entrevista motivacional breve. A terceira etapa ocorreu logo após a intervenção educativa e consistiu na investigação na autoeficácia materna por meio da aplicação da EAPDI. Os dados foram organizados e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 20.0). O estudo foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC). De acordo com os resultados, verificou-se o predomínio das mães com faixa etária de 20-29 anos (N=33;54,1%), com escolaridade até o 2º grau completo (N=36;59,0%), que viviam com parceiro (N=46;75,4%), que exerciam somente atividades do lar (N=40;65,6%), com renda de até um salário-mínimo (N=27;45,0%) que tinham de um a dois filhos vivos (N=47;79,7%), que possuíam casa com reboco (N=57;93,4%), com piso do tipo cerâmica (N=37;60,7%), não apresentavam presença de moscas no domicílio (N=42;68,9%) tinham sabão próximo às torneiras (N=52;88,1%) e possuíam rede de esgoto (N=36;59,0%). Observou-se um aumento

dos escores da EAPDI após a estratégia educativa, com associação estatisticamente significativa com todas as variáveis sociodemográficas e sanitárias analisadas ($p < 0,05$). Conclui-se que a intervenção educativa com cartilha educativa aliada a entrevista motivacional breve foi capaz de elevar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Palavras-chave: Diarreia Infantil. Autoeficácia Materna. Enfermagem.

ABSTRACT

Infantile diarrhea has multifactorial characteristics related to socioeconomic, sanitary and behavioral conditions of the families. Therefore, it is necessary for the nurse to develop health education strategies based on maternal autoefficiency in order to help mothers feel more capable of adopting healthier behaviors, incorporating appropriate practices in the care of your children. In this way, the study was aimed at: to characterize the demographic and sanitary profile of the mothers of children under five years of age; Check the association between maternal autoefficiency levels to prevent diarrhea in children with sociodemographic and sanitary variables and to compare maternal autoefficiency levels of mothers of children under five years before and after strategy Educational with primer and motivational interview. It was an almost experimental study, of the type before and after, with a single group composed of 61 mothers and/or caregivers of children under five years of age, accompanied in a unit of primary health Care (UAPS) of Fortaleza-CE. The data collection occurred in three steps in the UAPS itself. The first stage came from an interview with the mothers using EAPDI, which aims to measure the mothers' autoefficiency in their ability to prevent child diarrhea, and a form that addressed sociodemographic and sanitary aspects of the mothers of the study. The second stage was characterized by the realization of the educational intervention through the application of the educational booklet that addresses the domains of the EAPDI scale (family hygiene and food/general practices) and brief motivational interview. The third stage occurred shortly after the educational intervention and consisted of research into maternal autoefficiency through the application of EAPDI. The data were organized and analyzed through the statistical Package program for the Social Sciences-SPSS (version 20.0). The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará (UFC). According to the results, it was verified the predominance of mothers with age range of 20-29 years (N = 33; 54,1%), with schooling up to the 2nd degree complete (n = 36; 59,0%), who lived with partner (n = 46; 75,4%), who exercised only household activities (n = 40; 65,6%), with income of up to a minimum wage (n = 27; 45,0%) that had from one to two living children (n = 47; 79,7%), which had a grouting house (n = 57; 93,4%), with ceramic-type flooring (n = 37; 60,7%), did not present the presence of flies at home (n = 42; 68,9%) had soap near Taps (n = 52; 88,1%) and possessed sewage network (n = 36; 59,0%). An increase in the scores of EAPDI after the educational strategy was observed, with statistically

significant association with all the sociodemographic and sanitary variables analyzed ($p < 0.05$). It is concluded that the educational intervention with educational booklet allied to the brief motivational interview was able to elevate maternal autoefficiency in preventing child diarrhea.

Keywords: Infantile Diarrhea. Maternal self-efficacy. Nursing.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | – Caracterização sociodemográfica e sanitária das mães/cuidadoras participantes do estudo..... | 25 |
| Tabela 2 | – Associação entre o nível de autoeficácia materna conforme a EAPDI e variáveis sociodemográficas e sanitárias de mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos | 27 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| BSES-SF | Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form- Escala de Autoeficácia materna em amamentar |
| DDA | Doenças Diarreicas Agudas |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| EAPDI | Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil |
| EM | Entrevista Motivacional |
| GAPPD | Plano de Ação Global para Pneumonia e Diarreia |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| SER V | Secretaria Executiva Regional V |
| SIM | Sistemas de Informação de Mortalidade |
| SINASC | Sistema de Informação de Nascidos Vivos |
| SRO | Sais de Reidratação Oral |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária a Saúde |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 | Diarreia infantil e condições socio sanitárias e demográficas maternas..... | 14 |
| 1.2 | Autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e utilização de estratégias educativas na promoção da Saúde..... | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 21 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 22 |
| 3.1 | Tipo de estudo..... | 22 |
| 3.2 | Local do estudo..... | 22 |
| 3.3 | População e amostra..... | 22 |
| 3.4 | Coleta de dados..... | 23 |
| 3.4.1 | Organização e análise dos dados..... | 24 |
| 3.5 | Aspectos Éticos..... | 24 |
| 4 | RESULTADOS..... | 25 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 29 |
| 6 | CONCLUSÃO..... | 36 |
| | REFERÊNCIAS | 38 |
| | APÊNDICE..... | 45 |
| | ANEXOS..... | 48 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diarreia Infantil e condições socio sanitárias e demográficas maternas

A Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma doença comum em crianças menores de cinco anos de idade (BUHLER,2014), o que pode estar relacionado ao fato da ocorrência dessa doença ser multifatorial, influenciada por fatores biológicos, ambientais, sociais e culturais (FARTHING et al., 2013; WALKER et al., 2014).

A DDA pode ser causada por diversos agentes infecciosos, sendo o Rotavírus o principal agente etiológico da doença, responsável por 40% de todas as hospitalizações por diarreia entre crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo (WHO, 2008).

Segundo o relatório lançado pela Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2016, quase seis milhões de crianças no mundo morrem antes de cinco anos de idade por pneumonia e diarreia infantil. Destas, cerca de um quarto tem óbito causado por afecções respiratórias ou doenças gastrointestinais, com destaque para a diarreia, que ainda registra muitos casos, estimando-se que a cada 60 segundos morre uma criança por diarreia. Isto ocorre principalmente, devido à situação socioeconômica de pobreza e condições sanitárias insatisfatórias, sendo reflexo da iniquidade da comunidade mundial, principalmente entre aqueles que vivem com baixa renda, onde se concentra mais de 30% de todas as mortes por pneumonia e diarreia (UNICEF, 2016).

No Brasil, houve um decréscimo na mortalidade por diarreia, reduzindo, de 2.490 casos em 2005, para 756 casos no ano de 2011(BRASIL, 2011). Apesar disto, a diarreia ainda permanece como uma das principais causas de mortes evitáveis durante a primeira infância, representando 30% de todas as mortes de crianças em todo mundo (WALKER, 2013).

Ressalta-se que ainda persistem grandes diferenças inter-regionais no Brasil, quanto ao número de óbitos relacionados a diarreia infantil, com maior exposição da população menor de um ano de idade a mortes relacionadas a diarreia, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2011).

Estudo epidemiológico ambiental, com delineamento ecológico acerca da ocorrência da mortalidade por diarreia infantil nas microrregiões das cinco regiões brasileiras, com dados obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de

Nascidos Vivos (SINASC) mostra que as microrregiões do Norte e Nordeste apresentam maiores índices de mortes por doença diarreica aguda em menores de um ano de idade (BUHLER et al., 2014).

Em Fortaleza-CE, no ano de 2015, foram registrados 3.628 casos de diarreia em crianças menores de cinco anos de idade, e em 2016, ocorreram 2.495 casos. E recentemente, entre os meses de janeiro a dezembro de 2017, somou-se cerca de 3.669 casos de diarreia na mesma faixa etária (FORTALEZA 2016;2017).

Embora a diarreia seja uma doença de fácil prevenção a partir da adoção de cuidados de higiene diários, os elevados casos registrados da doença podem ser justificados por existir um maior investimento no tratamento do que na prevenção de suas causas, chegando até a R\$300 milhões por ano os custos com o tratamento da doença (FUNASA, 2011).

Frente a essa realidade, o Plano de Ação Global para Pneumonia e Diarreia(GAPPD) propõe boas práticas de saúde para promoção e manutenção das condições de higiene e sanitárias, recomendando a lavagem adequada das mãos com água e sabão, utilização de fonte de água potável e saneamento adequado (UNICEF, 2016).

Entre as condições sanitárias inadequadas que se relacionam com a ocorrência de doenças e agravos de saúde estão a oferta de água contaminada, poluição atmosférica e habitação insalubre (SOUZA et al., 2015).

Além disso, as condições de higiene são citadas na literatura como fator preventivo ou de risco para a ocorrência da diarreia, mostrando redução de 23% no risco de desenvolvimento da doença diarreica quando as mãos são higienizadas corretamente (PRÜSS-USTÜN et al., 2014).

Estudos também mostram a associação de fatores sociais com a ocorrência da diarreia infantil, apontando as condições socioeconômicas como fator decisivo no surgimento de diversos agravos na infância e como fator de risco para a ocorrência da diarreia (OLIVEIRA, R., 2017). Nesse contexto, se faz necessário a criação de políticas públicas para melhoria das condições sociais da população, minimizando desigualdades sociais e as iniquidades de saúde, e reduzindo as mortes por causas evitáveis (OLIVEIRA, et al., 2011; BUHLER et al., 2014a).

No entanto, apesar da influência de diversos fatores na ocorrência da diarreia, estes podem ser minimizados a partir da realização diária de práticas que promovam saúde.

Logo, os comportamentos adotados são importantes para manutenção e promoção do próprio estado de saúde do indivíduo (SILVA, 2010).

Porém, quanto as crianças, estas dependem de comportamentos de outros, principalmente das mães para prestação de cuidados básicos e realização de suas necessidades diárias, sendo necessário o desenvolvimento de comportamentos e habilidades maternas, para prevenção de agravos de saúde durante a infância (JOVENTINO, 2013b).

Estudo desenvolvido em uma cidade no interior do Ceará, constatou que os comportamentos das mães foram fundamentais para manutenção da saúde das crianças. Para tanto é necessário que sejam oferecidas condições que permitam as mães adotarem comportamentos e cuidados eficazes para prevenir a diarreia em seus filhos (OLIVEIRA, B., 2017).

Assim, infere-se que as condições sociodemográficas e sanitárias apresentadas pelas mães são fatores que influenciam a ocorrência da diarreia infantil. Deste modo, é necessário, que se realize ações que promovam comportamentos maternos promotores de saúde, além de políticas públicas que ofertem recursos necessários para manutenção e melhoria das condições sociais de higiene e sanitárias das famílias.

1.2 AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL E UTILIZAÇÃO DE ESTRATEGIAS EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A diarreia pode ser desencadeada por diversos fatores, sofrendo influência de variáveis não modificáveis ou pouco modificáveis, como as condições socioeconômicas e o nível educacional, e também pode ter influência de variáveis modificáveis, como a autoeficácia. Deste modo, os profissionais de saúde podem realizar intervenções com intuito de aumentar a autoeficácia e dessa forma estimular comportamentos promotores de saúde entre a população (ORÍÁ, 2009).

O conceito de autoeficácia é abordado na Teoria Social Cognitiva, estando diretamente relacionado com as mudanças e adaptações comportamentais do indivíduo. Compreende-se através deste conceito, que as influências sociais e estruturais geram impacto sobre as limitações, bem como podem proporcionar consequências sobre o desenvolvimento e comportamentos pessoais (BANDURA, 1997; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; LAMAS, 2008).

As crenças de autoeficácia são definidas pelas concepções dos indivíduos em se julgarem capazes ou não em adotar um determinado comportamento, em uma situação específica. Assim, as crenças de autoeficácia não se referem as competências que o indivíduo possui, pois ainda que tenha aptidões para realizar determinada ação, ele tem que acreditar que é capaz de realizá-la (GEORGE; FELTZ, 1995; BANDURA, 1986, 1997; BLANCO, 2010).

Destarte, não é suficiente que o indivíduo acredite que o comportamento que ele apresenta conseguirá levá-lo a atingir um objetivo específico, é preciso que ele possua motivações pessoais e internas e sintam-se capaz de realizar este comportamento (BANDURA, 1977).

Existem quatro fontes de informações que norteiam o desenvolvimento das crenças de autoeficácia: experiências de êxito, experiências vicárias ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos. Estas agem de forma diferente em cada indivíduo e determinam a autoeficácia apresentada por cada um (BANDURA; ADAMS, 1982).

As experiências de êxito se caracterizam por situações que foram vivenciadas e que obtiveram um bom desfecho. Compreende-se, que, se em determinada ocasião o comportamento adotado foi exitoso, o indivíduo tenderá a realizá-lo mais vezes com confiança. Enquanto, se a ação não obteve sucesso, o indivíduo não se sentirá tão confiante em reproduzi-la outra vez. Portanto, quanto mais exitosa a experiência, maior será a autoeficácia desse indivíduo (BANDURA, 1997).

Desta forma, as expectativas, crenças e autopercepção, dão forma e direção para o comportamento, sendo assim, o que as pessoas pensam, acreditam e sentem, afetam como se comportam (BOWER, 1975; NEISSER, 1976; BANDURA, 1986; BANDURA, 1989).

As experiências vicárias têm como base as situações vivenciadas por outras pessoas que obtiveram êxito por adotarem determinado comportamento. Assim, todas as vezes que o indivíduo recorda que outro obteve sucesso em determinada situação com um comportamento específico, ele sente-se motivado a reproduzir este comportamento (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

A persuasão verbal consiste em um discurso instigante de uma pessoa para a adoção de determinada conduta. Assim, quando o indivíduo é persuadido, no sentido de que é capaz de realizar uma ação de forma eficiente, este será mais propenso a realizá-la. Ao

contrário, aqueles que não foram instigados quanto a eficácia de suas ações, podem se sentir inseguros na tomada de decisão (BANDURA, 1994).

O estado fisiológico, determinado por características emocionais e somáticos, é a última forma de reforçar as crenças de eficácia. Nesse processo, as pessoas podem enxergar uma mesma característica de forma diferente, como facilitadoras ou dificultadoras para o desempenho de uma atividade. Para as pessoas com baixa autoeficácia as questões emocionais, na maioria das vezes aparecerão como obstáculos para realização de uma atividade, o contrário acontece com as pessoas que possuem autoeficácia elevada (BANDURA, 1994).

Diante disso, as experiências passadas e o contexto social, bem como fatores psicológicos do indivíduo, desempenham forte relação com a autoeficácia deste em acreditar que é capaz de realizar determinada ação de forma eficaz (BANDURA, 1986).

Nesse contexto, a implementação de estratégias educativas considerando as questões sociais e que abordem o conceito de autoeficácia, são necessárias para que as mães mantenham um bom nível de autoeficácia ou que possam aumentá-lo, permitindo que através destas ações tenham maior confiança em aderir comportamentos saudáveis em relação aos seus filhos e aos outros (JOVENTINO, 2013c).

Logo, considerando a relevância da temática, e a necessidade de um instrumento validado para avaliar o nível da autoeficácia materna para prevenção da Diarreia Infantil, Joventino(2010) desenvolveu a EAPDI (Escala de Autoeficácia Materna na Prevenção da Diarreia Infantil), baseada na teoria de Autoeficácia de Bandura(1977). A escala tem o intuito de avaliar o quanto as mães se sentem confiantes em realizar ações que promovam a prevenção da diarreia em seus filhos.

A partir da EAPDI, avaliou-se que os níveis elevados de autoeficácia materna mostram-se favoráveis para a prevenção da diarreia na infância. Assim, estudo do tipo multi-métodos, elaborou e validou o vídeo educativo: “Diarreia Infantil: Você é capaz de prevenir”, através de um ensaio clínico randomizado, evidenciando que a tecnologia educativa proposta foi capaz de elevar os escores de autoeficácia para prevenir a diarreia infantil, e pode ser considerada uma estratégia eficaz para ser aplicada pelo profissional enfermeiro nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) (JOVENTINO, 2013d).

Após ter sido evidenciada a eficácia do uso do vídeo educativo citado, percebeu-se a necessidade de associá-lo com outras tecnologias baseadas na comunicação entre

profissional e paciente. Assim, foi desenvolvido um estudo quase experimental, com grupo único, do tipo antes e depois, com quatro momentos de acompanhamento, que utilizou um vídeo educativo: “Diarreia Infantil: Você é capaz de prevenir”, elaborado por Joventino (2013), aliado a roda de conversa, verificando ao longo deste período de investigação, que a estratégia educativa combinada foi eficaz para a elevação da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil (NASCIMENTO, 2015).

Além disso, Joventino (2013) em sua pesquisa sugeriu que outras tecnologias educativas fossem elaboradas com o intuito de elevar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Dessa forma, Sabino (2016) elaborou e validou uma cartilha educativa intitulada “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”, a qual sugere os cuidados diários que devem ser seguidos pelas mães e cuidadoras para prevenir a diarreia infantil.

É oportuno salientar que a cartilha educativa pode ser considerada uma tecnologia importante para a promoção da saúde dos indivíduos, visto que a mesma possui linguagem simples e detalhada, sendo favorável para o processo pedagógico da aprendizagem (BARROS, 2012).

Reconhecendo, então, a importância da associação entre tecnologias educativas e do diálogo entre cliente e enfermeiro, julga-se oportuna a utilização da cartilha educativa combinada a outra tecnologia leve, como a entrevista motivacional (EM). Sabe-se que a EM é uma intervenção educativa inserida principalmente entre os educadores e profissionais de saúde e foi desenvolvida por Miller e Rollnick (1991) e empregada primordialmente na Europa, posteriormente nos EUA e somente quase uma década, no Brasil, sendo aplicada inicialmente entre os usuários de álcool e outras drogas (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006). Devido a sua eficácia a EM expandiu-se para diversas áreas, envolvendo atualmente estudos que tratam de questões alimentares e doenças endócrinas, por exemplo (FINGER et al., 2011; NASCIMENTO, 2015a).

A EM tem o objetivo de maximizar as motivações para que assim se modifiquem os comportamentos adotados, afirmando que ninguém é capaz de mudar o comportamento de um indivíduo, se ele mesmo não quiser (Miller & Rollnick, 2001).

Além disso, quanto as técnicas utilizadas na EM, o entrevistador deve ser capaz de realizar uma escuta ativa e eficaz, tendo que atribuir atenção especial ao entrevistado, pois este deve ser o centro da abordagem. O entrevistador, ainda deve preocupar-se com o

planejamento participativo, para gerar ações ativas do entrevistado, em torno, do seu autocuidado (NASCIMENTO, 2015a).

Diante destas considerações, constata-se a relevância do presente estudo quanto ao benefício de intervenções educativas pautada na autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil, pois o uso da cartilha educativa aliada à entrevista motivacional poderá favorecer a promoção da confiança materna quanto aos cuidados prestados no cotidiano de seus filhos. Desta forma, recomenda-se que o profissional de enfermagem e outros profissionais da saúde desenvolvam ações de educação em saúde utilizando tecnologias educativas que visem à promoção de comportamentos promotores de saúde.

2 OBJETIVOS

- ✓ Caracterizar o perfil sociodemográfico e sanitário das participantes.
- ✓ Verificar a associação entre os níveis de autoeficácia materna para prevenir a diarreia em crianças menores de cinco anos de idade com variáveis sociodemográficas e sanitárias.
- ✓ Comparar os níveis de autoeficácia materna das participantes antes e após uma estratégia educativa com cartilha e entrevista motivacional breve.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo, quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo único. Neste tipo de estudo não é necessária distribuição aleatória dos sujeitos do estudo com relação à intervenção/tratamento e nem grupos controle, como se optou na seguinte pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V) de Fortaleza-CE. A escolha da SER V justifica-se por apresentar os piores indicadores socioeconômicos da cidade de Fortaleza-CE. Esta área também se caracteriza por ser a regional mais populosa, mas também a mais pobre da capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. Ressalta-se que a CORES V, entre o mês de janeiro a dezembro de 2017, foi a Coordenadoria que teve maior ocorrência de casos de diarreia, com 5.104 casos, sendo que 1.331 destes casos ocorreram em crianças menores de cinco anos de idade (FORTALEZA, 2016).

3.3 População e Amostra

Participaram do estudo 61 mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos de idade, cadastradas ou atendidas em livre demanda na UAPS da CORES V, do município de Fortaleza-CE. O cálculo para definição da amostra foi realizado por meio de um estudo maior. A seleção das mães ocorreu por conveniência, de acordo com a demanda do serviço.

As mães e/ou cuidadoras do estudo atenderam ao seguinte critério de inclusão: mães/cuidadoras com, pelo menos, um filho(a) com idade inferior a cinco anos, este(a) sendo acompanhado(a) ou atendido(a) na UAPS. O critério de exclusão foi mães/cuidadoras com nível de escolaridade que as limitasse nas respostas aos instrumentos e na participação da estratégia educativa (leitura da cartilha aliada à entrevista motivacional).

3.4 Coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: 1. Formulário em que consta os dados de identificação da mãe/família referentes ao perfil sociodemográfico e sanitário (ANEXO A). Destaca-se que esse questionário foi previamente elaborado e validado por Joventino (2010), sendo utilizado em outros estudos. 2. Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), a qual foi elaborada e validada por Joventino (2010), apresentando alfa de Cronbach de 0,84 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) de 0,45 e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,96, cujo intuito é avaliar o nível de autoeficácia das mães na habilidade em prevenir a diarreia infantil (ANEXO B).

Além disso, é oportuno ressaltar que a EAPDI é composta por 24 itens contendo os seguintes fatores/domínios: higiene da família, com 15 itens e práticas alimentares/gerais, com 9 itens. O padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores totais da escala podem variar de 24 a 120 pontos. As mães que conseguirem alcançar uma pontuação igual ou superior a 115 pontos serão classificadas com elevada autoeficácia materna para prevenir a diarreia em seus filhos, e as que tiverem 114 ou menos pontos com moderada autoeficácia (JOVENTINO, 2013).

A coleta de dados ocorreu na UAPS, em sala reservada, enquanto as mães aguardavam atendimento. Foi apresentado e explicado o objetivo do estudo, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Em seguida, ocorreu a aplicação dos dois instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Após a aplicação dos instrumentos, as mães permaneceram em sala reservada e fizeram a leitura da cartilha educativa individualmente. Após a leitura da cartilha, foi realizada a entrevista motivacional breve a partir das necessidades apresentadas pelas participantes. Vale salientar que uma equipe de alunos de doutorado, mestrado e bolsistas de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Ceará do grupo Promoção da Saúde da Criança e da Família participaram de todo o processo de coleta de dados.

A cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” foi elaborada a partir da Teoria de Autoeficácia de Bandura. A cartilha educativa está dividida em oito tópicos: como saber se a criança está com diarreia; como cuidar da higiene do seu filho; saiba como cuidar da sua higiene; a limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; veja como cuidar da alimentação do seu filho; saiba a

importância da vacinação para seu filho; como cuidar da criança com diarreia (SABINO, 2016).

Logo após a intervenção educativa (leitura da cartilha aliada à entrevista motivacional) foi aplicada novamente a EAPDI. Essa proposta de avaliação do conhecimento dos participantes logo após a implementação da estratégia de educação em saúde foi também realizada por Mendes (2010) em sua pesquisa desenvolvida com pacientes com transplante de fígado.

3.4.1 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (versão 20.0). Para a análise comparativa foram utilizados os testes linear by linear, teste qui-quadrado e de máximo verossimilhança, estabelecendo-se nível de significância inferior a 0,05.

3.5 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado respeitando os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 instituída pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O estudo foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo este apreciado e aprovado com o parecer 1.116.855. É oportuno salientar que a equipe executora do projeto está ciente que todas as informações coletadas e analisadas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e sanitárias das 61 mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos de idade, que participaram do estudo. No que se refere as características sociodemográficas, observou-se que a maioria das mães e/ou cuidadoras estava na faixa etária de 20-29 anos (N=33;54,1%), com escolaridade até o 2º grau (N=36;59,0%), viviam com parceiro (N=46;75,4%), exerciam somente atividades do lar (N=40;65,6%), com renda de até um salário-mínimo (N=27;45,0%) e tinham de um a dois filhos vivos (N=47;79,7%).

Quanto às condições sanitárias a maioria das mães possuía casa com reboco (N=57;93,4%), com piso do tipo cerâmica (N=37;60,7%), não apresentava presença de moscas no domicílio (N=42;68,9%) tinha sabão próximo às torneiras (N=52;88,1%) e possuía rede de esgoto (N=36;59,0%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e sanitária das mães e/ou cuidadoras participantes do estudo. Fortaleza-CE, Brasil, 2015.

| Variáveis Sociodemográficas | N | % |
|---|----------|----------|
| Faixa etária da mãe e/ou cuidadora (ano) | | |
| 15 - 19 | 7 | 11,5 |
| 20 – 29 | 33 | 54,1 |
| 30 – 55 | 21 | 34,4 |
| Escolaridade | | |
| Até 1º grau | 21 | 34,4 |
| 2º grau | 36 | 59,0 |
| 3º grau | 4 | 6,6 |
| Estado civil | | |
| Com parceiro | 46 | 75,4 |
| Sem parceiro | 15 | 24,6 |
| Ocupação | | |
| Do lar | 40 | 65,6 |
| Outras | 21 | 34,4 |
| Renda familiar (salário mínimo)* | | |

| | | |
|---|----|------|
| Até 1,0 | 27 | 45,0 |
| 1,1 – 2,0 | 23 | 38,3 |
| 2,1 – 8,8 | 10 | 16,7 |
| Filhos vivos | | |
| 1 a 2 | 47 | 79,7 |
| 3 a 4 | 12 | 20,3 |
| SANITÁRIAS | | |
| Tipo de casa | | |
| Com reboco | 57 | 93,4 |
| Sem reboco | 4 | 6,6 |
| Tipo de piso | | |
| Cerâmica | 37 | 60,7 |
| Cimento | 24 | 39,3 |
| Presença de moscas no domicílio | | |
| O ano todo | 8 | 13,1 |
| Somente no inverno | 11 | 18,0 |
| Não possui | 42 | 68,9 |
| Existência de sabão próximo às torneiras | | |
| Sim | 52 | 88,1 |
| Não | 7 | 11,9 |
| Possui rede de esgoto | | |
| Sim | 36 | 59,0 |
| Não | 25 | 41,0 |

*Salário-mínimo no momento da coleta de dados: R\$ 788.00

Na Tabela 2 observou-se a correlação entre as variáveis sociodemográficas e sanitárias das participantes e o nível de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, conforme a aplicação da EAPDI antes e depois da intervenção educativa.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil após a estratégia educativa com todas as variáveis sociodemográficas e sanitárias, conforme tabela 2.

De modo geral, verificou-se que antes da intervenção educativa a maioria das mães e/ou cuidadoras apresentaram autoeficácia moderada ($n=35$; 58,3%), seguida da elevada

(n=26;43,3%), e após a intervenção educativa a maioria das participantes apresentou autoeficácia elevada em prevenir a diarreia infantil (n=50/83,3%), seguido por moderada (n=11/18,3%). Assim, pôde-se constatar que a utilização da cartilha associada a entrevista motivacional breve foi eficaz para elevar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Tabela 2. Associação entre o nível de autoeficácia materna conforme a EAPDI e variáveis sociodemográficas e sanitárias de mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2015

| Variáveis | Antes da intervenção | | | | Depois da Intervenção | | | | p** |
|---|----------------------|------|---------|------|-----------------------|------|---------|------|---------|
| | Moderada | | Elevada | | Moderada | | Elevada | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | |
| Faixa etária da mãe e/ou cuidadora | | | | | | | | | |
| 15 – 19 | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 | 1 | 14,3 | 6 | 85,7 | 0,125 |
| 20 – 29 | 20 | 60,6 | 13 | 39,4 | 6 | 18,2 | 27 | 81,8 | <0,0001 |
| 30 – 55 | 10 | 47,6 | 11 | 52,4 | 4 | 19,0 | 17 | 81,0 | 0,031 |
| Escolaridade | | | | | | | | | |
| Até 1º grau | 12 | 57,1 | 9 | 42,9 | 4 | 19 | 17 | 81,0 | 0,008 |
| 2º grau | 21 | 58,3 | 15 | 41,7 | 6 | 16,7 | 30 | 83,3 | <0,0001 |
| 3º grau | 2 | 50 | 2 | 50 | 1 | 25 | 3 | 75,0 | 1,000 |
| Estado civil | | | | | | | | | |
| Com parceiro | 25 | 54,3 | 21 | 45,7 | 8 | 17,4 | 38 | 82,6 | <0,0001 |
| Sem parceiro | 10 | 66,7 | 3 | 33,3 | 3 | 20,0 | 12 | 80,0 | 0,016 |
| Ocupação | | | | | | | | | |
| Do Lar | 24 | 60,0 | 16 | 40 | 7 | 17,5 | 33 | 82,5 | <0,0001 |
| Outras | 11 | 52,4 | 10 | 47,6 | 4 | 19,0 | 17 | 81,0 | 0,016 |
| Renda familiar (salário mínimo)* | | | | | | | | | |
| Até 1,0 | 15 | 55,6 | 12 | 44,4 | 5 | 18,5 | 22 | 81,5 | 0,002 |
| 1,1 – 2,0 | 14 | 60,9 | 9 | 39,1 | 4 | 17,4 | 19 | 82,6 | 0,002 |
| 2,1 – 8,8 | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 2 | 20,0 | 8 | 80,0 | 0,125 |
| Filhos vivos | | | | | | | | | |
| 1 a 2 | 28 | 59,6 | 19 | 40,4 | 8 | 17,0 | 39 | 83,0 | <0,0001 |
| 3 a 4 | 7 | 58,3 | 5 | 41,7 | 3 | 25,0 | 9 | 75,0 | 0,125 |
| Tipo de casa | | | | | | | | | |
| Com reboco | 32 | 56,1 | 25 | 43,9 | 11 | 19,3 | 46 | 80,7 | <0,0001 |
| Sem reboco | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | - | - | 4 | 100 | - |
| Tipo de piso | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|---|------|----|------|---------|
| Cerâmica | 21 | 56,8 | 16 | 43,2 | 7 | 18,9 | 30 | 81,1 | <0,0001 |
| Cimento | 14 | 58,3 | 10 | 41,7 | 4 | 16,7 | 20 | 83,3 | 0,002 |
| Presença de moscas no domicílio | | | | | | | | | |
| O ano todo | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 | 2 | 25,0 | 6 | 75,0 | 0,125 |
| Somente no inverno | 7 | 63,6 | 4 | 36,4 | 2 | 18,2 | 9 | 81,8 | 0,063 |
| Não possui | 22 | 52,4 | 20 | 47,6 | 7 | 16,7 | 35 | 83,3 | <0,0001 |
| Existência de sabão próximo às torneiras | | | | | | | | | |
| Sim | 29 | 55,8 | 23 | 44,2 | 9 | 17,3 | 43 | 82,7 | <0,0001 |
| Não | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 | 2 | 28,6 | 5 | 71,4 | 0,250 |
| Possui rede de esgoto | | | | | | | | | |
| Sim | 18 | 50,0 | 18 | 50 | 5 | 13,9 | 31 | 86,1 | <0,0001 |
| Não | 17 | 68,0 | 8 | 32,0 | 6 | 24,0 | 19 | 76,0 | 0,001 |

*Salário mínimo no momento da coleta de dados: R\$ 788.00

** Teste qui-quadrado

5 DISCUSSÃO

As condições sociodemográficas são citadas na literatura como causadoras de doenças parasitárias (SILVA et al., 2010; BUHLER et al., 2014a). De modo semelhante, a prevenção e controle da diarreia infantil podem estar relacionados com as condições sanitárias apresentadas pelas mães/cuidadoras (JOVENTINO, 2013a), tendo em vista que as mesmas influenciam na ocorrência da diarreia na infância.

As participantes do presente estudo apresentaram características sociodemográficas semelhantes as encontradas em outros estudos realizados no âmbito da promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, como, por exemplo, no estudo de Oliveira, (2017) que identificou que a maioria das participantes do estudo apresentava faixa etária entre 18 e 29 anos (N=146; 61,3%), 09 a 12 anos de estudo (N=132;55,5%) viviam com parceiro (N=168;70,6%) e eram donas de casa (N=98;41,2%) e pesquisa realizada por Joventino (2013b), que investigou as habilidades maternas para prevenir e conduzir a diarreia infantil, em que as participantes apresentaram média de idade de 28,3 anos (DP \pm 7,67), eram casadas (N=372;84,6%), que trabalhavam em casa (N=307;69%) e tinham escolaridade entre 7 e 10 anos(N=176;39,6%).

As variáveis sanitárias das participantes da presente pesquisa assemelharam-se às do estudo de Nascimento (2015), em que a maioria das participantes tinha casa com reboco (N=51; 87,9%), piso com cerâmica (N=32;55,2%), sabão próximo as torneiras (N=54;93,1%) e possuía rede pública de esgoto (N=38;65,5%).

No presente estudo, no que se refere à associação entre os níveis de autoeficácia e as condições sociodemográficas e sanitárias maternas, observou-se relação estatisticamente significativa com todas as variáveis, assim como após o uso da estratégia educativa um número maior de participantes apresentaram elevada autoeficácia para prevenir diarreia infantil.

Resultados semelhantes a estes foram encontrados no estudo de Andrade (2014) que verificou significância estatística entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e todas as variáveis sociodemográficas investigadas (idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas no domicílio, número de filhos, sexo da criança).

Com relação à idade materna, embora tenha sido observada relação estaticamente significativa entre as mães e/ou cuidadoras com 20 a 55 anos com autoeficácia materna para

prevenir a diarreia infantil, identificou-se um aumento percentual significativo de mães e/ou cuidadoras de 20 a 29 anos com elevada autoeficácia, após a aplicação da estratégia educativa (aumento de 42,4%).

Assim como na presente pesquisa, resultados oriundos de outro estudo desenvolvido com mães e/ou cuidadoras em Fortaleza, mostraram relação estatisticamente significativa entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e a idade elevada das mães (NASCIMENTO et al., 2015), evidenciando que a idade materna pode influenciar nos níveis de confiança que as mães apresentam nos cuidados prestados aos filhos, sobretudo na prevenção de doenças, como a diarreia.

Já em estudo longitudinal, realizado com 90 mães/cuidadoras de crianças menores de cinco anos de idade, em três meses, verificou que tanto as mães adolescentes como aquelas que tinham idade mais avançada, apresentaram um aumento progressivo das médias dos escores da EAPDI (ANDRADE et al., 2015), embora no presente estudo tenha sido observado um aumento significativo de mães com 20 a 29 anos com autoeficácia elevada, após o uso da estratégia educativa.

Quanto à escolaridade, identificou-se que as mães com 1º e 2º grau apresentaram correlação estatisticamente significativa com o nível de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, observando-se após aplicação de estratégia educativa um maior número de mães e/ou cuidadoras que possuíam o 2º grau com elevada autoeficácia (aumento de 41,6%).

Apesar de no presente estudo a baixa escolaridade ter apresentado relação estatisticamente significativa com o aumento da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, esta pode ser fator de risco para o aparecimento da DDA durante a infância, bem como a baixa instrução materna pode limitar a assimilação dos conhecimentos proporcionados através das estratégias educativas (PEREIRA, 2008).

Outros estudos também identificaram que o fato das mães serem jovens e ter baixa escolaridade pode influenciar negativamente nos níveis de autoeficácia materna e na segurança dos cuidados ofertados à criança (ANDRADE et al., 2015).

Com relação ao presente estudo, constatou-se que tanto as mães que viviam com parceiro, como as que não tinham parceiro apresentaram significância estatística com a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil, contudo, percebeu-se que ocorreu um aumento mais significativo no número de mães e/ou cuidadoras sem parceiros com elevada autoeficácia, após o uso da estratégia educativa (aumento de 46,7%).

Contudo, estudo de Andrade(2015) evidenciou que apesar de ter sido encontrada relação estatística com as médias dos escores de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil tanto entre as mães casadas, em união consensual, solteiras, viúvas ou divorciadas, apenas as mães casadas apresentaram aumento progressivo da autoeficácia quando comparado com todos os meses de acompanhamento do estudo.

Esse fato pode ser justificado pela condição das mães serem propensas a se responsabilizar pelos cuidados com as crianças e obter conhecimento sobre esses cuidados com a família e terceiros (COSTA, 2013), sendo a figura paterna uma rede de apoio familiar essencial para estimular o desenvolvimento dos cuidados com os filhos e proporcionar maior confiança nessas mães (ANDRADE et al., 2015).

Identificou-se na presente pesquisa que tanto as mães donas de casa, como as que exerciam atividades fora do lar apresentaram significância estatística com os níveis de autoeficácia materna, observando-se um aumento no percentual de mães e/ou cuidadoras que exerciam atividade do lar com elevada autoeficácia, após o uso da estratégia educativa (aumento de 42,5%).

Estudo realizado no Peru, observou que mães que trabalham fora de casa apresentam menor tempo disponível para as outras atividades, podendo afetar os cuidados que são ofertados a criança (PANTENBURG et al., 2014). Entretanto, na pesquisa de Joventino (2013b), realizada em Fortaleza evidenciou que mesmo as mães trabalhando fora de casa, essas foram capazes de realizar os cuidados de manejo e prevenção da diarreia na infância. Assim como pesquisa transversal, desenvolvida por Sousa (2013) realizada com 30 crianças hospitalizadas, verificou que as crianças cujo as mães eram donas de casa, apresentaram os maiores índices de internações por diarreia.

Em relação à variável renda familiar, observou-se correlação estatística entre as mães e/ou cuidadoras que viviam com 1 salário-mínimo e com 1,1 a 2 salários-mínimos e a autoeficácia em prevenir diarreia durante a infância, contudo, foi possível identificar um número maior de mães e/ou cuidadoras com 1,1 a 2 salários-mínimos com elevada autoeficácia, após a aplicação da estratégia educativa (aumento de 43,5%).

Assim, apesar de a presente pesquisa apresentar correlação estatística entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e aquelas mães com menores rendas, estudo de Oliveira, (2017) que buscou associar as condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil,

identificando que quanto menor era a renda familiar, menores foram os escores na EAPDI.

Dessa forma, a renda familiar pode estar envolvida no nível de confiança que as mães apresentam nos cuidados a seus filhos, especialmente pela ineficiência de recursos existentes para suprir necessidades básicas familiares, sobretudo alimentação e higiene, que implica diretamente nos cuidados prestados à criança (XIMENES NETO, 2010).

Nesse sentido, estudo realizado na Etiópia mostrou que a variável renda familiar reflete sobre as condições de vida da criança, reforçando que quanto maior a renda, menor a chance da ocorrência da diarreia infantil (MEDIRATTA et al., 2010). Já estudos realizados no Vietnã, demonstraram que os indivíduos com menores rendas apresentaram maiores índices de doenças não transmissíveis (KIEN et al., 2016; KIEN, et al., 2016a).

No que se refere ao número de filhos, identificou-se que a existência de um a dois filhos apresentou significância estatística com a autoeficácia em prevenir a diarreia infantil ($p < 0,0001$), observando-se ainda, que houve aumento significativo no percentual de mães com um a dois filhos com elevada autoeficácia, após aplicação da estratégia educativa (aumento de 42,6%).

Em contrapartida, pesquisa realizada com 448 mães, mostrou que quanto maior o número de filhos, mais experiências com êxito a mãe já experimentou, de modo que se sente capaz de enfrentar outras situações para cuidar dos outros filhos (JOVENTINO, 2013). Sabe-se que as mães que tiveram vivências anteriores com manejo da diarreia infantil, seja com o próprio filho, ou de outrem, irão ter atitudes diferentes de uma mulher que nunca teve experiência de cuidar da criança com a doença (NASCIMENTO, 2015). Assim, as experiências de êxito, uma das fontes de autoeficácia, dispõe que se o indivíduo obteve sucesso em suas experiências passadas, tornar-se-á mais seguro em realizar ações semelhantes no presente (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

É oportuno também salientar que o menor número de filhos também pode favorecer que a mãe e/ou cuidadora disponha de mais tempo para cuidar das crianças, e, portanto, de se sentir capaz de realizar adequadamente os cuidados que a mesma necessita (JOVENTINO, 2013b).

Assim, a prestação de cuidados maternos adequados associa-se a vários fatores, como conhecimentos maternos sobre a doença, hábitos de higiene adequados, e sobretudo com as condições sanitárias do domicílio e saneamento do ambiente (SERGIO; LEON, 2009; CAIRNCROSS et al., 2010, MEDIRATTA et al., 2010).

Quanto ao tipo de residência observou-se relação estatística significativa entre a casa ter reboco ($p < 0,0001$) e autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, percebendo-se um aumento significativo no percentual dessas mães com elevada autoeficácia, após uso de estratégia educativa (aumento de 36,8%). Nesse sentido, o tipo de casa pode influenciar nos níveis de confiança das mães para prevenção da diarreia durante a infância. Tal fato pode ser corroborado com o estudo de Paz et al. (2012) que observou que as residências construídas com material que não o tijolo, mostrava-se como fator de risco para a doença diarreica em crianças no estado de São Paulo.

Essa relação, pode ser justificada pelo fato da parede rebocada apresentar fácil limpeza, que reduz a possibilidade de alojamento de vetores de doenças e de microrganismos, fato que não acontece na parede sem reboco, em especial nas casas com parede de taipa ou tábuas (VANDERLEI; SILVA E BRAGA, 2003), assim a possibilidade de realizar os cuidados de limpeza com a casa pode favorecer uma maior confiança e impulsionar o cuidado das mães e/ou cuidadoras nos cuidados com seus filhos.

Na presente pesquisa, observou-se significância estatística com a autoeficácia em prevenir diarreia infantil tanto entre as mães e/ou cuidadoras que possuíam piso de cerâmica, como com aquelas cujos domicílios tinham piso de cimento, contudo houve um aumento maior no percentual de participantes que tinham casa com piso de cimento com autoeficácia elevada, após a aplicação da estratégia educativa (aumento de 41,6%).

Apesar desse achado no presente estudo, sabe-se que as condições domiciliares podem influenciar no adoecimento da criança, pois residir em casas com pisos de difícil limpeza, acarreta maior probabilidade de contaminação, levando em conta que as crianças costumam engatinhar e andar descalças tocando o solo contaminado por microrganismos que nele se alojam (VANDERLEI; SILVA E BRAGA, 2003).

Sobre a presença de moscas no domicílio observou-se correlação estatística entre autoeficácia para prevenir diarreia infantil apenas com aquelas mães que disseram não existir moscas em seu domicílio ($p < 0,0001$), observando-se um aumento significativo no percentual dessas mães e/ou cuidadoras com elevada autoeficácia, após o uso de estratégia educativa (aumento de 35,7%). Segundo Teixeira e Heller (2005) as moscas são vetores importantes para a transmissibilidade de várias afecções, assim, estas podem influenciar na frequência dos casos de diarreia.

Na presente pesquisa, apesar ter sido observada relação estatística significativa

entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e a ausência de moscas no domicílio, foi constatada em outra pesquisa também desenvolvida em Fortaleza que não houve associação estatística entre a ausência de moscas e autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil, presumindo-se que ou estas mães não consideram esse vetor como importante para a transmissão de doenças ou mesmo com a presença de moscas as mães e/ou cuidadoras se sentem seguras para tomar outras medidas eficientes de cuidado com a criança (JOVENTINO, 2013a).

O fato de existir sabão próximo as torneiras também se mostrou estatisticamente significativa com a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil ($p < 0,0001$), identificando-se um aumento significativo no percentual dessas mães e/ou cuidadoras com autoeficácia elevada, após a estratégia educativa (aumento de 33,5%). Essa relação é importante, tendo em vista que a variável falta de higiene é considerada como fator de risco para a ocorrência da diarreia na infância (RAMESH, 2015).

Sabe-se que a higienização adequada das crianças constitui fator protetor para a ocorrência de diversas afecções, sobretudo para a diarreia (REMOR, 2009). É importante que a mãe/cuidadora reconheça a higiene da criança, em especial a lavagem das mãos, como cuidado essencial durante a infância. Em estudo de Joventino (2013e) verificou-se que a maioria das mães participantes reconheceu que manter as mãos das crianças higienizadas constitui um fator protetor para aquisição de verminoses.

Em contrapartida, somente ter esse conhecimento não é suficiente para a prevenção de doenças, assim é importante, que além das condições adequadas de higiene e do conhecimento materno, a mãe se disponha a prestar os cuidados adequados à criança, sendo necessário que se ofereça recursos e estratégias adequadas, além da motivação, para a adesão de comportamentos promotores de saúde (SOUZA;SILVA;GALVÃO, 2002).

Apesar da rede de esgoto constituir importante condição para minimizar a ocorrência de doenças, no presente estudo verificou-se que tanto as mães que tinham rede de esgoto, como aquelas que não tinham, apresentaram relação estatística com a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil, observando-se um aumento maior no percentual de mães e/ou cuidadoras que não tinham esgoto com elevada autoeficácia, após estratégia educativa (com aumento de 44%).

Sabe-se que as condições sanitárias apresentam relação com as altas taxas de incidência e mortalidade por diarreia, principalmente em áreas com condições deficientes de

sistema de esgoto e coleta de lixo (BORGES, 2007).

Estudo transversal e analítico constatou que o fato da rede de esgoto provir da rede pública, apresentou associação estatística significativa com a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil (OLIVEIRA, R., 2017).

Destaca-se que tanto os países subdesenvolvidos, como os em desenvolvimento, observaram maiores taxas de ocorrência da doença diarreica na infância relacionada com as condições precárias de saneamento, sobretudo pela falta de acesso à água tratada e ausência de rede de esgoto existente nesses países (SOUSA et al., 2013).

Dessa forma, infere-se que quanto maior o investimento em torno do esgotamento adequado, saneamento básico e hábitos de higiene, menor a probabilidade de se contrair doenças não-transmissíveis e de se ter internações hospitalares (CARVALHO, 2012).

Assim, tendo em vista a relação dos fatores sociodemográficos e sanitários com os níveis de autoeficácia materna apresentados pelas mães do presente estudo, após o uso de estratégia educativa, faz-se necessário a aplicação de tecnologias leves que são baseadas no acolhimento, relacionamentos e diálogo associados com a tecnologia dura, como a cartilha educativa, por exemplo (MERHY, 2002; PEREIRA, 2014).

Nesse sentido, é oportuna a utilização de estratégias educativas que utilizem instrumentos e recursos válidos e confiáveis e que sejam capazes de empoderar as mães nos cuidados realizados a seus filhos; como no presente estudo, que utilizou-se a cartilha educativa intitulada “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e entrevista motivacional breve que foi capaz de elevar a autoeficácia materna para previr diarreia infantil.

Assim, as tecnologias educativas combinadas com conteúdo pautados na autoeficácia e com grupo único, podem ser capazes de aumentar a segurança das mães e/ou cuidadoras nos cuidados a seus filhos e promover a elevação da autoeficácia materna na prevenção de algumas condições da infância, como a diarreia, devendo ser estimuladas entre os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro.

6 CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo, verificou-se os seguintes achados:

- As variáveis sociodemográficas maternas variaram entre 15 e 55 anos, predominando as mães de 20 a 29 anos, com escolaridade até o 2º grau (59,0%), casada (75,4%), dona do lar (65,6%), que viviam com renda mensal de até um salário-mínimo (45,0%) e tinham de um a dois filhos (79,7%).
- Sobre as variáveis sanitárias a maioria das mães possuía casa com reboco (93,4%), com piso do tipo cerâmica (60,7%), não apresentavam presença de moscas no domicílio (68,9%), tinham sabão próximo as torneiras (88,1%) e possuíam rede de esgoto (59,0%).
- Verificou-se, após a intervenção educativa aliando duas tecnologias, cartilha e entrevista motivacional breve, relação estatisticamente significativa entre a autoeficácia materna e as seguintes variáveis sociodemográficas: ter idade materna entre 20 e 29 anos ($p < 0,0001$) e 30 a 55 anos ($p = 0,031$), ter até o 1º grau ($p = 0,008$) e 2º grau ($p < 0,0001$) de escolaridade, estar com ($p < 0,0001$) ou sem ($p = 0,016$) parceiro, sem dona de casa ($p < 0,0001$) ou exercer outras atividades ($p = 0,016$), ter renda de até 1 ($p = 0,002$) ou de 1,1 a 2,0 ($p = 0,002$) salários-mínimos, ter de um a dois filhos vivos ($p < 0,0001$).
- Verificou-se, após a intervenção educativa aliando duas tecnologias, cartilha e entrevista motivacional breve, relação estatisticamente significativa entre a autoeficácia materna e as seguintes variáveis sanitárias, ter casa com reboco ($p < 0,0001$) e piso de cerâmica ($p < 0,0001$) ou de cimento ($p = 0,002$), não possuir moscas no domicílio ($p < 0,0001$), ter sabão próximo as torneiras ($p < 0,0001$) e possuir rede de esgoto ($p < 0,0001$) ou não ($p = 0,001$).
- Observou-se que antes da estratégia educativa as participantes do estudo em sua maioria apresentaram moderada autoeficácia ($n = 35$; 58,3%), seguida de elevada autoeficácia ($n = 26$; 43,3%), e após a intervenção educativa a maioria apresentou elevada autoeficácia ($n = 50$ /83,3%), seguidamente de moderada autoeficácia ($n = 11$ /18,3%).

Dessa forma, infere-se que a realização da estratégia com grupo único e aplicação

da EAPDI imediatamente após intervenção, se mostra eficaz para elevar a confiança materna, sendo importante o incentivo de outros estudos como este.

Assim, conclui-se, que apesar de algumas condições sociodemográficas e sanitárias serem consideradas pouco ou não modificáveis, as estratégias educativas pautadas na autoeficácia podem melhorar os cuidados prestados à criança, aumentando a confiança materna na prevenção de doenças, como a diarreia.

Diante de tais considerações, é relevante que o profissional de saúde seja motivado para o uso de estratégias educativas válidas e confiáveis pautadas na autoeficácia que possam tornar as mães mais seguras em suas ações.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.D. **Avaliação dos vídeos educativos utilizados para promoção da saúde da criança**. 2013. 42f. Monografia(Graduação em Enfermagem). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

ANDRADE, L.C.O.; SANTOS, M.S.; AIRES, J.S.; JOVENTINO, E.S.; DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B. LB. New mothers' knowledge about hygiene for new-borns. **Cogitare Enfermagem**, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/26381>> Acesso em: 11 fev. 2018.

ANDRADE, L.C.O **Autoeficácia de mães residentes em microáreas de risco na prevenção da diarreia infantil**. 2014. Dissertação(mestrado)108f. Programa de Pós-graduação em enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2014.

ANDRADE, L.C.O.; MENDES, E.R.R.; VASCONCELOS, I.A.; JOVENTINO, E.S.; ALMEIDA, P.C.; XIMENES, L.B. Socio-demographic factors relating to mothers' self-efficacy in preventing childhood diarrhea: a longitudinal study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. V. 14, n.1, 2015. Disponível em: <<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100>> Acesso em: 12 fev. 2018.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev** [Internet]. 1977 Mar. 84(2):191-215. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BANDURA, A.; ADAMS, N.E. Microanalysis os action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. **J. Pers, Social Psychol.**, v.43,n.1, p. 5-21, 1982

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall, 1986.

BANDURA, A. **Social cognitive theory**. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol. 6. Six theories of child development (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press, 1989.

BANDURA, A. Self-efficacy. *Encyclopedia of human behavior*. **New York: Academic Press**. V. 4, p. 71-81, 1994.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York:W.H. Freeman and company, 1997.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: ArtMed, 176 pgs. In: LAMAS, K; PATRÍCIO, M.O. Resenha: **Teoria Social Cognitiva? Muito Prazer!**. *Psicologia em Pesquisa | UFJF | 2(02) | 96-98 | julho-dezembro de 2008*.

BENER, A.; EHHAYLEL, M.S.; ADBULRAHMAN, H.M. Exclusive Breast Feeding and Prevention of Diarrheal Diseases. A Study in Qatar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000100009>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BORGES, C.V.D.; VEIGA, A.P.B.; BARROSO, G.S.; JESUS, E.F.O.; SERPA, R.F.B.; MOREIRA, S. Associação entre concentrações séricas de minerais, índices antropométricos e ocorrência de diarreia entre crianças de baixa renda da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev. Ver. Nutr.**, 2007.

BOWER, G. H. (1975). **Cognitive psychology: An introduction**. In W. K. Estes (Ed.), *Handbook of learning and cognition* (pp. 25-80). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

BRANDT K.G; ANTUNES, M.M.C; SILVA, G.A.P. Acute diarrhea: evidence-based management. **J Pediatr.**, 2015 Nov/Dec; 91(6 Suppl.1):S36-43. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001205>> Acesso em: 21 out. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação de Mortalidade. Mortalidade – Brasil. **Óbito por residência por Capítulo CID 10 segundo região**. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre mortalidade-SIM. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. Óbitos por causas evitáveis em menores de 05 anos- Ceará, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de Mortalidade. Proporção de óbitos por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade**. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde., 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c06.def>>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BUHLER, H.F et al .Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014.

BUHLER, H.F et al. Spatial analysis of integrated health and environmental indicators for morbidity and mortality due to infant diarrhea in Brazil, 2010. **Cad. Saúde Pública**, V.30, n.9, p. 1921-1934, 2014a.

CAIRNCROSS, S.; HUNTER, C.; BOISSON, S.; BOSTOEN, K.; CURTIS, V.; FUNG, I.C.H.; SCHMIDT, W.P. Water, Sanitation and hygiene for the prevention of diarrhea. **International Journal of Epidemiology**, V.39, p.193-205, 2010.

CARVALHO, G.L.X. **Prevalência de parasitoses em crianças de 0 a 12 anos e condições sanitárias na terra indígena xakriabá, São José das Missões, Minas Gerais, 2007**. 2012.114f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Instituto de Ciências Exatas e Biológicas. Núcleo de Pesquisas em Ciências Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2012.

COSTA, A.C.P.J.; BANDEIRA, L.P.L.; ARAÚJO, M.F.M.; GUBERT, F.A.; REBOUÇAS,

C.B.A.; VIEIRA, N.F.C. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** [internet], 2013. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271>> Acesso em: 08 abr 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico Mortalidade Infantil**. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Positivo/Downloads/informe_mortalidade_infantil_set_2014.pdf> Acesso em: 14 jan. 2018.

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.; Parreira, B.D.M.; Goulart, B.F. Health Education: Perception of Primary Health Care Nurses in Uberaba, Minas Gerais State. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700090>> Acesso: 28 jan. 2018.

DODT, R.C.M.; FERREIRA, A.M.V.; NASCIMENTO, L.A.; MACÊDO, A.C.; JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B. Influência de Estratégia de Educação em Saúde mediada por Álbum Seriado sobre a Autoeficácia Materna para Amamentar. **Texto e Contexto Enfermagem**, v,22,n.3, pp. 610-618, 2013. Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

FARTHING, M.; SALAM M.A.; LINDBERG, G.; DITE, P.; KHALIF, I.; SALAZAR-LINDO, E. et al. Acute Diarrhea in adults and children: a global perspective. **J Clin Gastroenterol.**, 2013.; 47:12-20.

FINGER, I.R.; POTTER, J.R. Motivational interviewing in the treatment of overweight/obesity: a literature review. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, pp.2-7, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Positivo/Desktop/monografia/EM%2006.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2018.

FONSECA, E.O.L.; TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; COSTA, M.C.N. Prevalence and factors associated with geohelminth infections in children living in municipalities with low HDI in North and Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(1):143-152, jan, 2010. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6160/1/Fonseca%2c%20Eduardo%20Oyama%20Lins%20et%20al.%20Prevalence%20and%20factors....pdf>> Acesso em: 20 abr. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/ CIEVS/ SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por município, segundo faixa etária**. Fortaleza, 2016. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2016&faixaEtaria=2&modo=municipio>> Acesso em: 22 out. 2017.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/ CIEVS/ SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por município, segundo faixa etária**. Fortaleza, 2017. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2017&faixaEtaria=2&modo=municipio>> Acesso em: 22 out. 2017.

FROTA, M.A.; BEZERRA, J.A.; FERRER, M.L.S.; MARTINS, M.C.; SILVEIRA, V.G. Maternal perception regarding child care and development. **Brazilian Journal in Health Promotion**, 2011.

FUNASA. Saneamento rural: o desafio de universalizar o saneamento rural. **Boletim Informativo**, n. 10, dez. 2011. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wpcontent/files_mf/blt_san_rural.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

GEORGE, T.R.; FELTZ, D.L. Motivation in sport from a collective efficacy perspective. **International Journal of Sport Psychology**, v.26, n.1, p.98-116, 1995.

JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B. The Maternal Self-efficacy Scale for preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. **Public Health Nurs.**, v.30, n.2, p. 150-158, 2013.

JOVENTINO, E.S.; BEZERRA, K.C.; COUTINHO, R.G.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Condições sociodemográficas e sanitárias na auto-eficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Revista de Salud Pública**, Vol. 15 (4), Ago. 2013a.

JOVENTINO, E.S.; FREITAS, L.V.; VIEIRA, N.F.C.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Habilidade Maternas para a prevenção e manejo da diarreia Infantil. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, Vol.19, 2013b.

JOVENTINO, E.S.; COUTINHO, R.G.; BEZERRA, K.C.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Self-effectiveness in preventing diarrhea and child care: a transversal study. **Online braz j nurs**, [Internet], 2013c. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3961>. doi: <<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20133961296>> Acesso em: 15 fev. 2018.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013d. 185f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013d.

JOVENTINO, E.S.; ORIÁ, M.O.; SAWADA, N.O.; XIMENES, L.B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev Latino-Am Enferm**, 2013e.

KIEN, V.D.; VAN MINH, H.; GIANG, K.B.; DAO, A.; WEINEHALL, L.; ERIKSSON, M.; NG N. Socioeconomic inequalities in self-reported chronic non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. **Glob Public Health**, 2016.

KIEN, V.D.; VAN MINH, H.; GIANG, K.B.; DAO, A.; TUAN, L.T.; NG N. Socioeconomic inequalities in catastrophic health expenditure and impoverishment associated with non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. **International Journal for Equity in Health**, 2016a. Disponível em: < file:///C:/Users/Positivo/Desktop/untitled.pdf> DOI 10.1186/s12939-016-0460-3. Acesso: 20 abr. 2018.

LOPES, T.C.; CHAVES, A.L.F.; JOVENTINO, E.S.; ROCHA, R.S.; CASTELO, A.R.P.; ORIÁ, M.O.B. Avaliação da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. **Rev. Rene** [Internet], 2013;14(6) [acesso em 24 nov. 2017]. Disponível: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3720>.

MACHADO, J.C.; COTTA, R.M.M.; MOREIRA, T.R.; SILVA, L.S. Analysis of three health education strategies for patients with arterial hypertension. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0611.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

MEDIRATTA, R.P.; FELEKE, A.; MOULTON, L.H.; YIFRU, S.; SACK, R.B. Risk Factors and Case Management of Acute Diarrhoea in North Gondar Zone, Ethiopia. **J. Health Popul. Nutr.**, v.28, n.3, p.253-263, 2010.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E; ONOKO, R, Organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo(SP): Hucitec, p. 113-150, 2002.

MILLER, W. R; ROLLNICK, S. Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behaviour. **New York: The Guilford Press**, 1991.

NASCIMENTO, L.A. **Promoção da Autoeficácia Materna na Prevenção da Diarreia Infantil- Efeitos de uma Intervenção Combinada: Vídeo Educativo e Roda de Conversa**. 2015. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

NASCIMENTO, T.M.R.V. **A prática do autocuidado em diabetes: o papel da equipe estratégia saúde da família com ênfase no agente comunitário na região Oeste de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015a.

NASCIMENTO, L.A.; JOVENTINO, E.S.; ANDRADE, L.C.O.; GOMES, A.L.A.; XIMENES, L.B. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online braz j nurs** [internet], 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4702>> Acesso em: 12 jan. 2018.

NEISSER, U. Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology. San Francisco: Freeman, 1976.

OLIVEIRA, B.S.B.; OLIVREIRA, R.K.L.; BEZERRA, J.C.; MELO, F.M.S.; MONTEIRO, F.P.M.; JOVENTINO, E.S. Condições Socais e Condutas Maternas na Prevenção e Manejo da Diarreia Infantil. **Cogitare Enferm.**, 2017.

OLIVEIRA, R.K.L.; OLIVEIRA, B.S.B.; BEZERRA, J.C.; SILVA, M.J.N.; MELO, F.M.S.; JOVENTINO, E.S. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** [online], 2017. Disponível em:<<http://portugal.www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022008>> ISSN 1414-8145. Acesso em: 15 mar. 2018.

ORÍÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA P.C.; GLICK, D.F.; DENNIS, C.L. Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Public Health Nurs.**, 2009.

PANTENBURG, B.; OCHOA, T.J.; ECKER, L.; RUIZ, J. Feeding of Young children during diarrhea: caregivers' intended practices and perceptions. **Am J Trop Med Hyg**, v.91, n.3, p.555-62, 2014.

PAZ, M.G.A.; ALMEIDA, M.F.; GUNTHER, W.M.R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2012.

PEREIRA, I.V.; CABRAL, I.E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Esc Anna Nery.**, 2008.

PEREIRA, M.S. et al. Technology's use in health care for children: national integrative literature review. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.12, n.39, p. 1-22, 2014.

RAMESH, A.; BLANCHET, K.; ENSINK, J.H.; ROBERTS, B. Evidence on the effectiveness of water, Sanitation, and Hygiene(WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A systematic Review. **PLOS One**, 2015.

REMOR, C.B.; OJEDA, B.S.; GERHARDT, L.M. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Esc Anna Nery**. 2009; 13(4):786-92.

PRÜSS-USTÜN. et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middleincome settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. **Tropical Medicine and International Health**, 2014; 19 (8): p.894–90.

RODRIGUES, A.P.; DODT, R.C.M.; ORÍÁ, M.O.B.; ALMEIDA, P.C.; PADOIN, S.M.M.; XIMENES, L.B. Promoção da Autoeficácia em Amamentar por Meio de Sessão Educativa Grupal: Ensaio Clínico Randomizado. **Texto contexto – enferm.**, Vol.26, no.4, Florianópolis, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001220017>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor Crônica e a crença da autoeficácia. **Rev. Esc. Enferm USP**. [online], v. 41, n.1, p.135-40, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2017

SERGIO, J.V.; LEON, A.C.P. Analysis of mortality from diarrheic diseases in under-five children in Brazilian cities with more than 150,000 inhabitants. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1093-1102, 2009.

SILVA, C.A. et al. Condições de saneamento e a incidência de parasitoses intestinais como fatores de risco para o baixo rendimento escolar. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, v.1, n.1, p.1-16, 2010.

TEIXEIRA, O.C.M. **Análise das Condições Sociodemográficas e Sanitárias das Mães de Crianças Menores de Cinco Anos e a Ocorrência de Diarreia.** 2015. 40f. Monografia

(Graduação)- Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOUSA, G.R.S.; OLIVEIRA, E.A.R.; LIMA, L.H.O.; SILVA, A.K.A.; FORMIGA, L.M.F.; ROCHA, S.S. Profile of children with diarrhea in a public hospital. **Rev. Enferm UFPI**, v.2, p.34-9, 2013.

SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R. A autoeficácia como mediadora da melhora em indicies clínicos de saúde oral. **Pesq. Odontol. Bras.**, v.16,n.1, p. 57-62, 2002.

TEIXEIRA, J.C.; HELLER,L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.5,n.4, p.449-455, 2005.

VANDERLEI, L.C.M.; SILVA, G.A.O.; BRAGA, J.U. Fatores de risco para o internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v.19. n.2, p. 455-463, 2003.

VASILAKI, E.I.; HOSIER, S.G.; COX, M. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. **Alcohol & Alcoholism**, 2006. 41 (3), 328-335.

WALKER, C.L. et al. Childhood Pneumonia and Diarrhoea 1 Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. **Lancet**, 2013; 381: 1405–16. Disponível em: <www.thelancet.com> Acesso em: 17 fev. 2018.

WALKER, C.L.F.; WALKER, N. The Lives Saved Tool (list) as a model for diarrhea mortality reduction. **BMC Med.**, 2014; 29:70.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Weekly Epidemiological Record**, vol. 83, no. 47, 21 Nov. 2008. Disponível em:< <http://www.who.int/wer>> Acesso em: 25 jan. 2018.

XIMENES NETO, F.R.G.; QUEIROZ, C.A.; ROCHA, J.; CUNHA, I.C.K.O. Por que eu não levo meu filho para consulta de puericultura... **Rev. Soc Bras Enferm Ped.** 2010; 10(2):51-9. [cited 2018 abr 20].

APÊNDICE

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Senhora,

Você está sendo convidada a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Estratégia educativa com cartilha e entrevista motivacional para promover autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de diarreia infantil, repercutindo diretamente na redução da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Antes e após consultas pediátricas do(s) seu(s) filho(s), na Unidade de Atenção Primária à Saúde, realizaremos no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora poderá ler uma cartilha ou ler o material e participar de uma entrevista motivacional breve sobre como evitar diarreia nas crianças. Por dois meses faremos um acompanhamento por contato telefônico, pelo qual realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Todas essas etapas deverão ocorrer no próprio posto de saúde, mas caso não seja possível nos encontrarmos nas consultas de retorno, visitaremos sua casa para continuarmos a entrevista.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para assistir ao vídeo e/ou ler a cartilha, e para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones abaixo:

Nome: Lorena Barbosa Ximenes **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160.

Telefone para contato: 8861-6181

Nome: Jardeliny Corrêa da Penha **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160.

Telefone para contato: 8923-0821

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 3366-8344.

O abaixo assinado _____, _____ anos,
RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está
participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer
perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que
responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia
assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário:

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Assinatura:

Nome da testemunha:

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A- FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SANITÁRIO

Código da
Participante: _____

A. Dados Demográficos:

1. Nome da mãe: _____
2. Idade da mães (em anos): _____
3. Endereço: _____
4. Quanto tempo mora neste endereço? _____ (A=anos; M=Meses)
5. Escolaridade (será convertida em anos de estudo):
 1. 1º grau incompleto, até ___ série
 2. 1º grau completo
 3. 2º grau incompleto, até ___ série
 4. 2º grau completo
 5. Graduação incompleta
 6. Graduação completa
 7. Nunca estudou
6. Estado civil:
 1. Casada
 2. União consensual
 3. Solteira
 4. Divorciada
 5. Viúva
7. Ocupação:
 1. Dona de casa
 2. Vendedora
 3. Costureira
 4. Auxiliar de serviços gerais
 5. Faxineira (Diarista)
 6. Autônomo
 7. Estudante
 8. Outros. Especificar: _____

8. Quantas pessoas moram na residência? _____
9. Renda familiar: _____

_____ (*Salário mínimo atual: R\$ 788.00)

10. Data Nasc. (Criança): ____/____/____ NOME DA CRIANÇA EM QUESTÃO: _____

(*Caso a mãe tenha mais de um filho menor de 5 anos, a ordem de prioridade para escolha da criança do estudo será: 1º Criança que tenha tido o episódio de diarreia mais recente; 2º Criança com a maior idade)

11. Sexo:
 1. Masc
 2. Fem
12. A criança estuda atualmente?
 1. Sim
 2. Não
 3. Nunca estudou
13. Quantas gestações a mãe teve? _____
14. Quantos abortos a mãe teve? _____
15. Quantas crianças nasceram vivas? _____
16. Quantos estão vivos? _____

17. Sexo dos filhos: M (masc) _____ F (fem) _____

B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

18. Tipo de casa?
 1. Taipa
 2. Tábua
 3. Tijolo com reboco
 4. Mista
 5. Tijolo sem reboco
19. Qual o tipo de piso do domicílio?
 1. Cerâmica
 2. Cimento
 3. Terra
 4. Tábua
20. Qual o destino do lixo da sua residência?
 1. Coleta regular/periódica
 2. Lançado a céu aberto/rio
 3. Queimado
 4. Enterrado
 5. Outros. Especificar: _____
21. Existem moscas no domicílio?
 1. O ano inteiro
 2. No inverno (período chuvoso)
 3. Às vezes (independente da época do ano)
 4. Nunca aparece
22. A água que abastece a casa é proveniente de onde?
 1. Rede pública/encanada
 2. Chafariz
 3. Bomba
 4. Poço/cacimba
 5. Cisterna
 6. Lagoa, riacho ou rio
 7. Açude
 8. Carro-pipa
 9. Outro.

Especificar: _____

23. Qual a procedência da água que a criança consome? 1. Água mineral 2. Torneira
3. Outros: _____

24. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar? 1. Sim 2. Não
3. A criança só mama

25. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?

1. Apenas ferve a água 2. Apenas filtra a água 3. Ferve e filtra a água
4. Trata com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: _____
5. Coa através de um pano 6. Outro tratamento. Especificar:

26. Qual a localização das torneiras do domicílio? 1. Cozinha 2. Banheiro 3. Quintal
4. Outros. Especificar: _____

27. Existe hoje sabão próximo às torneiras onde se lavam as mãos? 1. Sim 2. Não

28. Tipo de sanitário: 1. Com descarga d'água 2. Sem descarga d'água 3. Sem sanitário

29. Qual o tipo de esgoto da casa?

1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto 4. Desconhecido

5. Outro. Especificar: _____

30. Há na casa da criança um refrigerador funcionando hoje? 1. Sim 2. Não

31. Na casa existe algum animal? 1. Sim 2. Não. Se sim, especificar:

C. Saúde da Criança

32. Alguém a ajuda a cuidar do seu filho? 1. Sim 2. Não

33. A criança foi internada no primeiro mês de vida? 1. Sim 2. Não

34. A criança possui alguma doença? 1. Sim. Especificar:
_____ 2. Não

35. A criança nasceu prematura? 1. Sim 2. Não

36. Você Amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?

1. Menos de 1 mês 2. Até 1 mês 3. Entre 1 e 2 meses 4. 2 a 4 meses
5. Até 6 meses

5. Outro. Especificar: _____

37. Seu bebê ingere algum alimento através de mamadeira? 1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU "NÃO", PULE PARA A PERGUNTA Nº 40.

38. Se sim, quando seu filho não toma todo o conteúdo da mamadeira, o que você geralmente faz com o que sobra?

1. Joga fora o resto 2. Guarda para mais tarde em temperatura ambiente

3. Guarda para mais tarde no refrigerador 4. Oferece o conteúdo que sobrou para terceiros

5. Outros: _____

39. Como você, geralmente, limpa o bico da mamadeira e a mamadeira?

1. Lava com água 2. Lava com água e sabão 3. Ferve/Esalda o bico
4. Ferve/Esalda o bico e a mamadeira 5. _____

Outros: _____

40. Você ferve/escalda os utensílios utilizados na alimentação do seu filho (prato, colher, copo, outros)? 1. Sim 2. Não

41. Se sim, com qual frequência o faz? 1. 1x na semana 2. 2x na semana 3. 1x ao dia
4. Após cada uso

5. Outros. Especificar: _____

42. A criança apresenta dor abdominal ou chora durante a evacuação? 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

(*****Episódio de diarreia: três ou mais evacuações amolecidas em um período de 24 horas**)

43. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia? 1. Sim 2. Não. **SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA 54.**

44. Quantos episódios (dias) de diarreia seu filho teve no último mês? _____

45. Qual o aspecto das fezes da criança quando a criança estava com diarreia?

1. Líquida 2. Pastosa 3. Com sangue 4. Esverdeada 5. Amarelada 6.

Outros: _____

46. Quando a criança apresentou diarreia, veio acompanhada por:

1. Febre 2. Vômito 3. Muco nas fezes 4. Nenhum sinal ou sintoma

47. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde? 1. Sim 2. Não

48. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia? 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

49. A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia? 1. Sim 2. Não 3. Não lembra

50. Realiza algum receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia? 1. Sim 2. Não

51. Se sim, que receita caseira você realiza? 1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira 3. Fruta constipante. Qual? _____

Outros: _____

52. Você já ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO) para o seu filho? 1. Sim 2. Não

53. Se sim, qual a diluição que você realiza?

54. O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus? 1. Sim 2. Não **73. Se sim, quantas doses?** _____

55. Quando a criança apresenta diarreia você:

1. Suspende a alimentação normal da criança 2. Continua oferecendo a mesma alimentação

3. Procura melhorar a alimentação e hidratar mais

56. Alguma das crianças menores de 5 anos, costuma receber cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)?

1. Sim 2. Não

57. Na sua opinião, quais as possíveis causas da diarreia?

1. Comida mal cozida 2. Água contaminada 3. Comida gordurosa

4. Quentura/calor 5. Dentição 6. Mãos e objetos sujos na boca

7. Desmame precoce 8. Susto ou mau-olhado

9. Gripe, virose, infecção 10. Medicamentos 11. Vermes

12. Contaminação de alimentos por moscas, sujeira 13. Outros.

Especificar: _____ 14. Não sabe

58. Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia? 1. Sim 2. Não

59. Quais as principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia?

1. Familiares 2. Enfermeiros 3. Médicos 4. Agentes

- comunitários de saúde 5. Televisão
6. Amigos e vizinhos 7. Rádio 8. Experiência pessoal 9.
Palestras, cartazes nos serviços de saúde
10. Outros. Especifique: _____

Observações: _____

ANEXO B- ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em prevenir diarreia no seu filho. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Discordo totalmente**
2 = Discordo
3 = Às vezes concordo
4 = Concordo
5 = Concordo totalmente

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 12 | Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 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. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |