



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

BRUNA CLEMENTE COSTA

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL ANTES E APÓS ESTRATÉGIA
EDUCATIVA

FORTALEZA

2018

BRUNA CLEMENTE COSTA

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL ANTES E APÓS ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará, como requisito à obtenção
do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lorena Pinheiro
Barbosa.

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)

- C1d COSTA, BRUNA CLEMENTE.
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA
DIARREIA INFANTIL ANTES E APÓS ESTRATÉGIA EDUCATIVA / BRUNA CLEMENTE COSTA. –
2018.
49 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. LORENA PINHEIRO BARBOSA.
1. DIARREIA INFANTIL. 2. AUTOEFICÁCIA MATERNA. 3. DETERMINANTES SOCIAIS DE
SAÚDE. 4. ENFERMAGEM. I. Título.

CDD 610.73

BRUNA CLEMENTE COSTA

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL ANTES E APÓS ESTRATÉGIA EDUCATIVA

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará, como requisito à obtenção
do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Lorena Pinheiro Barbosa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^ª Ms. Elizamar Regina da Rocha Mendes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^ª. Ms. Leidiane Minervina Moraes de Sabino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha mãe, meu maior amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me sustentado até aqui.

À minha mãe, Elisabeth, meu maior exemplo, pela dedicação, empenho e por todo o amor e cuidado. Por ter me mostrado como é ser verdadeiramente forte e batalhadora e por ter me ajudado a alcançar meus sonhos.

À minha avó, Francisca, pelo exemplo de serenidade, pelo imenso amor e apoio constante.

Às minhas amigas Bárbara Alves e Isabelle Martins, por estarem sempre ao meu lado, pelas palavras de apoio nos momentos difíceis e por vivenciarem, hoje, essa grande conquista na minha vida.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Lorena Pinheiro Barbosa, pelos ensinamentos, pela paciência e pelo acolhimento. Sou grata a todo o aprendizado que me proporcionou durante esse ano em que me fez evoluir muito na pesquisa e em meus valores profissionais. Obrigada!

Aos membros da banca, Enfa. Ms. Elizamar Regina da Rocha Mendes e Enfa. Ms. Leidiane Minervina Moraes de Sabino, pela imensa contribuição não só neste trabalho, mas durante todo esse ano.

Em especial, agradeço a Enfa. Ms Elizamar Regina da Rocha Mendes, por sua paciência, disponibilidade e dedicação. Agradeço por todas as orientações e pela constante motivação. Sem você não teria conseguido. Muito obrigada!

Ao grupo de pesquisa Promoção da Saúde da Criança e Família, do qual fui bolsista de pesquisa, pelo aprendizado compartilhado, pela acolhida e pelos momentos de alegria.

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

Aos professores e todos os trabalhadores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A todos que colaboraram durante todo esse tempo para meu crescimento profissional e pessoal. Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A diarreia é uma das doenças mais comuns da infância e tem perfil etiológico multicausal e multifatorial, podendo envolver os determinantes sociais da saúde das mães e/ou cuidadoras. Nesse sentido, tecnologias educativas têm sido utilizadas como ferramentas na promoção de saúde, na prevenção da diarreia infantil e na elevação da autoeficácia dos indivíduos. **Objetivo:** associar os determinantes sociais de saúde de mães de crianças menores de cinco anos de idade com a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil antes e após estratégia educativa com vídeo e cartilha associados. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo de abordagem quantitativa, quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo único composto por 60 mães e/ou cuidadoras de crianças menores de cinco anos de idade, desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-CE. Como instrumentos para a coleta de dados utilizou-se um formulário sociodemográfico e Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), cujo intuito é avaliar o nível de autoeficácia das mães em prevenir a diarreia infantil. Após a coleta de dados, realizou-se a estratégia educativa, a partir da leitura da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e exibição do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, ambos individualmente, em sala reservada com a presença do pesquisador. Após esse momento, foi entregue às mães uma pasta contendo a EAPDI para acompanhamento do nível de autoeficácia materna durante um mês por contato telefônico. Os dados foram organizados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC). **Resultados e discussão:** Ao comparar os níveis de autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil antes e após o uso da estratégia educativa, encontrou-se associação estatisticamente significativa nos seguintes determinantes sociais: idade entre 15 e 29 anos ($p < 0,0001$), estado civil casada ($p < 0,0001$), escolaridade ensino médio completo ou incompleto ($p = 0,001$), ocupação do lar ($p < 0,0001$), renda familiar de até 1 salário mínimo ($p = 0,001$), casa com reboco ($p < 0,0001$), piso de cerâmica ($p = 0,002$) e de cimento ($p < 0,0001$), lixo destinado para coleta ($p < 0,0001$), água proveniente da rede pública ($p < 0,0001$), sanitário com descarga ($p < 0,0001$), com acesso a rede de esgoto ($p = 0,002$) ou sem ($p < 0,0001$), obtém ajuda para cuidar da criança ($p < 0,0001$) e aleitamento materno exclusivo ($p = 0,001$) ou não ($p = 0,001$). **Conclusão:** conclui-se que os determinantes sociais de saúde podem influenciar na autoeficácia materna e que a intervenção educativa cartilha aliada a vídeo educativo foi capaz de elevar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

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

ABSTRACT

Introduction: Diarrhea is one of the most common childhood diseases and it has an etiological, multicausal and multifactor profile that can involve the mother's/caretaker's social determinants of health. In that sense, educative technologies have been used as health promotion tools, in child diarrhea prevention and in the raise of the individuals' self-efficacy.

Objective: To associate the social determinants of health from mothers of children less than five years old with maternal self-efficacy in preventing child diarrhea before and after educative strategy with associated video and booklet.

Methodology: It was a study with a quantitative approach, almost experimental, in a before and after manner, with a single group of 60 mothers/caretakers of children less than five years old, developed at a Primary Health Care Unit in Fortaleza-CE. As data collect instruments it were used a sociodemographic form and the Maternal Self-Efficacy Scale for Childhood Diarrhea Prevention, which intends to evaluate the level of maternal self-efficacy in preventing child diarrhea. After data collection, the educative strategy was executed, with the booklet reading "You are able to prevent diarrhea in your child!" and the video exhibition "Childhood diarrhea: you are able to prevent it!", both individually, in a private room with the presence of the researcher. After that moment, it was given to the mothers/caretakers a folder containing the aforementioned scale for a follow up of the level of maternal self-efficacy for a month over phone. The data was organized and analyzed through the software *Statistical Package for the Social Sciences* (version 20.0). The study was approved by the Research and Ethics Committee of the Federal University of Ceara.

Results and Discussion: When comparing the level of maternal self-efficacy in preventing child diarrhea before and after the educative strategy, it was found significant statistical association in the following social determinants: age between 15 and 29 years old ($p < 0,0001$), marital status married ($p < 0,0001$), schooling high school completed or not ($p = 0,001$), home occupation ($p < 0,0001$), family income at most 1 minimum wage ($p = 0,001$), plastered house ($p < 0,0001$), ceramic floor ($p = 0,002$) and cement ($p < 0,0001$), collected garbage ($p < 0,0001$), water from public water network ($p < 0,0001$), toilet with flush ($p < 0,0001$), with access to the public wastewater network ($p = 0,002$) or no access to it ($p < 0,0001$), gets help to take care of the child ($p < 0,0001$) and exclusive maternal breastfeeding ($p = 0,001$) or not ($p = 0,001$).

Conclusion: It can be concluded that social determinants of health may influence maternal self-efficacy and the educative intervention booklet allied with the educative video was capable of raising maternal self-efficacy in preventing child diarrhea.

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

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	<i>Determinantes sociais da saúde e diarreia</i>	10
1.2	<i>Tecnologias educativas</i>	13
2	OBJETIVO	18
3	METODOLOGIA	19
3.1	<i>Tipo de estudo</i>	19
3.2	<i>Local de estudo</i>	19
3.3	<i>População e amostra</i>	19
3.4	<i>Coleta de dados</i>	20
3.5	<i>Organização dos dados</i>	21
3.6	<i>Aspectos éticos</i>	21
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	27
6	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	43
	ANEXO B – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENIR DIARREIA INFANTIL	45
	ANEXO C – FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	47

1 INTRODUÇÃO

1.1 Determinantes sociais da saúde e diarreia.

A Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma das doenças infecciosas mais comuns da infância, apresentando-se na forma de fezes líquidas ou amolecidas, em três ou mais episódios no período de 24 horas (MORAIS et al., 2013).

De acordo com a North American Nursing Diagnosis Association (2015) a diarreia pode apresentar as seguintes características definidoras: cólicas, dor abdominal, mais que três eliminações de fezes líquidas em 24 horas, ruídos intestinais hiperativos e urgência intestinal.

Bulled et. al (2014) declara que a diarreia é transmitida principalmente por água e alimentos contaminados. Por conseguinte, as condições socioeconômicas e sanitárias precárias aumentam a exposição a patógenos causadores de diarreia. Pode ter como agente infeccioso vírus, bactérias, protozoários e fungos, destacando-se principalmente o Rotavírus e as diferentes cepas de *Escherichia coli*. Eventualmente outras causas não-infecciosas podem iniciar o quadro diarreico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Em 2016, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (2017) relatou que, a cada dia, 15 mil crianças menores de cinco anos de idade morreram no mundo por diferentes causas, sendo 46% delas menores de 28 dias de vida. Dentre estas, 8% foram óbitos causados por diarreia infantil.

No contexto nacional, a diarreia passou da 8ª causa de morte, em 1990, para a 30ª em 2010, com redução de 82% (MARINHO et. al). Apesar dessa redução, em 2014, 65.034 internações foram registradas por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível em crianças com idade inferior a cinco anos e, em 2015, foram registrados 511.893 casos infantis de diarreia em menores de dois anos de idade (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

No que se refere ao estado do Ceará, destaca-se que no ano de 2013, segundo relatório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, foram registrados 280.127 casos, sendo o maior número de casos de diarreia desde o ano 2000. Em 2015, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) registrou 71.113 casos em crianças menores de dois anos de idade (BRASIL, 2015). E em 2018, o estado já registrou mais de 36 mil casos de diarreia (CEARÁ, 2018).

Em Fortaleza, em 2015, foram registrados 4.108 casos de diarreia em crianças menores de cinco anos. Em 2016, o número caiu para 3.712, porém no ano de 2017 os casos voltaram a crescer sendo registrados 4.581 casos em crianças da mesma faixa etária. Em 2018 já foram registrados 3.269 casos tornando Fortaleza a cidade com o segundo maior número de casos no período (FORTALEZA, 2015; FORTALEZA, 2018).

No ano de 2016, no município de Fortaleza, a proporção de internação de crianças menores de cinco anos de idade por diarreia girava em torno de 1,4 por 1.000 habitantes. Tal dado, quando comparado a todos os municípios do estado, leva Fortaleza a alcançar a posição 66 de 184 em relação ao número de internações por diarreia, e quando comparada às demais cidades brasileiras, essa posição passa a ser de 1967 de 5570 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Segundo o Departamento Científico de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), a diarreia pode ser considerada uma síndrome clínica que costuma ter duração de 2 a 14 dias, sendo frequentemente autolimitada com resolução em torno de 7 dias. Apesar disso, salienta que a doença diarreica pode evoluir de forma grave apresentando desfechos como desidratação, desnutrição energético-proteica e até a morte, sendo que o nível de gravidade depende da presença e intensidade da desidratação, bem como do tipo de toxina produzida pelo agente causador.

Joventino (2010) declara que apesar de a diarreia ser conhecida como uma doença facilmente evitável, ainda apresenta uma prevalência relativamente alta devido a seu perfil etiológico multicausal e multifatorial, incluindo aspectos socioeconômicos, políticos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais.

Estima-se que ocorram, anualmente, 2,5 bilhões de casos em crianças menores de cinco anos no mundo, causando cerca de 57 óbitos por 100.000 habitantes e convertendo-se assim na segunda maior causa de morbimortalidade mundial em crianças dessa faixa etária. Nos países em desenvolvimento, é a principal causa de hospitalização e morte de menores de cinco anos, tendo maior mortalidade no primeiro ano de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Assim, diante das características relacionadas a ocorrência da diarreia e dos dados epidemiológicos expostos anteriormente, estudos tem buscado investigar fatores de risco para a incidência e ocorrência da diarreia, destacando-se: desmame precoce do aleitamento materno exclusivo (SANTOS et al., 2016), idade da criança (PATHELA et al., 2006); baixa escolaridade materna (KOSEK et al., 2008); baixa idade materna (LEE et al., 2013); saneamento precário (SOBEL et al., 2004); destino inadequado do lixo doméstico (GENSER et al., 2006); falta de tratamento da água (MAPONGA et al., 2013); não tratar água em casa (TORNHEIM, et al., 2009) e grande número de pessoas vivendo no mesmo domicílio (SOUZA, 2002). No entanto, esses fatores de risco podem variar de acordo com a população, sendo alguns mais evidentes do que outros em determinados contextos (GEORGE et al., 2014).

Diante disso, percebe-se que as características sociodemográficas e sanitárias podem contribuir para a ocorrência da diarreia em crianças. Estudo realizado no município de Jordão, Acre,

utilizando inquéritos dos anos de 2005 e 2012 com 466 e 826 crianças respectivamente constatou que condições como baixo nível socioeconômico, ausência ou precariedade de saneamento básico, má qualidade da água e alimentos, e condições higiênicas pessoais inadequadas podem ser consideradas fatores de risco e impactam no processo saúde-doença (IMADA et al., 2016).

Torna-se evidente que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) influenciam e repercutem nas condições de saúde da população (CARVALHO, 2012; GEORGE, 2011), portanto, compreender e identificar estes fatores permite planejar e implementar estratégias de intervenção adequadas no sentido de minimizar seu efeito nocivo à saúde (CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO, 2010).

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2006) os DSS são os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o desenvolvimento de problemas de saúde e seus fatores de risco nos indivíduos.

Dentre os modelos de análise dos Determinantes Sociais da Saúde, pode-se ressaltar o modelo construído por Dahlgren e Whitehead (2007) que descreve desde os determinantes individuais (não modificáveis) aos macrodeterminantes, sendo os DSS divididos em cinco camadas. Os indivíduos ficam no centro do modelo, na camada 1, onde estão os determinantes individuais (idade, sexo, herança genética); na camada 2 estão os determinantes proximais (comportamentos e estilos de vida individuais); na camada 3 as influências das redes sociais; na camada 4 os determinantes intermediários (condições de vida, trabalho, alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação); e na camada 5 os determinantes distais ou macrodeterminantes (condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo a globalização) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Assim, torna-se relevante a discussão dos Determinantes Sociais da Saúde no contexto da ocorrência da diarreia infantil, visto que esses fatores podem favorecer o desencadeamento desta doença (UNICEF, 2016).

Nesse sentido, tecnologias educativas têm sido utilizadas como ferramentas utilizadas para educação em saúde, capazes de ajudar na compreensão de certas informações, tornando-as mais claras e compreensíveis (CARVALHO; OLIVEIRA, 2014). Acredita-se, que o uso de tecnologias educativas poderá favorecer o empoderamento das mães e/ou cuidadoras quanto as melhores condutas no que diz respeito à promoção da saúde infantil e prevenção da diarreia em seus filhos.

1.2 Tecnologias educativas.

Tecnologia pode ser considerada produto ou processo. Segundo Aquino et al (2010) a tecnologia como produto, é a construção de um artefato palpável, baseado no conhecimento científico e voltado à melhoria de uma situação de saúde ou geração de conhecimento. Já a tecnologia como processo, compreende todo método cuja função seja a capacitação de indivíduos ou grupos para desempenhar determinada função ou atividade.

Ademais, existem 3 tipos de tecnologias educativas em saúde: 1) as duras representadas por máquinas, aparelhos e suas normas, que contribuem na prestação da assistência em saúde; 2) as leve-duras representadas pelos saberes e conhecimentos estruturados nas disciplinas presentes na saúde; e 3) as leves, representadas pelos processos de comunicação, como nas relações entre equipe de saúde e usuários dos serviços de saúde (WESTIN et al., 2012).

Considerando que a sociedade atual vive em uma cultura onde a habilidade visual e a capacidade de absorver e processar informações são constantemente exercitadas, utilizar recurso audiovisual otimiza a captação da atenção, despertando o interesse do público para as temáticas abordadas e, conseqüentemente, favorecendo o processo de aprendizagem (ASHAVER; IGYUVE, 2013).

No entanto, para utilizá-las adequadamente e conseguir resultados positivos, faz-se necessário conhecer tanto a tecnologia propriamente dita quanto o público alvo e suas características (JOVENTINO et al., 2011).

Doak, Doak e Root (1996) ressalta a importância de construir tecnologias que sejam fundamentadas em teorias, como no estudo de Freitas et al (2012) que construiu uma hipermídia educacional a partir dos pressupostos da teoria de Interação Social de Vygotsky, e na pesquisa desenvolvida por Reberte, Hoga e Gomes (2012) que construiu uma cartilha educativa para promoção da saúde da gestante, a partir dos pressupostos da teoria socioconstrutivista desenvolvida por Paulo Freire.

No âmbito da diarreia infantil, tecnologias educativas têm sido criadas a fim de contribuir na prevenção da doença, facilitando o aprendizado das mães de crianças sobre as formas de contraí-la, bem como aumentando seu nível de autoeficácia para prevenção da doença.

Uma das teorias mais utilizadas para construção de tecnologias voltadas para prevenção da diarreia infantil é a Teoria Social Cognitiva de Bandura. Como exemplo destas tecnologias temos o vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” (JOVENTINO, 2013) e a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” (SABINO, 2018) que foram desenvolvidas a partir do construto de autoeficácia da Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977).

Com isto, denota-se a importância das teorias na concepção teórica para o desenvolvimento de tecnologias, a fim de que a intervenção educativa seja considerada eficaz e de qualidade (JOVENTINO et al., 2011).

A Teoria da Autoeficácia de Bandura (1986) revela que a autoeficácia é um fator psicológico importante que permite às pessoas se perceberem competentes para obterem o seu próprio bem-estar e funciona como um mediador de condutas saudáveis.

O autor afirma que as crenças de autoeficácia dos indivíduos podem afetar o nível de adesão a comportamentos promotores de saúde, impulsionando ou bloqueando essas ações. Relacionado a esse achado, estão as fontes de autoeficácia: experiência de êxito, experiência vicária ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos. Segundo o autor, quanto maior a idade de um indivíduo, maior contato com essas fontes ele pode ter tido, fortalecendo assim suas crenças de autoeficácia (BANDURA, 1986).

Auxiliando nesse processo, o profissional de saúde pode intervir com o objetivo de elevar a confiança dos indivíduos em sua capacidade de autoeficácia, por meio de estratégias educativas, aumentando assim a probabilidade de que tais indivíduos busquem ações positivas em busca de solucionar possíveis problemas.

Joventino (2013) elaborou e validou em seu estudo o vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”, uma tecnologia dura em saúde que aborda as formas de prevenção da diarreia infantil baseado nos itens da Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) e na teoria social cognitiva de Bandura (1986), com IVC geral de 0,97, em validação com público-alvo (NASCIMENTO et al., 2015) e duração de 16 minutos e 29 segundos.

O vídeo educativo tem por objetivo compartilhar entre as mães algumas medidas de prevenção para diarreia infantil, bem como sinais e sintomas, e diferentes formas de evitar que a doença se agrave. Embora o vídeo tenha sido construído por cenas fictícias, ele aborda situações corriqueiras de cuidado, buscando assim aproximar-se da realidade das famílias às quais está direcionado. Além disso, o mesmo proporciona um momento de troca de informações e saberes, bem como de retirada de dúvidas e aprendizado de novas orientações (JOVENTINO, 2013).

Durante a exibição do vídeo, os personagens principais atuam como se estivessem em uma unidade de saúde devido a um caso de diarreia recente. Sendo assim, a enfermeira responsável pelo atendimento fornece orientações, expondo diversos cuidados preventivos da diarreia, entre eles: lavar as mãos com água e sabão, sobretudo ao utilizar o banheiro e ao manejar alimentos oferecidos à criança; incentivar alimentação saudável e não permitir que a criança consuma alimentos fora do prazo de validade; lavar frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária; descarte

correto do lixo; aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade; manter unhas das crianças curtas e limpas; manter calendário vacinal atualizado/em dia; e etc.

O vídeo aborda também atitudes adequadas para manejo da diarreia a fim de evitar agravos e solucionar a doença, como o preparo do soro de reidratação oral, incentivo a hidratação e busca por atendimento profissional de saúde quando necessário. As informações são fornecidas de modo a facilitar que elas se sintam capazes de realizar os cuidados em seus filhos mesmo diante de adversidades, melhorando assim a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil (JOVENTINO, 2013).

Segundo Gómez e Pérez (2013), vídeos educativos têm sido aplicados por enfermeiros, e constituem um instrumento didático capaz de favorecer o conhecimento e o senso crítico ao reunir uma diversidade de elementos como imagens, textos e sons em um único recurso de promoção do conhecimento. Para o profissional, o vídeo constitui uma estratégia eficaz na promoção da saúde, permitindo-o fornecer orientações sobre diversas temáticas, contribuindo com o cuidado (PEREIRA et al, 2013).

Com o intuito de avaliar o vídeo quanto sua adequação à população-alvo, a tecnologia elaborada por Joventino (2013) foi validada por 17 mães de crianças menores de cinco anos de idade que consideraram o vídeo claro, compreensível e relevante, atingindo o público por meio dos sentidos, facilitando a compreensão e a aprendizagem, e despertando o interesse em pessoas de diferentes classes socioeconômicas ou nível de escolaridade, resultando assim em aumento da autoeficácia das mães em prevenir a diarreia em seus filhos.

As tecnologias educativas impressas também são alternativas viáveis para propiciar informação e sensibilização popular, traçando assim novos caminhos para a promoção da saúde. Um exemplo de tecnologia educativa impressa é a cartilha. De acordo com Freitas e Rezende (2011), a utilização de cartilhas como ferramenta educativa permite ao indivíduo alvo e à sua família uma leitura posterior e a possibilidade de consulta, servindo assim de guia em caso de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisão rotineiras.

Barros et al (2012) destaca que, durante a elaboração da cartilha, a coerência entre texto e imagem facilitará a memorização e retomada das informações transmitidas, favorecendo sua assimilação. Portanto deve-se optar pela utilização de uma linguagem simples em frases curtas, buscando associação de conhecimentos teóricos e práticos, e o uso de imagens para facilitar a compreensão do conteúdo.

A cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”, elaborada por Sabino (2018) a partir dos pressupostos da autoeficácia, emergiu como um recurso pedagógico capaz de favorecer a construção de conhecimento. Trata-se de uma tecnologia educativa dura de

linguagem simples e direta, com figuras que retratam a realidade da população e layout que favorece a compreensão das informações do material. É de fácil utilização por enfermeiros, principalmente na atenção básica de saúde, pois contempla ações de prevenção da diarreia infantil, promovendo a saúde da família e da criança, facilitando o processo educativo, contribuindo para a diminuição dos casos de diarreia e aumentando a autoeficácia das mães em prevenir a doença.

A cartilha educativa está dividida em oito tópicos, a fim de evitar confusão e facilitar a compreensão do conteúdo: 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.

O conteúdo de cada página está também relacionado aos 24 itens da EAPDI e aos temas abordados no vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” de forma que, semelhante ao vídeo, as imagens contidas na cartilha retratam experiências reais e corriqueiras de cuidado de uma mãe com seu filho, bem como do ambiente no qual estão inseridos (casa e arredores).

No início da cartilha, o leitor é incentivado a aprender um pouco mais sobre a prevenção da diarreia infantil. Em seguida, são explicitados sinais que indicam que a criança está com diarreia, sempre dando ênfase na capacidade da mãe de evitar a ocorrência da doença em seus filhos no intuito de promover a autoeficácia materna. Neste contexto, diversos cuidados preventivos e formas de manejo são abordados (SABINO, 2018).

A validação da cartilha ocorreu por 30 juízes de conteúdo (com experiência assistencial e docente na área de saúde da criança), por três juízes técnicos (com experiência na área de design gráfico) e por 31 mães de crianças menores de cinco anos de idade (população-alvo); apresentando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global de 0,88 quanto à clareza de linguagem, 0,91 no que se refere à pertinência prática e 0,92 na avaliação da relevância teórica pelos juízes de conteúdo; a validação pelos juízes técnicos, nos mesmos aspectos supracitados, apresentou IVC de 0,96, 1,00 e 1,00; e, pela população-alvo, IVC de 0,99 (SABINO, 2018).

As tecnologias de saúde apresentadas acima, como o vídeo e a cartilha, pautadas na teoria da autoeficácia podem facilitar a compreensão sobre determinados acontecimentos e assim promover mudanças para os participantes (KRAU, 2015). Assim, no processo de educação em saúde, o enfermeiro pode apropriar-se de ações e/ou recursos que objetivem facilitar a comunicação entre profissional e público-alvo.

Nessa perspectiva, a tecnologia educativa pode ser uma significativa ferramenta que auxilia no cuidado aos pacientes, bem como no ensino do autocuidado e desenvolvimento e aprimoramento de competências (BERARDINELLI et al. 2014), podendo ser usadas também de

forma combinada, ou seja, duas ou mais estratégias aplicadas conjuntamente com o mesmo objetivo em comum.

Estudo experimental realizado no Sul da Índia se mostrou eficaz ao utilizar intervenções combinadas (vídeo, panfletos, visitas domiciliares, música, entre outros) abordando a lavagem das mãos com água e sabão. O referido estudo testou o impacto de tais estratégias sobre o comportamento de pais ou responsáveis de menores de 14 anos de idade, divididos em grupos controle e intervenção, e revelou que, antes das intervenções, a lavagem das mãos com água e sabão foi um evento raro e que, 6 semanas e 6 meses após as intervenções, esse hábito se tornou mais comum no grupo intervenção do que no controle (BIRAN et al., 2014).

Corroborando com o presente estudo, pesquisa desenvolvida na Austrália utilizando cartilha e vídeo, demonstrou que as estratégias combinadas foram eficazes na prevenção de problemas de sono e choro, bem como de depressão pós-nascimento, porém não apresentaram associação estatística significativa. Apesar disso, ao realizar a comparação dos cuidadores do grupo intervenção aos do grupo controle, observou-se menos dúvidas quanto à capacidade de administrar o sono do bebê, menos sintomas de depressão e menor preocupação sobre a morte súbita infantil nos participantes do grupo intervenção, além de demonstrarem mais propensão a buscar ajuda profissional para seus bebês quando necessário (HISCOCK et al., 2014).

No tocante a diarreia infantil, estudo quase experimental, longitudinal, constatou que o vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” associado à roda de conversa entre participantes e pesquisadora, levou ao aumento do nível de autoeficácia das mães em prevenir diarreia infantil em seus filhos, evidenciado pelo aumento da média dos escores da EAPDI após aplicação da intervenção, o qual apresentou significância estatística nos domínios práticas gerais/alimentares e higiene da família (NASCIMENTO, 2015).

Com isso, é possível perceber que a utilização de intervenções combinadas tem se mostrado efetiva, devendo assim serem incluídas nas práticas dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro.

Oliveira (2017) acredita que facilitar conhecimentos acerca de manejo e prevenção da diarreia aumenta a probabilidade de que uma mãe pratique os cuidados diários com seu filho, podendo elevar os índices de autoeficácia materna para prevenir a diarreia. Nesse sentido, Nascimento (2015) declara que é possível direcionar as intervenções ao fortalecimento da confiança materna, com o objetivo de promover a saúde das crianças e famílias e prevenir a ocorrência de doenças prevalentes na infância, como a diarreia. Nessa perspectiva, é necessário estimular o uso de intervenções frequentes com as mães de crianças menores de cinco anos, uma vez que tanto a

autoeficácia quanto o conhecimento são variáveis modificáveis mediante estratégias direcionadas para esse fim (OLIVEIRA et. al, 2017).

Assim, a realização desse estudo é relevante pois conhecer os DSS que podem influenciar no nível de autoeficácia materna possibilitará utilizar a estratégia mais adequada para promover um aumento da autoeficácia das mães e/ou cuidadoras em prevenir a diarreia em suas crianças. Nesse contexto, percebe-se que tecnologias como vídeo e cartilha, pautadas no construto da teoria de Bandura, viabilizarão fortalecer a autoeficácia materna, conseqüentemente, possibilitarão diminuir a ocorrência da diarreia, bem como as hospitalizações e morbimortalidade por este agravo, pois sendo as mães as principais cuidadoras dos filhos, ao possuir conhecimentos adequados e a confiança na prática do cuidado, podem promover a saúde e evitar episódios diarreicos em seus filhos.

2 OBJETIVO

Associar os determinantes sociais de saúde de mães de crianças menores de cinco anos de idade com a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil antes e após estratégia educativa com vídeo e cartilha educativa.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo quase experimental, com grupo único, do tipo antes e depois. Trata-se de um tipo de estudo onde não se faz necessária a distribuição aleatória dos sujeitos 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 desenvolvido em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V) de Fortaleza-CE.

A CORES V foi selecionada por apresentar os piores indicadores socioeconômicos da cidade de Fortaleza-CE, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. Salienta-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 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade, acompanhadas ou atendidas em livre demanda na UAPS da CORES V, do município de Fortaleza-CE. A seleção das mães ocorreu de acordo com a demanda do serviço.

As mães do estudo atenderam ao seguinte critério de inclusão: mães 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 não saber ler e/ou apresentar alguma limitação cognitiva que impedisse o uso e entendimento adequado da cartilha e vídeo, bem como da EAPDI e do formulário sociodemográfico, e também ser mãe de criança diagnosticada com intolerância a lactose, alergia à proteína do leite de vaca ou qualquer outra doença que tenha diarreia crônica como parte da sintomatologia.

Além disso, foram critérios de descontinuidade: desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados; mudança de residência da área adstrita à UAPS selecionada ou do número do telefone sem prévia comunicação aos pesquisadores ou falecimento da mãe ou da

criança durante o transcorrer do estudo. Diante disso, destaca-se que houve uma perda por descontinuidade de 8 mães e/ou cuidadoras, de forma que 52 das 60 participantes foram consultadas em relação ao nível de autoeficácia um mês após a intervenção educativa.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu na UAPS, em sala reservada, em três etapas. Na primeira etapa, as mães que atenderam ao critério de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa de forma aleatória de acordo com a demanda do serviço. Foram explicados os objetivos do estudo e, para aquelas que aceitaram participar da pesquisa, ocorreu a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, ocorreu a aplicação dos dois instrumentos utilizados na presente pesquisa, sendo eles: o formulário para identificação do perfil sociodemográfico e sanitário das mães participantes e dos filhos (ANEXO A); e a Escala de Autoeficácia para prevenção da diarreia infantil (EAPDI) (ANEXO B).

Ressalta-se que os tópicos do formulário sociodemográfico foram agrupados de acordo com as camadas dos determinantes sociais de saúde segundo modelo de Dahlgren e Whitehead (2007). A saber, na camada 1 constam os determinantes individuais (idade), na camada 2 estão os determinantes proximais (estado civil e escolaridade), a camada 3 apresenta a influência das redes sociais (ocupação) e, por fim, na camada 4 os determinantes intermediários (renda familiar mensal, tipo de casa, tipo de piso, destino do lixo, origem da água, tipo de sanitário, rede de esgoto, recebe ajuda para cuidar da criança, aleitamento materno exclusivo). A camada de determinantes distais ou macrodeterminantes, representados pelas condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, não foi integrada ao instrumento de coleta de dados.

Em relação a EAPDI, esta foi elaborada e validada por Joventino (2010) e apresentou alfa de Cronbach de 0,84, Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) de 0,45 e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,96, tendo como objetivo avaliar o nível de autoeficácia das mães na habilidade em prevenir a diarreia infantil. Além disso, é importante salientar 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) e cada mãe, ao respondê-la, só pôde escolher uma opção. Assim, os escores totais da escala podem variar de 24 a 120 pontos. As mães que conseguiram alcançar uma pontuação igual ou superior a 115 pontos foram classificadas com elevada autoeficácia materna para prevenir a diarreia em seus filhos, as que tiveram 114 ou menos pontos com moderada autoeficácia (JOVENTINO, 2013).

Na segunda etapa, logo após a aplicação dos instrumentos, ocorreu a aplicação da estratégia educativa propriamente dita, a partir da leitura da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho”, em sala reservada e de forma individual, e logo em seguida a exibição do vídeo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” em notebook e com fone de ouvido. Após a intervenção (cartilha e vídeo educativo) foi entregue às mães uma pasta contendo uma nova EAPDI para consulta da autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil, por contato telefônico, após um mês do primeiro contato na UAPS, correspondendo a terceira etapa.

3.5 Organização e análise de 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 0,005.

3.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou 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). A aprovação do estudo se deu pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo este apreciado e aprovado com o parecer 1.116.855.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os DSS das 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade, participantes do estudo, distribuídos conforme as camadas do modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead, sendo estas: individuais, proximais, influência das redes sociais e intermediários.

No que se refere aos DSS individuais, observou-se que a maioria das mães possuía faixa etária de 30-55 anos (58,3%). Em relação aos DSS proximais, encontrou-se que a maior parcela das participantes era casada (86,7%) e menos da metade começaram ou concluíram o ensino médio (48,3%). Ao analisar os DSS influência das redes sociais, verificou-se que a maioria das mães exerciam somente atividades do lar (58,3%). No que diz respeito aos DSS intermediários, constatou-se que a maior parcela das participantes possuíam renda familiar de até 1 salário mínimo (40%). A grande maioria residia em casa com reboco (90%), com piso de cerâmica (68,3%), destinava o lixo para coleta (93,3%), consumia água proveniente da rede pública (98,3%), possuía sanitário com descarga (88,3%), usufruía de rede de esgoto (58,3%) e recebia ajuda para cuidar da criança (56,7%). Constatou-se também que a maior parcela das crianças foi amamentada exclusivamente por mais de seis meses (55%).

Tabela 1. Determinantes Sociais das mães e dos filhos participantes do estudo distribuídos segundo as camadas do modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead. Fortaleza-CE, 2018.

DETERMINANTES SOCIAIS	N	%
INDIVIDUAIS		
Faixa etária da mãe/cuidadora (ano)		
15 – 29	25	41,7
30 – 55	35	58,3
PROXIMAIS		
Estado civil		
Casada	52	86,7
Solteira	8	13,3
Escolaridade		
Ensino fundamental	25	41,7
Ensino médio	29	48,3
Ensino superior	6	10
INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS		
Ocupação		

Do lar	35	58,3
Outro	25	41,7
INTERMEDIÁRIOS		
Renda familiar (salário mínimo)*		
Até 1 salário	24	40
1,1 – 2,0	22	36,7
2,1 – 8,8	12	20
Tipo de casa		
Com reboco	54	90
Sem reboco	6	10
Tipo de piso		
Cerâmica	41	68,3
Cimento	19	31,7
Destino do lixo		
Coleta	56	93,3
Outros	4	6,7
Origem da água do domicílio		
Rede pública	59	98,3
Outros	1	1,7
Tipo de sanitário		
Com descarga	53	88,3
Sem descarga	7	11,7
Possui rede de esgoto		
Sim	35	58,3
Não	25	41,7
Recebe ajuda para cuidar da criança		
Sim	34	56,7
Não	26	43,3
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	33	55
Não	27	45

*Salário-mínimo no momento da coleta de dados: R\$ 954,00.

Na Tabela 2 observou-se a correlação entre os determinantes sociais da saúde das mães de crianças menores de cinco anos e o nível de autoeficácia das mesmas para prevenir diarreia infantil conforme a aplicação da EAPDI, antes e depois da intervenção educativa.

Encontrou-se associação estatisticamente significante entre a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa e os DSS evidenciados pelo valor de $p < 0,005$. A exemplo disso, temos o DSS individual idade de 15 a 29 anos, o qual apresentou, antes da intervenção, principalmente mães com moderada autoeficácia (N=15, 75%). Este número

diminuiu após a intervenção (N=2, 10%), aumentando a quantidade de mães que apresentavam elevada autoeficácia depois da aplicação da estratégia educativa em 65%, passando de 5 para 18.

No que diz respeito ao DSS proximais, o estado civil casada, que também concentrava mais participantes com autoeficácia moderada antes da intervenção (N=29, 64,4%), apresentou associação estatisticamente significativa com a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil. Das 29 participantes que apresentavam moderada autoeficácia antes, apenas 5 (11,1%) seguiram apresentando moderada, enquanto houve um aumento do número de mães com elevada autoeficácia após a intervenção, que passou de 16 para 40. Em contrapartida, houve predomínio de elevada autoeficácia nas mães solteiras (N=5, 71,4%) antes e depois da intervenção, não apresentando alteração do nível de autoeficácia com a aplicação da estratégia educativa, permanecendo então iguais em número e porcentagem.

As mães que começaram ou concluíram o ensino médio também apresentavam majoritariamente moderada autoeficácia antes da intervenção (N= 17, 68%). Após a intervenção, esse número diminuiu para 3 (12%), enquanto as mães que apresentavam elevada autoeficácia antes (N= 8, 32%) aumentaram para 22 (88%).

Quanto aos DSS influência das redes sociais, verificou-se que as participantes que exerciam apenas atividades do lar elevaram seu nível de autoeficácia após a intervenção, havendo redução das mães com moderada autoeficácia, passando de 18 (60%) para apenas 3 (10%), e aumento das que apresentavam elevada autoeficácia, passando de 12 (40%) para 27 (90%).

Em relação aos DSS intermediários, quando associados a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, foram estatisticamente significantes: ter renda familiar até 1 salário mínimo, possuir casa com reboco, piso de cerâmica ou cimento, destinar o lixo para a coleta, consumir água oriunda da rede pública, possuir sanitário com descarga, possuir rede de esgoto e não possuir, receber ajuda para cuidar do filho e amamentar criança exclusivamente ou não, onde em todos houve predomínio de moderada autoeficácia antes da intervenção, constatando-se também um aumento no nível de autoeficácia das mães após a aplicação da estratégia educativa, evidenciado pela concentração das participantes com elevada autoeficácia depois da intervenção.

Comparando-se o número de mães que apresentavam moderada autoeficácia antes da intervenção ao número de mães que apresentavam moderada depois, destaca-se o DSS casa com reboco, no qual houve diminuição significativa de 22 mães com moderada autoeficácia, passando de 28 (60,9%) para apenas 6 (13%), e aumentando consequentemente as participantes que apresentavam elevada autoeficácia depois da intervenção, de 18 (39,1%) para 40 (87%).

Pode-se ressaltar também o DSS coleta de lixo, no qual houve predomínio de mães com moderada autoeficácia antes da intervenção (N=29, 59,2%) e que, após a mesma, diminuíram para

7 (14,3%) junto a um notável aumento do número de mães com elevada autoeficácia (N=42, 85,7%). O mesmo comportamento foi observado em relação ao DSS sanitário com descarga, o qual apresentou predominância de moderada autoeficácia antes da intervenção (N=25, 55,6%) e, após, predomínio de elevada autoeficácia (N=40, 88,9%) com diminuição da moderada (N=5, 11,1%).

Observou-se ainda mudança importante no nível de autoeficácia das mães que consumiam água da rede pública. Antes da intervenção, 31 (60,8%) mães apresentavam moderada autoeficácia em prevenir diarreia infantil, sendo que após a intervenção este número diminuiu para apenas 7 (13,7%). Nota-se, com isso, aumento das participantes com elevado nível de autoeficácia, passando de 20 (39,2%) antes da intervenção para 44 (86,3%) após aplicação da mesma.

Foi possível identificar que, antes da intervenção, a maioria das participantes foram classificadas com nível moderado de autoeficácia (N=31, 59,6%) e que apenas 22 (42,3%) apresentavam elevada autoeficácia. Observa-se, no entanto, que após a intervenção o número de mães com moderada autoeficácia diminuiu para 7 (13,5%) e houve um aumento nas participantes com elevada autoeficácia (N=45, 86,5%), demonstrando o efeito positivo da estratégia utilizada.

Tabela 2. Associação entre o nível de autoeficácia materna conforme a EAPDI e os determinantes sociais da saúde das mães de crianças menores de cinco anos, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.

DETERMINANTES SOCIAIS	MODERADA				ELEVADA				<i>p</i> *
	ANTES		DEPOIS		ANTES		DEPOIS		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
INDIVIDUAIS									
Faixa etária									
15 - 29	15	75	2	10	5	25	18	90	<0,0001
30 – 55	15	48,4	5	16,1	16	51,6	26	83,9	0,006
PROXIMAIS									
Estado civil									
Casada	29	64,4	5	11,1	16	35,6	40	88,9	<0,0001
Solteira	2	28,6	2	28,6	5	71,4	5	71,4	1
Escolaridade									
Ensino fundamental	12	52,2	4	17,4	11	47,8	19	82,6	0,008
Ensino médio	17	68	3	12	8	32	22	88	0,001
Ensino superior	2	50	-	-	2	50	4	100	-
INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS									
Ocupação									

Do lar	18	60	3	10	12	40	27	90	<0,0001
Outra	12	57,1	4	19	9	42,9	17	81	0,21
INTERMEDIÁRIOS									
Renda familiar									
Até 1 salário	16	76,2	3	14,3	5	23,8	18	85,7	0,001
1 a 2 salários	11	61,1	3	16,7	7	38,9	15	83,3	0,008
2 a 8 salários	4	36,4	1	9,1	7	63,6	10	90,0	0,250
Tipo de casa									
Com reboco	28	60,9	6	13	18	39,1	40	87	<0,0001
Sem reboco	3	50	1	16,7	3	50	5	83,3	0,625
Tipo de piso									
Cerâmica	18	51,4	6	17,1	17	48,6	29	82,9	0,002
Cimento	13	76,5	1	5,9	4	23,5	16	94,1	<0,0001
Destino do lixo									
Coleta	29	59,2	7	14,3	20	40,8	42	85,7	<0,0001
Outro	2	66,7	-	-	1	33,3	3	100	-
Origem da água									
Rede pública	31	60,8	7	13,7	20	39,2	44	86,3	<0,0001
Outro	-	-	-	-	1	100	1	100	-
Tipo de sanitário									
Com descarga	25	55,6	5	11,1	20	44,4	40	88,9	<0,0001
Sem descarga	6	85,7	2	14,3	1	28,6	5	71,4	0,125
Rede de esgoto									
Sim	15	51,7	3	10,3	14	48,3	26	89,7	0,002
Não	16	69,6	4	17,4	7	30,4	19	82,6	<0,0001
Recebe ajuda para cuidar da criança									
Sim	17	58,6	3	10,3	12	41,4	26	89,7	<0,0001
Não	14	60,9	4	17,4	9	39,1	19	82,6	0,006
Aleitamento materno exclusivo									
Sim	16	57,1	3	10,7	12	42,9	25	89,3	0,001
Não	15	62,5	4	16,7	9	37,5	20	83,3	0,001

* Teste de McNemar

5 DISCUSSÃO

Diversos determinantes sociais de saúde podem influenciar direta ou indiretamente na prevenção da diarreia infantil, conforme pesquisas de Dairo, Ibrahim e Salawu (2017), na qual constatou-se que os DSS intermediários das mães e dos filhos, como escolaridade materna e tempo de aleitamento materno exclusivo, contribuíram como fator protetor para que as crianças tivessem menos diarreia. Do mesmo modo, acredita-se que os DSS influenciam na autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil.

No presente estudo, observou-se que a maioria das mães participantes possuía de 30 a 55 anos, eram casadas, exerciam somente atividades do lar, começaram ou concluíram o ensino médio e possuíam renda familiar de até 1 salário mínimo. Também possuíam casa com reboco, piso de cerâmica, destinavam o lixo para coleta, consumiam água proveniente da rede pública, possuíam sanitário com descarga, usufruíam de rede de esgoto, recebiam ajuda para cuidar da criança e amamentaram exclusivamente por 6 meses ou mais.

Pesquisa de Oliveira et al. (2017) que verificou a associação entre condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a sua autoeficácia para prevenção da diarreia infantil, e pesquisa de Bezerra (2016) que identificou os determinantes sociais e comportamentais com a ocorrência de diarreia infantil, encontraram resultados semelhantes em relação aos DSS mais prevalentes nas populações pesquisadas.

Correlacionando o nível de autoeficácia materna conforme aplicação da EAPDI e os determinantes sociais da saúde das mães de crianças menores de cinco anos, observou-se associação estatisticamente significativa com a idade das participantes de 15 a 29 anos. Estudo de Nascimento (2015) também encontrou correlação entre a idade materna e a autoeficácia das mesmas para prevenir a diarreia infantil, embora essa correlação seja entre a autoeficácia e a idade de 30 anos ou mais. Também, estudo de Escobar et al. (2015) que avaliou os resultados da Primeira Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas observou significativa associação entre a ocorrência de diarreia e idade materna, indicando um efeito protetor principalmente a partir dos 40 anos. Contudo, esses achados demonstram a influência que o DSS individual idade materna pode exercer na autoconfiança das mães em prevenir doenças.

Ao analisar os DSS proximais, verificou-se que houve associação estatística significativa com estado civil e a autoeficácia materna. Corroborando com este achado a pesquisa de Nascimento (2015) que analisou a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil antes e após intervenção educativa combinada (vídeo e roda de conversa) e identificou correlação entre a

autoeficácia e o estado civil casada das mães, demonstrando a influência desse DSS na autoconfiança das mães.

Em relação ao DSS proximal escolaridade, no presente estudo, obteve correlação estatisticamente significativa entre o ensino médio incompleto ou completo das mães e a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa. Porém, outros estudos que verificam a associação entre a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil com DSS não encontraram correlação da escolaridade materna com a autoeficácia. Apesar disso, no estudo de Bezerra (2016) observou-se associação estatisticamente significativa entre os anos de estudo materno e a ocorrência da diarreia infantil. Além disso, estudo de Lopes (2013) afirma que a baixa escolaridade materna é fator de risco para o adoecimento das crianças por doenças diarreicas agudas, pois pode limitar o entendimento das mães acerca das orientações realizadas pelos profissionais de saúde.

Quanto ao DSS intermediário exercer somente atividades do lar correlacionado com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa, observou-se associação estatisticamente significativa no presente estudo. Embora não tenha sido encontrado estudos que façam essa correlação entre autoeficácia materna e o determinante social ocupação do lar, estudo de Mihrete, Alemie e Teferra (2014) que observou os determinantes da diarreia infantil em crianças menores de cinco anos no noroeste da Etiópia identificou que as mães que não trabalhavam tiveram menos filhos com diarreia comparado as mães que trabalhavam. Também, estudo de Pantenburg et al. (2014) afirma que o fato de mães trabalharem fora de casa e possuírem menos tempo disponível pode influenciar nos cuidados prestados as crianças, podendo assim também influenciar na autoconfiança das mães em prevenir a diarreia infantil.

No tocante ao DSS intermediário renda familiar, estudo transversal realizado em diferentes distritos do noroeste da Etiópia com baixo e alto índice de diarreia infantil, revelou que as chances de ter diarreia em crianças que eram de nível socioeconômico baixo foram 1,63 vezes maior do que aqueles que eram de nível socioeconômico alto (AZAGE et al, 2016). No presente estudo, renda familiar de até 1 salário mínimo encontrou associação estatisticamente significativa com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa. Corroborar com este achado pesquisa de Lopes et al. (2013) que avaliou a autoeficácia para prevenir a diarreia infantil entre mães de crianças do interior do Ceará, onde a maioria das mães viviam com renda mensal de até um salário mínimo. Esta renda mensal é considerada insatisfatória para atender a todas as necessidades básicas de uma família, sendo um fator que pode gerar déficits relacionados aos cuidados com às crianças (XIMENES et al., 2010). Além disso, estudo de Oliveira et al. (2017) afirma que quanto menor é a renda da família, menor também foi o somatório das mães na EAPDI,

demonstrando a influência que a renda familiar possui na autoeficácia materna para prevenir a doença.

No que diz respeito aos DSS relacionados as condições de moradia, o determinante possuir casa com reboco teve associação estatisticamente significativa no presente estudo com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa. Estudo de Oliveira et al. (2017) corrobora com este estudo, pois a maioria das mães participantes também possuíam casa de tijolo com reboco e esse DSS teve correlação significativa com a autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. Além disso, Paz, Almeida e Günther (2012) afirmam que casas construídas por materiais que não o tijolo pode ser fator de risco para a ocorrência de diarreia nas crianças e o fato de a casa ser feita de tijolos com reboco possibilita uma limpeza adequada das mesmas, fomentando na prevenção da diarreia infantil, sendo assim um fator que contribui positivamente para a autoeficácia materna na prevenção da doença.

Ademais, o DSS intermediário piso de cerâmica ou cimento também teve associação significativa com a autoeficácia materna no presente estudo, apesar de outros estudos não corroborarem com este achado. Contudo, salienta-se que outros tipos de pisos como de terra ou tábua são de difícil limpeza e aumentam os riscos de crianças contraírem doenças ao engatinharem ou andarem descalças (VANDERLEI, SILVA E BRAGA, 2003). Diante disso, o DSS piso de cerâmica ou cimento, por ser de fácil limpeza, pode influenciar na autoeficácia das mães em prevenir a diarreia infantil.

Em relação ao DSS destino do lixo para a coleta, houve correlação estatisticamente significativa no presente estudo entre esse determinante e a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Assim como em estudo de Oliveira et al. (2017) e Joventino et al. (2013) que corroboram com este achado pois obtiveram resultados semelhantes, afirmando que destinar o lixo para coleta seletiva pode influenciar na autoeficácia materna em prevenir a diarreia em seus filhos.

No tocante a origem da água do domicílio, encontrou-se associação significativa entre a água de rede pública e a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa. Embora estudos não corroborem com este achado, Mihrete, Alemie e Teferra (2014) afirmam que crianças em domicílios onde a principal fonte de água não era potável eram duas vezes mais propensas a ter diarreia do que as crianças que possuíam fonte de água potável. Além disso, Joventino et al. (2013) acredita que as mães que possuem renda familiar mais elevadas têm melhores condições de vida e de habitação, podendo estes fatores influenciarem na autoconfiança das mães em prevenir diarreia infantil.

Em relação aos determinantes sociais possuir rede de esgoto e não possuir, constata-se que ambos obtiveram associação estatisticamente significativa com a autoeficácia materna para

prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa. Contudo, estudo de Oliveira et al. (2017) e de Joventino et al. (2013) verificaram associação significativa somente entre o tipo de esgoto de rede pública e a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Além disso, estudo de Paz, Almeida e Günther (2012) identificou forte correlação entre a construção de domicílios por materiais que não o tijolo e o destino do esgoto sanitário quando não coletado por rede pública como fatores de risco para a ocorrência da diarreia infantil.

Salienta-se que países subdesenvolvidos e em desenvolvimento possuem as mais altas taxas de diarreia na infância e esse fato está intimamente relacionado as condições precárias de saneamento, como ausência de rede de esgoto (SOUSA et al., 2013), muito presente no Brasil. Diante disso, o Plano de Ação Global Integrado para a Prevenção e Controle da Pneumonia e Diarreia (GAPPD) propõe metas e soluções para acabar com as mortes por pneumonia e diarreia evitáveis, visando ajudar os países por meio de análise dos dados locais, agindo de acordo com os resultados e monitorando seu progresso em direção a metas claras e alcançáveis. Propõe que até o final de 2030 o acesso universal à água potável básica em instalações de saúde e residências; e o acesso universal a saneamento adequado em instalações de saúde até 2030 e em residências até 2040; demonstrando a relevância desses DSS intermediários na autoeficácia materna para prevenir a diarreia nas crianças (WHO, 2013b).

Possuir sanitário com descarga também é um DSS intermediário significativo quando associado com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Assim como em estudo de Oliveira et al. (2017) que obteve resultado semelhante e estudo de Mihrete, Alemie e Teferra (2014) que observou que a eliminação das fezes das crianças de forma não segura é determinante para ocorrência da diarreia infantil em crianças menores de cinco anos. Com isso, percebe-se que a eliminação das fezes em sanitário com descarga e com saneamento básico ajuda na prevenção da diarreia infantil, contribuindo na autoconfiança das mães em prevenir a doença, demonstrando-se assim a relevância desse DSS.

Em relação as mães receberem ajuda para cuidar dos filhos, observou-se ser um DSS intermediário estatisticamente significativo com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Estudo de Bezerra (2016) observou que o determinante receber ajuda de terceiros para cuidar da criança obteve associação significativa com a ocorrência da diarreia infantil e que 28,1% dos filhos que recebiam cuidados de terceiros apresentaram episódios de diarreia. Com isso, percebe-se que nas últimas décadas há uma maior participação das mulheres no mercado de trabalho e uma maior necessidade de ajuda de terceiros para cuidar dos seus filhos, colocando-os muitas vezes em creches (PEREIRA; LANZILLOTTI; SOARES, 2010), o que pode influenciar na autoeficácia das mães em prevenir a diarreia infantil.

Ademais, outro DSS intermediário que obteve associação estatisticamente significativa com a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil depois da intervenção educativa foi o aleitamento materno exclusivo. Salienta-se que as crianças que recebem leite materno possuem menores taxas de diarreia e outras infecções e menor mortalidade por essas doenças em relação as crianças não amamentadas (CATAFESTA et al., 2009; SANTOS et al., 2015; STUEBE, 2009). Estudo transversal realizado com 630 mães de bebês atendidos em três centros de atenção primária à saúde do norte da Nigéria mostrou correlação entre as várias práticas de alimentação das mães e a ocorrência de diarreia, tendo sido mais comum entre as crianças com aleitamento materno predominante e parcial do que as que receberam aleitamento materno exclusivo. Iniciar alimentação complementar aos dois meses, quatro meses e cinco meses de idade também foram significativamente associados à diarreia em bebês (MAGBAGBEOLA et al, 2017).

Além disso, crianças que mamam até 1 ano de idade possuem menores taxas de internamentos por diarreia (BOCCOLINI; BOCCOLLINI, 2011). Estudo de Black et al. (2008) afirma que crianças não amamentadas nos primeiros 6 meses de vida possuem 10,5 vezes maior risco de morte por diarreia e estudo de Lamberti et al. (2011) afirma que a amamentação não exclusiva gera um risco excessivo de incidência de diarreia e de mortalidade em lactentes de 0 a 5 meses. Porém, dados da Unicef revelam que mundialmente apenas 37% das crianças com menos de 6 meses de idade são exclusivamente amamentadas (WHO, 2012).

Estudo de Santos et al. (2016) realizado com 854 crianças do Nordeste brasileiro, objetivou identificar a prevalência do aleitamento materno em crianças menores de um ano cadastradas na Estratégia Saúde da Família, e os casos de diarreia aguda notificados associando aos tipos de aleitamento materno e aos fatores que interferem nessa prática; e revelou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre menores de seis meses foi de apenas 32% e que crianças menores de seis meses amamentadas exclusivamente tiveram menos chance de apresentar diarreia do que as em aleitamento misto.

Corroborando com o presente estudo, pesquisa de Oliveira et al. (2017) identificou que a prática do aleitamento materno obteve relação significativa com a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Além disso, estudo de Bezerra (2016) também apresentou associação significativa entre o DSS aleitamento materno exclusivo e a ocorrência da diarreia infantil e observou que 78,6% das crianças foram amamentadas exclusivamente apenas até o quarto mês de idade, e não apresentaram episódios de diarreia nesse período, demonstrando assim a influência desse DSS na autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Diante disso, a meta da UNICEF para os países até 2025 é atingir pelo menos 50% de cobertura do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida (WHO, 2013b).

Frente a esses dados, percebe-se a importância de esclarecer que para que exista o aumento da autoeficácia das mães para prevenir a diarreia na infância, os profissionais e pesquisadores devem desenvolver tecnologias e estratégias educativas que fortaleçam o conhecimento e empoderamento dos indivíduos, incentivando as mães e/cuidadores a adotarem comportamentos saudáveis a fim de mudar uma realidade e alcançar um objetivo.

Ensaio clínico randomizado realizado com 80 cuidadores de crianças em pós-operatório de cirurgia de correção de fissura labiopalatina divididos em dois grupos: um experimental, o qual teve acesso a treinamento em vídeo educativo com informações essenciais sobre os cuidados necessários à recuperação do paciente, e grupo controle que recebeu orientações semelhantes porém sem o recurso audiovisual, evidenciou melhor desempenho do grupo experimental em relação ao nível de informação obtida, ou seja, os cuidadores que tiveram acesso ao vídeo apresentaram razoáveis mudanças na aquisição de conhecimento, evidenciando a sua eficácia como recurso educativo (RAZERA et al, 2016).

Corroborando com o autor acima, Gao et. al (2017) realizou um estudo para avaliar uso de vídeo educativo na prevenção da tuberculose em ambiente de baixa incidência, testando a aceitabilidade do conteúdo audiovisual através de entrevistas e, por fim, comparando as pontuações de conhecimento em espectadores e não espectadores. De acordo com os resultados, 193 espectadores tiveram uma pontuação média de conhecimento de 59%, em comparação com 38% em não espectadores. A visualização do vídeo foi associada a um aumento de 21% na pontuação de conhecimento, sugerindo que o vídeo é aceitável e pode facilitar a mudança de comportamento, podendo ser utilizado como uma ferramenta para complementar o atendimento clínico.

No que diz respeito ao uso de material educativo impresso, pesquisa na Guatemala e El Salvador aplicou um folheto informativo cujo objetivo era aumentar a conscientização sobre segurança alimentar entre cuidadores de pacientes com câncer pediátrico e revelou melhora significativa no conhecimento dos participantes um mês e três meses depois da intervenção (MOSBY et al., 2015). No Irã, ensaio clínico randomizado, desenvolvido para avaliar o impacto de uma intervenção de saúde bucal com 90 mães de crianças de 1 a 2 anos de idade, divididas em dois grupos (controle e intervenção), evidenciou que o grupo intervenção, que participou de três sessões de palestras com discussão e que recebeu cartilha e lembretes motivacionais por meio de mensagens de texto para celular, após dez dias das intervenções, apresentou diferença significativa no conhecimento, na atitude e na limpeza dos dentes das crianças (MAKVANDI et al., 2015).

Estudo realizado em Bangladesh constatou que spots de televisão e aconselhamento sobre mudança de comportamento dado por profissionais de saúde sobre alimentação complementar foram eficazes enquanto intervenções combinadas. No grupo de famílias em que

essas intervenções foram aplicadas conjuntamente foi notada maior diversidade alimentar infantil, consumo de uma dieta mínima aceitável e de alimentos ricos em ferro (SAHA et al., 2013).

Nesse sentido, segundo Merga e Alemayehu (2015), o conhecimento das mães sobre a diarreia e os cuidados frente a criança já adoecida é fundamental para reduzir a ocorrência desse agravo. Estudo realizado no norte da Nigéria revelou que a diarreia está significativamente associada a crianças cujas mães/cuidadoras tinham pouco conhecimento das causas de diarreia (MAGBAGBEOLA et. al 2017).

Frente a isso, percebe-se como fundamental que os profissionais da saúde explorem os determinantes sociais de saúde relacionados aos indivíduos alvo do cuidado, conhecendo os principais aspectos de sua vida, como idade, estado civil, nível de escolaridade, condição sanitária na qual está inserido, entre outros, para que possam utilizar estratégias educativas com o objetivo de facilitar conhecimento e aumentar a autoeficácia, pois, por meio disso, poderão promover a saúde e contribuir na prevenção de agravos. Nesse contexto, observou-se no presente estudo que conhecer os determinantes sociais de saúde e a utilizar a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” associada ao vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” favoreceu o conhecimento e o aumento do nível de autoeficácia das mães, elevando conseqüentemente a capacidade de prevenir a diarreia infantil, podendo reverberar na diminuição da ocorrência desse agravo.

6 CONCLUSÃO

Observou-se neste estudo, a partir da aplicação da intervenção educativa, os seguintes achados:

- Observou-se que a maioria das mães possuía faixa etária de 30-55 anos (58,3%), era casada (86,7%), começaram ou concluíram o ensino médio (48,3%), exerciam somente atividades do lar (58,3%), possuíam renda familiar de até 1 salário mínimo (40%), residia em casa com reboco (90%), com piso de cerâmica (68,3%), destinava o lixo para coleta (93,3%), consumia água proveniente da rede pública (98,3%), possuía sanitário com descarga (88,3%), usufruía de rede de esgoto (58,3%), recebia ajuda para cuidar da criança (56,7%) e amamentou exclusivamente por mais de seis meses (55%).

- Ao realizar a associação dos determinantes sociais com a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, foram estatisticamente significantes: idade entre 15 e 29 anos ($p<0,0001$), estado civil casada ($p<0,0001$), escolaridade ensino médio completo ou incompleto ($p=0,001$), ocupação do lar ($p<0,0001$), renda familiar de até 1 salário mínimo ($p=0,001$), casa com reboco ($p<0,0001$), piso de cerâmica ($p=0,002$) e de cimento ($p<0,0001$), lixo destinado para coleta ($p<0,0001$), água proveniente da rede pública ($p<0,0001$), sanitário com descarga ($p<0,0001$), com acesso a rede de esgoto ($p=0,002$) ou sem ($p<0,0001$), obtém ajuda para cuidar da criança ($p<0,0001$) e aleitamento materno exclusivo ($p=0,001$) ou não ($p=0,001$)

- Antes da intervenção, 31 mães apresentavam moderada autoeficácia (59,6%) e apenas 22 (42,3%) apresentavam elevada autoeficácia. Após a intervenção, o número de mães com moderada autoeficácia diminuiu para 7 (13,5%) e o de participantes com elevada autoeficácia aumentou para 45 (86,5%), alcançando o objetivo de elevar os níveis de autoeficácia materna e demonstrando assim o efeito positivo da estratégia utilizada sobre os DSS das mães e/ou cuidadoras.

Constata-se, portanto, que os DSS das participantes influenciaram na utilização da cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” combinada ao vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, permitindo enriquecer a orientação das mães e/ou cuidadoras a respeito da prevenção da diarreia infantil, aumentando o nível de autoeficácia materna e transformando-as em mulheres com maior autoconfiança em prevenir este agravo.

Diante disso, profissionais da saúde, principalmente enfermeiros, podem e devem utilizar essas tecnologias educativas combinadas com o objetivo de orientar as mães e/ou cuidadores de crianças sobre a prevenção da diarreia infantil e aumentar a autoeficácia dos mesmos em prevenir a doença, promovendo saúde e resultados positivos que beneficiarão a população, impactando positivamente na diminuição da ocorrência e da morbimortalidade por diarreia infantil.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, P. S., MELO R. P., LOPES, M.V. O., PINHEIRO, A.K.B. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta Paul Enferm.** 2010, vol.23, n.5, pp.690-696, jun/2010.
- ASHAVER D, IGYUVE S.M. The use of audio-visual materials in the teaching and learning processes in colleges of education in Benue State-Nigeria. **J Res Method Educ.** 2013, vol.1, n.6, pp. 44-55, may-jun/2013.
- AZAGE, M., KUMIE A., WORKU, A. BAGTZOGLU, A. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. **Journal of Health, Population and Nutrition**, 16/may/2016, pp. 35-13
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev** [Internet], vol. 84, n. 2, pp. 191-215, mar/1977. Disponível em: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.
- BANDURA, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. **Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall**, 1986.
- BARROS, E.J.L., SANTOS, S.S.C., GOMES, G.C., ERDMANN, A.L.. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2012, vol. 33, n. 2, pp. 95-101, jun/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200014. Acesso em: 8 set. 2015.
- BERARDINELLI, L.M.M., GUEDES, N.A.C., RAMOS, J.P. e SILVA, M.G.N., 2014. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidade crônicas. **Revista de enfermagem da UERJ**, 22 (5), 603-609. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a04.pdf> Acessado 8 Setembro 2015.
- BEZERRA, J.C. **Social and behavioral determinants associated with occurrence of childhood diarrhea.** 2016. 19f. Monografia (Graduação) - Universidade da Integração Internacional na Lusofonia Afro-Brasileira, Acarape – CE, 2016.
- BIRAN, A.; SCHMIDT, WP.; VARADHARAJAN, K. S.; RAJARAMAN, D.; KUMAR, R.; GREENLAND, K.; GOPALAN, B.; AUNGER, R.; CURTIS, V. Effect of a behaviourchange intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): a clusterrandomised trial. **Lancet Glob Health**, v. 2, n. 3, p. e145–154, 2014.
- BOCCOLLINI, C. S, BOCCOLLINI P. M. Relação entre aleitamento materno e internações por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas capitais brasileiras e Distrito Federal, 2008. **Epidemiol Serv Saude.** 2011; vol. 20, n. 1, pp. 19-26, jan-mar/2011.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **Lancet**, 2008, vol. 371, n. 9608, pp. 243-260, jan/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). CID- 10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2014/cid10.htm>> Acesso em: 26 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Situação de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSCE.def> Acesso em: 26 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAÚDE BRASIL 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf Acesso em: 18 jun. 2018

BUSS, P. M., PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis -Rev Saude Coletiva**, 2007; vol. 17, n. 1, pp: 77-93, mar/2007.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços**. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2010.

CARVALHO A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CARVALHO A. T. OLIVEIRA, M. G. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP, organizadores. Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre (RS): Moriá; 2014. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p. 185-186, jan-fev, 2014.

CATAFESTA F., ZAGONEL I. P., MARTINS M., VENTURI K. K. A amamentação na transição puerperal: o desvelamento pelo método de pesquisa-cuidado. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009, vol. 13, n. 3, pp: 609-16, jul-set/2009.

CDSS – COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final. Genebra: OMS, 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Boletim Epidemiológico de Mortalidade. 2018. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=2600%3Aboletim-epidemiologico-mortalidade-materna-infantil-e-fetal> Acesso em: 08 de Jun. 2018.

CHOW CM, LEUNG AK, HON KL. Acute gastroenteritis: from guidelines to real life. **Clin Exp**

Gastroenterol. 2010; 3:97-112.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. **Stockolm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier**, 2007.

DAIRO, MD; IBRAHIM, TF; SALAWU, AT. Prevalence and determinants of diarrhoea among infants in selected primary health centres in Kaduna north local government area, Nigeria. *Pan African Medical Journal*, v. 28, p. 109, 2017. doi:10.11604/pamj.2017.28.109.8152

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. Teaching patients with low literacy skills. 2. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

ESCOBAR AL, COIMBRA JR CEA, WELCH JR, HORTA BL, SANTOS RV, CARDOSO AM. Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *BMC Public Health* (2015) 15:191 DOI 10.1186/s12889-015-1534-7

Fonseca EOL, Teixeira MG, Barreto ML, Carmo EH, Costa MCN. Prevalência e fatores associados às geo-helmintíases em crianças residentes em municípios com baixo IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Cad Saude Publica.** 2010; 26(1): 143-52.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional.** Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2015&faixaEtaria=2&modo=regional>. Acesso em: 08 de jun. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica. **DIARREIA: casos por regional de residência segundo a faixa etária**, Fortaleza, 2018. Disponível em: <http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2014&faixaEtaria=2&modo=regional>. Acesso em: 08 de jun. 2018.

FRANÇAI, E. B.; LANSKYII, S.; REGOIII, M. A. S.; MALTAI, D. C.; FRANÇA, J. S.; TEIXEIRAI, R.; PORTO, D.; ALMEIDA, M. F. DE; SOUZA, M. DE F. M. DE; SZWARCOWALD, C. L.; MOONEY, M.; NAGHAVII, M.; VASCONCELOS, A. M. N. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: estimates from the Global Burden of Disease study. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 46-60, 2017.

FREITAS FV, REZENDE FILHO LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface Comun Saude Educ.** 2011;15(36):243-55.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância: Sobrevivência infantil**, 2008. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf Acesso em: 27 de fev. 2017

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). One is Too Many: Ending Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea, 2016. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/UNICEF_OneIsTooMany.pdf Acesso em: 08 de jun. 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2017. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_relatorios/child_mortality_report_unicef_2017.pdf Acesso em: 27 de Mai. 2018.

FURQUIMA, F.C; MEDINAB, L.T. Identificação de Staphylococcus e Enterobactérias em Brinquedos de uma Creche em Mato Grosso, Brasil. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde*. v. 17 ,n. 3, p.181-8, 2015.

GENSER B., STRINA A., TELES C.A., PRADO M.S., BARRETO M.L. Risk factors for childhood diarrhea incidence: dynamic analysis of a longitudinal study. *Epidemiology*, vol. 17, n. 6:658-67, nov/2016.

GEORGE, F. Sobre determinantes da saúde. Texto adaptado e resumido baseado num capítulo da publicação intitulada “Histórias de Saúde Pública” escrito pelo Autor e editado pelos Livros Horizonte (2004), set/2011. [Publicado a 11 de março de 2014, em www.dgs.pt], Acesso em: 22 maio 2016.

GEORGE C.M. ET AL. Fatores de Risco para Diarréia em Crianças com Menos de Cinco Anos de Idade Residindo em Comunidades Peri-Urbanas em Cochabamba, Bolívia. **O Jornal Americano de Medicina Tropical e Higiene**, vol. 91, n. 6, p.119-1196, 2014. **PMC Rede**. 26 de junho de 2018.

GÓMEZ I.D.C., PÉREZ R.C.. Del vídeo educativo a objetos de aprendizaje multimídia interactivos: un entorno de aprendizaje colaborativo basado en redes sociales. **Tendências Pedagógicas**. 2013;(22):59-72.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama/Brasil/Ceará/Fortaleza – Brasil**, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> Acesso em 08 de Jun. 2018.

JOVENTINO, E.S. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E.S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, v.32, n.1, p.176-84, 2011.

JOVENTINO, ES et al . Condições sociodemográficas e sanitárias na autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 15, n. 4, p. 592-604, July 2013 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2018.

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

KRAU, S. D. Technology in nursing: the mandate for new implementation and adoption approaches. **Nurs Clin North Am.** 2015;50(2):xi-xii.

KOSEK M., YORI P.P., PAN W.K., OLORTEGUI M.P., GILMAN R.H., PEREZ J., CHÁVEZ C.B., SANCHEZ G.M., BURGA R., HALL E. Epidemiology of highly endemic multiply antibiotic-resistant shigellosis in children in the Peruvian Amazon. **Pediatrics**, vol. 122, n. 3: e541-9, set/2008.

Lamberti LM et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BioMed Central Public Health*, 2011, 11(Supp3):S15.

LEE G, PAN W, PEÑATARO YORI P, PAREDES OLORTEGUI M, TILLEY D, GREGÓRIO M, R OBERHELMAN, BURGA R, CHÁVEZ CB, KOSEK M. Symptomatic and asymptomatic *Campylobacter* infections associated with reduced growth in Peruvian children. **PLoS Negl Trop Dis**, vol. 7, n. 1: e2036, 2013.

LOPES T. C., CHAVES A. F. L., JOVENTINO E. S., ROCHA R.S., CASTELO A.R.P., ORIÁ, M. O. B. Assessment of the maternal self-efficacy for child diarrhea prevention. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en línea] 2013, 14 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419006> Acesso em: 10 mai. 2018

MAGBAGBEOLA D. D., TOSIN F. I., ADETOKUNBO, T. S. Prevalence and determinants of diarrhoea among infants in selected primary health centres in Kaduna north local government area, Nigeria. **The Pan African Medical Journal**, vol. 28, n. 109, dez/2017.

MAPONGA, B. A, CHIRUNDU, D., GOMBE, N.T., TSHIMANGA, M., SHAMBIRA, G., TAKUNDWA, L. Risk factors for contracting watery diarrhoea in Kadoma City, Zimbabwe, 2011: a case control study. **BMC Infect Dis**, vol. 2; n. 13, pp: 567, dez/2018.

MENDES, P. S. de A. et al. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. **J Pediatric: Rio de Janeiro**, v.89, n.3, p. 315-325, 2013.

MERGA, N.; ALEMAYEHU, T. Knowledge, perception, and management skills of mothers with under-five children about diarrhoeal disease in indigenous and resettlement communities in Assos. *Journal Health Population Nutrition*, vol. 33, n. 1, pp. 20-3, mar/2015.

Mihrete TS, ALEMIE GA, TEFERRA AS. Determinants of childhood diarrhea among underfive children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. **BMC Pediatrics**, vol. 14, n. 102, 2014.

MORAIS MB, TAHAN S, MELLO CS. Diarreia aguda: Probióticos e outros coadjuvantes na terapêutica. **Atualidades em clínica cirúrgica intergastro e trauma 2012**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 539-549.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017/** NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

- 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.
- NICOLA, B. SINGER, M. DILLINGHAM, R. The Syndemics of Childhood Diarrhoea: A Biosocial Perspective on Efforts to Combat Global Inequities in Diarrhoea-Related Morbidity and Mortality, **Global public health**, 2014, vol. 9, n. 7, p. 841–853. Acesso em: 26 jun. 2018.
- OLIVEIRA RKL, OLIVEIRA BSB, BEZERRA JC, SILVA MJN, MELO FMS, JOVENTINO ES. Conhecimentos Maternos na Prevenção da Diarreia Infantil. **Esc Anna Nery**, vol. 21, n. 4, 2017:e20160361. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0361.pdf
- 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.
- PATHELA P., ZAHID H. K., ROY E, HUQ F., KASEM S. A., BRADLEY S. R. Diarrheal illness in a cohort of children 0-2 years of age in rural Bangladesh: I. Incidence and risk factors. **Acta Paediatr**, vol. 95, n. 4, p. 430-7, jun/2006.
- PAZ, M. G. A., ALMEIDA, M. F., GÜNTHER, W. M. R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Rev Bras Epidemiol** [Internet]. 2012, vol. 15, n. 1, p. 188-97, mar/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415 Acesso: 24 mai. 2018
- PEREIRA, A. S.; LANZILLOTTI, H. S.; SOARES, E. A. Frequência à creche e estado nutricional de pré-escolares: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 4, p. 366-372, 2010.
- PEREIRA C. D. F. C., TOURINHO F. S. V., ROBEIRO J. L. S., MEDEIROS S.B., SANTOS V.E.P. Functional health patterns: nursing diagnoses in public school-aged children and adolescents. **Texto Contexto Enferm**, vol. 22, n. 4, pp: 1056-63, 2013.
- RAZERA, A. P. R., TRETTENE, A. S., MONDINI, C. C. S. D., CINTRA, F. M. R. N., TABAQUIM, M. L. M. Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta paul. enferm.** São Paulo, vol.29, n.4, jul-ago/2016.
- REBERTE, L. M., HOGA, L. A. K., GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2012, vol. 20, n. 1:[08 telas] jan.-fev. 2012.
- SABINO, L.M.M. **Elaboración y validación de libreta para la prevención de la diarreia infantil**, 2018. *Acta paul. enferm* [online], vol.31, n.3, pp: 233-239, 2018.
- SANTOS F. C. S., SANTOS L.H., SALDAN P.C., SANTOS F.C.S., LEITE A.M., MELLO D.F. breastfeeding and acute diarrhea among children enrolled in the family health strategy. **Texto Contexto Enferm**, vol. 25, n. 1, e0220015, abr/2016.

SANTOS, F. C. S., SANTOS, L. H., LEITE, A. M. MELLO, D. F. Breastfeeding and protection against diarrhea: an integrative review of literature. **Einstein**, vol. 13, n. 3, pp:435-40, 2015.

SOBEL J., GOMES T.A., RAMOS R.T., HOEKSTRA M., RODRIGUE D., RASSI V., GRIFFIN P.M.. **Clin Infect Di**, Vol. 38, n.11, pp:1545-1551.

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.34-39, 2013.

SOUZA, E. C., MARTINEZ, M. B., TADDEI, C. R., MUKAI, L., GILIO, A. E., RACZ, M. L., SILVA, L., EJZENBERG, B., OKAY, Y. Perfil etiológico das diarreias agudas de crianças atendidas em São Paulo. **J Pediatr. [periódico na internet]**, vol. 78, n. 1, 2002: [cerca de 08 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n1/v78n1a08.pdf> Acesso em: 25 de Mai. 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Guia Prático de Atualização**. 2017. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf Acesso em: 25 de Mai. 2018

STUEBE, A. The risks of not breastfeeding for mothers and infants. **Rev Obstet Gynecol**, vol. 2, n. 4, pp: 222-231, 2009

TORNHEIM J.A., MORLAND K.B., LANDRIGAN P.J., CIFUENTES E. Water privatization, water source, and pediatric diarrhea in Bolivia: epidemiologic analysis of a social experiment. **Int J Occup Environ Health**. vol. 15, n. 3, pp: 241-8, jul-set/2009.

VANDERLEI LCM, SILVA GAP, BRAGA JU. Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso-controle. **Cad Saúde Pública**, vol. 19, n. 2, pp: 445-63, 2003.

WESTIN, U. M. et al. Ciência, tecnologia e inovação e a pesquisa científica em saúde. In: **XIII Congresso Brasileiro em Informática em Saúde**, 2012.

XIMENES, N. F. R. G., QUEIROZ C. A., ROCHA, J., CUNHA, I. C. K. O. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Soc Bras Enferm Ped**, vol. 10, n. 2, pp: 51-59, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneve: **Commission on Social Determinants of Health**; 2007.

WHO. Countdown to 2015. Building a future for women and children: the 2012 report. Geneva, WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The United Nations Children's Fund (UNICEF). Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025. **The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)**. 2013b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Rotavirus vaccines WHO position paper – January, 2013a. **Wkly Epidemiol Rec**. 2013; 88:49. Disponível em:

<http://www.who.int/wer/2013/wer8805.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 de jun, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Source: **Global Health Observatory**, 2017.
Disponível em: <http://www.who.int/en/> Acesso em: 27 de Mai. 2018.

ANEXO 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:

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

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

ANEXO C

Código da
Participante:

Formulário

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 N° 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