

Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil

Influence of socio-economic conditions and maternal knowledge in self-effectiveness for prevention of childhood diarrhea

Influencia de condiciones socioeconómicas y conocimientos maternos en la auto-eficacia para prevención de la diarrea infantil

Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira¹

Brena Shellem Bessa de Oliveira¹

Jallyne Colares Bezerra¹

Maria Jocelane Nascimento da Silva¹

Francisca Mayra de Sousa Melo¹

Emanuella Silva Joventino¹

1. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. São Francisco do Conde, BA, Brasil.

RESUMO

Objetivo: O objetivo do estudo foi verificar a associação entre condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a sua autoeficácia para prevenção de diarreia infantil. **Método:** Estudo analítico, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital. Realizaram-se entrevistas com 238 mães de crianças menores de cinco anos internadas na unidade hospitalar, no período de janeiro a abril de 2016 abordando dados sociodemográficos, conhecimentos maternos sobre prevenção e manejo da diarreia infantil, e aplicação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil. **Resultados:** Verificou-se associação entre as seguintes variáveis socioeconômicas e autoeficácia materna: renda familiar ($p = 0,049$), idade da criança ($p = 0,010$), tipo de casa ($p = 0,042$), destino do lixo ($p = 0,037$), tipo de esgoto ($p = 0,016$) e tipo de sanitário ($p = 0,006$). Referente aos conhecimentos sobre causas da diarreia verificou-se associação entre autoeficácia e as variáveis: quentura/calor ($p = 0,021$) e a dentição ($p = 0,030$). Houve ainda associação entre autoeficácia e as condutas preventivas: higiene do domicílio ($p = 0,023$) e prática do aleitamento materno ($p = 0,028$). **Conclusão:** Conclui-se que as condições socioeconômicas e os conhecimentos apresentados pelas mães podem influenciar o nível de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil.

Palavras-chave: Diarreia infantil; Autoeficácia; Conhecimento; Saúde da Criança; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To verify the association among socioeconomic conditions, maternal behaviors and knowledge with their self-efficacy to prevent childhood diarrhea. **Method:** Analytical, quantitative study. Interviews were conducted with 238 mothers of children under five admitted into a hospital from January to April 2016. Were collected Sociodemographic data, maternal knowledge on prevention and management of childhood diarrhea, and application of the Maternal Self-Efficacy Scale for Childhood Diarrhea. **Results:** Association between socioeconomic and maternal self-efficacy variables: family income ($p = 0.049$), child age ($p = 0.010$), house type ($p = 0.042$), garbage destination ($p = 0.037$), sewage ($p = 0.016$) and sanitary type ($p = 0.006$). Regarding knowledge about causes of diarrhea: warmth/heat ($p = 0.021$); dentition ($p = 0.030$). Association between self-efficacy and preventive behaviors: home hygiene ($p = 0.023$); breastfeeding practice ($p = 0.028$). **Conclusion:** Socioeconomic conditions and knowledge presented by mothers can influence the level of maternal self-efficacy for the prevention of childhood diarrhea.

Keywords: Childhood diarrhea; Self-efficacy; Knowledge; Child Health; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación entre condiciones socioeconómicas, conductas y conocimientos maternos con su auto-eficacia para la prevención de la diarrea infantil. **Método:** Estudio analítico, cuantitativo. Participaron 238 madres de niños menores de cinco años, ingresados en una unidad hospitalaria entre enero-abril de 2016. Fueron recolectados datos socio-demográficos, conocimientos sobre prevención y tratamiento de la diarrea infantil y aplicación de la Escala de Auto-eficacia Materna para Prevención de la Diarreia Infantil. **Resultados:** Asociación entre variables socioeconómicas y auto-eficacia materna: ingresos familiares ($p = 0,049$); edad ($p = 0,010$); tipo de casa ($p = 0,042$), destinación de basuras ($p = 0,037$); tipo de alcantarillado ($p = 0,016$); tipo de sanitario ($p = 0,006$). Referente al conocimiento de las causas de la diarrea: calor ($p = 0,021$); dentición ($p = 0,030$). Asociación entre autoeficacia y medidas preventivas: higiene del hogar ($p = 0,023$); práctica de la lactancia materna ($p = 0,028$). **Conclusión:** Condiciones socioeconómicas y conocimientos proporcionados por las madres pueden influir en el nivel de auto-eficacia materna para prevenir la diarrea infantil.

Palabras clave: Diarrea infantil; Auto-eficacia; Conocimiento; Salud Infantil; Enfermería.

Autor correspondente:

Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira.

E-mail: rhaianyklopes@gmail.com

Recebido em 06/12/2016.

Aprovado em 02/06/2017.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0361

INTRODUÇÃO

A diarreia configura-se em um dos principais agravos que acometem crianças na faixa etária de zero a cinco anos de idade. Isso ocorre devido às crianças serem mais suscetíveis a esta e a outras doenças em virtude da imaturidade no sistema imunológico, atingindo, sobretudo, aquelas com estado nutricional comprometido.¹ Aliado a isto, a diarreia pode ser causada por diversos agentes infecciosos, sendo influenciada por determinantes de ordens biológicas, ambientais, econômicas e socioculturais.²

No Brasil, a mortalidade por diarreia evidenciou tendência de decréscimo tendo passado de 2.490 a 756 nos anos de 2005 e 2011, respectivamente.³ Somando-se a isto, no que diz respeito à hospitalização, houve tendência decrescente nas crianças menores de um ano e ascendência discreta entre aquelas de 1-4 anos de idade, demonstrando impacto na menor permanência dessas crianças no hospital e na redução do valor médio de internamento, independentemente, da idade e da região do país. Registraram-se no Norte e Nordeste, os maiores coeficientes de mortalidade e maior porcentagem de internação nos menores de um ano relacionados à diarreia infantil.⁴

Apesar da taxa de mortalidade infantil ter diminuído em mais da metade, nos últimos 25 anos no mundo, ainda morrem cerca de 16 mil crianças todos os dias, por causas evitáveis, tais como a diarreia. A diarreia e outras doenças incluindo a pneumonia, malária, prematuridade, complicações nos partos, fazem parte dos principais agravos e causas de mortes em crianças menores de cinco anos de idade, em todo o mundo.⁵

Além disso, segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2015 foram notificados nacionalmente 511.893 crianças menores de dois anos de idade com diarreia, dentre esses casos, 71.113 foram registrados no Ceará.⁶

Destaca-se que muitos processos de morbidade e disfunções são evitados quando as mães dominam, cumprem e propiciam bons costumes higiênicos na família. Estudos mostram que as mães são as maiores responsáveis pela tomada de decisão em relação às condutas que devem ser realizadas no manejo da diarreia infantil, dentre estas merece destaque a procura por auxílio de profissionais do serviço de saúde durante o episódio diarreico antes que a saúde da criança se agrave.⁷ Nesse momento, é imprescindível que o profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro, atue para promover saúde, visto que a educação para saúde vem sendo a intervenção de maior destaque para a prevenção de agravos evitáveis, como a diarreia infantil.

Destarte as mães possuírem informações, não é o suficiente, nem mesmo garante que elas colocarão em prática o que foi relatado nas palestras, em reuniões de sala de espera, ou em orientações individuais. Diante disso, revela-se a importância da autoeficácia, a qual consiste na confiança pessoal do indivíduo frente a um determinado evento ou situação.⁸ Esse conceito está diretamente relacionado à segurança que a pessoa possui ao executar determinada atividade, ou seja, em se sentir capaz de realizar uma tarefa com base em seus conhecimentos e habilidades.⁹

Assim, para que um indivíduo possa ter hábitos saudáveis, faz-se necessário que além de ter conhecimentos, possua autoeficácia para conseguir mantê-los como rotina. Então, para que haja sucesso no cuidado materno para prevenção da diarreia infantil, é oportuno aliar conhecimento, habilidade e autoeficácia materna, sendo impreterível ao profissional de enfermagem conhecer tais conceitos para que possa atuar de modo eficaz na promoção da saúde dessa população.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi verificar a associação entre condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a sua autoeficácia para prevenção de diarreia infantil.

MÉTODO

Estudo transversal e analítico com abordagem quantitativa que se caracteriza por utilizar instrumentos de medida que permitem assegurar a confiabilidade dos achados, por meio da quantificação dos dados, principalmente, quando há a necessidade de comparação entre eventos.¹⁰

O estudo foi realizado em um hospital localizado no interior do Ceará, considerado de referência regional na área de saúde materno-infantil e obstetrícia, além de atender clínica médica, com 69 leitos no total, sendo 19 leitos de pediatria.

A seleção das mães, neste estudo, ocorreu por conveniência de acordo com a demanda de internações no hospital, perfazendo uma amostra de 238 mães, que estavam com seus filhos internados, por qualquer patologia, no referido hospital, de janeiro a abril de 2016. Foi adotado como critério de inclusão as mães terem pelo menos um filho (a) com idade inferior a cinco anos. Os critérios de exclusão adotados foram: mães com restrições que as impossibilitassem de compreender os instrumentos; mães cujos filhos estivessem com estado de saúde instável ou na emergência do hospital por serem situações que, possivelmente, causariam abalos emocionais nas mesmas.

A coleta de dados foi realizada no primeiro quadrimestre de 2016, as mães foram convidadas a participarem da pesquisa no momento em que estavam com seus filhos internados no hospital. Realizando entrevistas semiestruturadas em local reservado, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os princípios éticos envolvendo pesquisas com seres humanos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: um formulário que abordava os dados de identificação da mãe/família referente ao perfil social, econômico e demográfico, envolvendo aspectos voltados para a idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de abastecimento hídrico, coleta de esgoto, de lixo, ocorrência de diarreia na criança, bem como questões de investigação acerca do conhecimento materno sobre prevenção e manejo da diarreia infantil; e um segundo instrumento que consistia na Escala de Autoeficácia Materna para prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), a qual foi construída e validada por Joventino et al. (2013a) possuindo alfa de Cronbach de 0,84 e Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) de 0,45, demonstrando sua validade e confiabilidade para avaliar o referido construto.

A EAPDI trata-se de uma escala de Likert composta por 24 itens distribuídos em dois domínios (higiene da família com 15 itens; práticas alimentares/gerais, com nove itens), cujo padrão de resposta varia de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). Cada mãe, ao responder a EAPDI, poderia escolher apenas uma das cinco opções referidas. Assim, os escores totais da escala podem variar de 24 a 120 pontos no somatório das respostas dos itens, sendo que quanto menor o somatório dos escores, menor a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.¹¹

Os dados coletados foram organizados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* (versão 20.0), procedendo-se a análise estatística comparativa, por meio dos testes Qui-quadrado de Pearson, associação linear por linear e teste de razão de verossimilhança, estabelecendo-se nível de significância inferior a 5%. Optou-se pelo uso da mediana como parâmetro de divisão entre os resultados a partir do teste Kolmogorov-Smirnov. Desse modo, as variáveis dependentes foram organizadas nos resultados da seguinte maneira: somatório dos escores na EAPDI inferiores à mediana (< 113); ou somatório dos escores na EAPDI igual ou superior à mediana (≥ 114).

O estudo respeitou os princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/12 instituída pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo obtido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira via plataforma Brasil, sob parecer 1.378.638.

RESULTADOS

A faixa etária predominante entre as mães entrevistadas foi de 18 a 29 anos ($n = 146$; 61,3%), a maioria das mães tinha de 09 a 12 anos de estudo ($n = 132$; 55,5%) e vivia com companheiro ($n = 168$; 70,6), sendo a principal ocupação encontrada ser dona de casa ($n = 98$; 41,2%). A Tabela 1 mostra a associação entre os fatores socioeconômicos das mães entrevistadas com os níveis de autoeficácia materna para prevenção da diarreia apresentados. Percebeu-se que com relação a fatores socioeconômicos houve associação estatisticamente significante entre a renda familiar ($p = 0,049$), a idade da criança ($p = 0,010$) e os escores de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.

Pode-se verificar ainda que, existem associações estatisticamente significantes entre condições sanitárias e nível de autoeficácia materna para prevenção de diarreia infantil no que diz respeito às seguintes variáveis: tipo de casa ($p = 0,042$), destino do lixo ($p = 0,037$), tipo de esgoto ($p = 0,016$) e tipo de sanitário ($p = 0,006$).

A Tabela 2 apresenta a relação entre cuidados maternos, condições de saúde das crianças e os níveis de autoeficácia, sendo as condutas de higiene da mamadeira ($p = 0,037$) e escaldar utensílios ($p = 0,017$) tiveram relação estatística significativa com os níveis de autoeficácia.

Referente às condições de saúde das crianças, a ocorrência de internação no 1º mês de vida ($p = 0,028$) também apresentou

uma associação com a autoeficácia materna para prevenção da diarreia.

A associação entre conhecimentos e crenças maternas com os níveis de autoeficácia das mesmas para prevenir a diarreia está representada pela Tabela 3. As crenças sobre os riscos e causas da diarreia que apresentaram relação significativa com os níveis de autoeficácia foram a quentura/calor ($p = 0,021$) e a dentição ($p = 0,030$).

Já os conhecimentos das mães sobre condutas preventivas da diarreia que tiveram relação com os níveis de autoeficácia foram a higiene do domicílio ($p = 0,023$) e a prática do aleitamento materno ($p = 0,028$).

DISCUSSÃO

Condições socioeconômicas são citadas na literatura como fator preventivo ou de risco para a ocorrência da diarreia e outros agravos. O mesmo acontece com autoeficácia, pois se acredita que as condições de vida de um indivíduo influenciem em sua autoeficácia, tendo em vista que esta se trata de um poderoso preditor para comportamentos promotores de saúde.¹²

Algumas variáveis do presente estudo relacionadas à idade materna, à escolaridade, ao estado civil, à ocupação não tiveram associação significativa com a autoeficácia materna para prevenção da diarreia na amostra investigada. Em contrapartida, um estudo realizado em Fortaleza, com 90 mães de crianças menores de 5 anos de idade constatou significância nos níveis de autoeficácia com essas mesmas variáveis. No entanto, tal estudo assemelha-se com este na medida em que a renda familiar foi determinante para a autoeficácia.¹³

Dessa forma, com relação à renda familiar, percebeu-se que quanto menor é a renda da família, menor também foi o somatório das mães na Escala de Autoeficácia para Prevenção de Diarreia Infantil, ficando menor ou igual à mediana dos escores de autoeficácia. Outra variável que teve associação com a autoeficácia para prevenção de diarreia foi à idade da criança que se apresentou como inversamente proporcional à autoeficácia, de modo que quanto menor a idade da criança maior o nível de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.

Assim, percebe-se a renda familiar como relevante determinante social de saúde e que este repercute sobre o estado de saúde dos indivíduos. Corroborando com tais achados, um estudo realizado na zona rural da Tanzânia, África, mostrou que crianças advindas de famílias com melhor poder aquisitivo eram menos propensas a receberem cuidado domiciliar, em comparação com crianças que viviam com famílias mais pobres. Já com relação à idade das mesmas, crianças menores de 1 ano de idade eram mais propensas a adoecerem com febre, diarreia e infecção respiratória aguda, em comparação com crianças entre 2 e 5 anos de idade, o que contrapõe os achados do presente estudo. Da mesma forma, filhos mais velhos (com idade entre 2 a 5 anos) com diarreia foram mais propensos a receber cuidados em casa, em vez de cuidados em estabelecimentos de saúde, em comparação com crianças pequenas (< 1 ano de idade).¹⁴

Tabela 1. Associação entre fatores socioeconômicos familiares e os níveis de autoeficácia materna para prevenção de diarreia infantil. Ceará, 2016.

Variáveis	Escore de autoeficácia materna				p
	Inferior à mediana (≤ 113)		Igual ou superior à mediana (≥ 114)		
	N	%	N	%	
Faixa Etária da Mãe (N = 238)					
≤19 anos	32	13,4	28	11,7	0,563 ^a
20-34 anos	74	31,1	80	33,6	
≥ 35 anos	14	5,9	10	4,2	
Anos de estudo da mãe (N = 238)					
≤ 4	04	36,4	07	63,6	0,497 ^b
5-8	27	55,1	22	44,9	
9-12	69	52,3	63	47,7	
≥ 13	20	43,5	26	56,5	
Estado Civil da Mãe (N = 238)					
Sem companheiro	37	54,4	31	45,6	0,486 ^a
Com companheiro	83	49,4	85	50,6	
Ocupação (N = 238)					
Dona de casa	54	55,1	44	44,9	0,203 ^b
Agricultora	43	51,8	40	48,2	
Outros	19	39,6	29	60,4	
Nº de pessoas na casa (N = 238)					
2-3	34	47,2	38	52,8	0,389 ^c
4-5	51	50,0	51	50,0	
≥ 6	35	54,7	29	45,3	
Renda familiar (SM)*(N = 238)					
0 – ¼	24	51,1	23	48,9	0,049^a
¼ SM – ½	23	50,0	23	50,0	
½ SM – 1	35	40,7	51	59,3	
≥ 1	38	64,4	21	35,6	
Número de Filhos (N = 238)					
1	53	46,5	61	53,5	0,072 ^b
2	32	47,3	35	52,2	
≥ 3	34	60,7	22	39,3	
Idade da criança (N = 238)					
≤ 11 meses	70	44,6	87	55,4	0,010 ^b
12 - 35 meses	25	58,1	18	41,9	
≥ 36 meses	25	65,8	13	34,3	
Tipo de casa (N = 238)					
Tijolo com reboco	102	48,1	110	51,9	0,042^a
Outros	18	69,2	08	30,8	

Continuação Tabela 1.

Variáveis	Escore de autoeficácia materna				p
	Inferior à mediana (≤ 113)		Igual ou superior à mediana (≥ 114)		
	N	%	N	%	
Tipo de piso (N = 238)					
Cerâmica	44	48,4	47	51,6	0,616 ^a
Outros	76	51,7	71	48,3	
Destino do lixo (N = 238)					
Coleta pública	79	46,2	92	53,8	0,037 ^a
Outros	41	61,2	26	38,8	
Tipo de esgoto (N = 238)					
Rede pública	12	35,1	22	64,7	0,016 ^b
Fossa	93	50,8	90	49,2	
Outros	15	71,4	06	28,6	
Tipo de sanitário (N = 233)					
Com descarga	68	43,9	87	56,1	0,006 ^a
Sem descarga	49	62,8	29	37,2	
Água que abastece (N = 238)					
Rede pública	88	49,4	90	50,6	0,602 ^a
Outros	32	53,3	28	46,7	

* Salário Mínimo vigente durante o estudo: \$880; ^a Qui-quadrado de Pearson; ^b Associação linear por linear; ^c Teste de razão de verossimilhança.

Estudo realizado em uma cidade chinesa investigou a associação entre renda, depressão, autoeficácia e variáveis de saúde e as tensões associadas com a população, tendo sido verificado que a pobreza é a principal causa das tensões, pois exerce efeitos mediadores da depressão, baixa autoeficácia e status de saúde.¹⁵

Constatou-se no presente estudo associação entre tipo de casa, destino do lixo, tipo de esgoto e tipo de sanitário e a mediana dos escores de autoeficácia materna para prevenção de diarreia infantil. Dessa forma, a casa ser feita de tijolos constituiu-se em fator positivo para autoeficácia materna, fato que pode ser justificado na medida em que casas que não são feitas de tijolos, sobretudo sem acabamentos de alvenaria, representam fator de risco para a ocorrência de diarreia infantil, uma vez que não é possível realizar uma higiene adequada e completa nas mesmas,¹⁶ podendo, como demonstrado, comprometer a autoeficácia materna para prevenir a diarreia em seu filho.

Destaca-se que fatores socioeconômicos tiveram relação com a confiança das mães para prevenir a diarreia, visto que a autoeficácia baseia-se na crença de alcançar objetivos por meio de recursos próprios, uma vez que tais recursos são limitados, a chance de êxito é diminuída e ainda influencia negativamente nos cuidados com a saúde, sabendo que autoeficácia pode depender de experiências pessoais e de elementos ambientais.⁸

Em relação às condutas maternas, verificou-se associação estatisticamente significativa na higiene da mamadeira com água e sabão, e a prática de esquentar os utensílios com a autoeficácia

materna, demonstrando que estas se sentem mais confiantes para prevenir diarreia em seu filho. As práticas de higiene, em geral, são consideradas fator protetor para a diarreia.¹⁷ Apesar de ser uma medida preventiva para doenças diarreicas, o processo de esquentar os utensílios, deve ser utilizado quando o produto for adequado para tal ação. Estudos constataram que há um aumento na migração do Bisfenol A, através de processos térmicos de aquecimento dos alimentos diretamente no recipiente plástico de policarbonato. Tal substância, utilizada em embalagens, fora proibido, no Brasil, na fabricação de mamadeiras para diminuir a exposição a lactentes, uma vez que, interfere na função endócrina, possui efeitos hepatotóxicos, mutagênicos e carcinogênicos.¹⁸

Observou-se que o nível de autoeficácia materna para prevenção da diarreia foi elevada quando a criança não teve internação no primeiro mês de vida. Esse achado assemelha-se ao encontrado em um estudo que apresentou relação estatisticamente significativa com a autoeficácia materna para prevenir diarreia, tendo sido a autoeficácia da mãe mais elevada entre as famílias cujos filhos nunca apresentaram nenhum episódio diarreico, nenhuma patologia, bem como naquelas crianças que não foram internadas no primeiro mês de vida.¹⁹ Dessa forma, verifica-se que a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil esteve relacionada com comportamentos de saúde entre as crianças, inferindo-se que estas mães se sentem mais confiantes para cuidar adequadamente de seus filhos.

Tabela 2. Associação entre cuidados maternos, condições de saúde das crianças e os níveis de autoeficácia materna para prevenção de diarreia infantil. Ceará, 2016

Variáveis	Escore de autoeficácia materna				p
	Inferior à mediana (≤ 113)		Igual ou superior à mediana (≥ 114)		
	N	%	N	%	
Faz tratamento na água (N = 238)					
Sim	24	51,1	23	48,9	0,202 ^a
Não	38	63,3	22	36,7	
Tipo de tratamento (N = 238)					
Ferve	01	25,0	03	75,0	0,471 ^a
Filtra	08	38,1	13	61,9	0,653 ^a
Hipoclorito	06	60,0	04	40,0	0,244 ^a
Côa	10	58,8	07	41,2	0,144 ^a
Amamentação exclusiva (N = 238)					
Sim	119	50,4	117	49,6	0,990 ^a
Não	01	50,0	01	50,0	
Tempo de amamentação (N = 238)					
≤ 4 meses	94	50,3	93	49,7	0,806 ^a
5 meses	03	42,9	04	57,1	
6 meses	15	48,4	16	51,6	
> 6 meses	07	63,6	04	36,4	
Uso da mamadeira (N = 231)					
Sim	27	48,2	29	51,8	0,787 ^a
Não	88	50,3	87	49,7	
Higiene da mamadeira (N = 58)					
Com água	01	33,3	02	66,7	0,595 ^a
Água e sabão	23	57,5	17	42,5	0,037^a
Escalda o bico da mamadeira	16	47,1	18	52,9	0,825 ^a
Escalda o bico e a mamadeira	16	40,0	24	60,0	0,058 ^b
Lavagem das mãos (N = 238)					
Água corrente e sabão	96	47,5	106	52,5	0,057 ^a
Água parada e sabão	21	65,6	11	34,4	
Escalda utensílios (N = 238)					
Sim	93	46,5	107	53,5	0,019^a
Não	22	68,8	10	31,2	
Diarreia aguda ou crônica (N = 238)					
≤ 13	39	53,4	34	46,6	0,360 ^a
≥ 14	05	71,4	02	28,6	
Internação no 1º mês de vida (N = 238)					
Sim	19	70,4	08	29,6	0,028^a
Não	101	47,9	110	52,1	

^a Qui-quadrado de Pearson; ^b Associação linear por linear.

Tabela 3. Associação entre conhecimentos e condutas maternas e níveis de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil. Ceará, 2016.

Variáveis	Escores de autoeficácia materna				p
	Inferior à mediana (≤ 113)		Igual ou superior à mediana (≥ 114)		
	N	%	N	%	
Conduta materna quanto à alimentação durante diarreia (N = 238)					
Suspende alimentação normal	36	51,4	34	48,6	0,290 ^a
Oferece a mesma alimentação	08	72,7	03	27,3	
Melhora a alimentação e hidratação	76	48,4	81	51,6	
Crenças de riscos/causas da diarreia (N = 238)					
Comida malcozida	108	49,3	111	50,7	0,247 ^a
Água contaminada	119	50,6	116	49,4	0,551 ^a
Comida gordurosa	113	49,3	116	50,7	0,094 ^a
Quentura/calor	82	46,1	96	53,9	0,021^a
Dentição	109	48,7	115	51,3	0,030^a
Mãos/Objetos na boca	108	49,8	109	50,2	0,519 ^a
Desmame precoce	70	47,9	76	52,1	0,336 ^a
Susto ou mal olhado	96	50,5	94	49,5	0,948 ^a
Gripe	108	49,1	112	50,9	0,152 ^a
Medicamentos	84	49,4	86	50,6	0,623 ^a
Verminoses	107	49,1	111	50,9	0,173 ^a
Alimentos contaminados	113	49,8	114	50,2	0,369 ^a
Informação anterior sobre prevenção de diarreia (N = 238)					
Sim	14	38,9	22	61,1	0,133 ^a
Não	106	52,5	96	47,5	
Conhecimento das mães de ações para a prevenção de diarreia (N = 238)					
Lavagem das mãos	19	40,4	28	59,6	0,126 ^a
Mãos/objetos sujos na boca	12	50,0	12	50,0	0,965 ^a
Ferver a água	03	37,5	05	62,5	0,457 ^a
Higiene dos utensílios	26	44,8	32	55,2	0,327 ^a
Higiene da casa	11	32,4	23	67,6	0,023^a
Higiene dos alimentos	30	42,3	41	57,7	0,100 ^a
Não andar descalços	10	62,5	06	37,5	0,317 ^a
Oferecer alimentação de qualidade	35	53,0	31	47,0	0,618 ^a
Não oferecer comida gordurosa	12	63,2	07	36,8	0,247 ^a
Cobrir alimentos	10	71,4	04	28,6	0,105 ^a
Não oferecer água contaminada	06	50,0	06	50,0	0,976 ^a
Cozinhar bem os alimentos	08	50,0	08	50,0	0,972 ^a
Oferecer água filtrada	02	40,0	03	60,0	0,638 ^a
Oferecer aleitamento materno	05	26,3	14	73,7	0,028^a
Não oferecer sobras de alimentos	02	50,0	02	50,0	0,986 ^a
Hidratar a crianças	02	28,6	05	71,4	0,241 ^a
Higienizar a mamadeira	02	50,0	02	50,0	0,986 ^a

^a Qui-quadrado de Pearson.

Das condutas maternas com a alimentação da criança durante o episódio diarreico, nenhuma das variáveis apresentou relação significativa com a autoeficácia materna para a prevenção da diarreia. É conhecido e difundido na literatura, que as recomendações para o manejo da diarreia e prevenção da desidratação são aumentar a ingestão de líquidos durante episódios de diarreia, incluindo a solução de reidratação oral (SRO) e manutenção da dieta adequada para idade.²⁰

Com relação ao conhecimento e às crenças sobre os riscos e causas da diarreia, as variáveis quentura/calor e dentição apresentaram relação significativa com a autoeficácia. Essas duas variáveis são consideradas de risco para a diarreia, destarte foram observados elevados níveis de autoeficácia para prevenir a diarreia. Apesar de o calor ter um efeito adicional sobre a diarreia infantil, e esse efeito aumentar com a intensidade e duração das ondas de calor,²¹ não há evidências que a erupção dentária primária tenha associação sobre a diarreia, entretanto, crianças com baixo peso ao nascer tiveram mais manifestações relacionadas à dentição, e tiveram 2,9 vezes mais chances de desenvolver diarreia comparadas às crianças nascidas com peso adequado.²²

O conhecimento e crenças maternas configuram-se como preditores relevantes para a prevenção de diarreia infantil, uma vez que estes aumentam a confiança das mães em promover cuidados que reduzam a incidência desta.²³

As práticas preventivas apontadas pelas mães entrevistadas que tiveram relação com autoeficácia foram o aleitamento materno e a higiene do domicílio, sendo considerado um importante achado. Como já citado, tanto as práticas de higiene quanto o aleitamento materno são variáveis referidas na literatura como condutas de prevenção da diarreia.^{24,25} Esse achado sugere que o conhecimento de práticas eficazes contra a diarreia pode elevar os escores de autoeficácia de mães, ou seja, sua confiança pessoal para prevenir tal agravo em seus filhos. Entretanto, percebeu-se que o número de mães que menciona essas condutas como efetivas no combate desse agravo foi pequeno, reafirmando a carência de conhecimentos sobre práticas preventivas de diarreia.

Como limitações do presente estudo, apontam-se a análise univariada e a amostragem por conveniência, devido à ausência de cálculo de tamanho amostral.

CONCLUSÃO

Foi possível observar com o presente estudo que as condições socioeconômicas e ambientais apresentaram associação significativa com os níveis de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Sendo a renda familiar, idade da criança, tipo de casa de tijolo com reboco, destino de lixo, tipo de esgoto e tipo de sanitário serem variáveis que estão envolvidas com a ocorrência de episódios de diarreia quando estas se apresentam precárias, da mesma forma ocorreu com a autoeficácia.

Faz-se necessária a interferência nas condições socioeconômicas e sanitárias como medidas ambientais para prevenção

da diarreia, bem como a implementação de estratégias que atuem na autoeficácia de mães para estas tenham sucesso na prevenção da diarreia em seus filhos.

Com relação às condutas e às práticas maternas, as variáveis de higiene da mamadeira com água de sabão e escaldar, os utensílios apresentaram-se como fatores positivos para autoeficácia materna. Da mesma forma, os conhecimentos sobre riscos e causas da diarreia como o calor e a dentição, bem como sobre práticas preventivas da diarreia como higiene do domicílio e a oferta do aleitamento materno foram significativas para os níveis elevados da autoeficácia.

A combinação de conhecimentos sobre o manejo e prevenção da diarreia são fortes aliados para elevados índices de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia, tendo em vista que uma mãe que possui conhecimento e apresenta autoeficácia elevada, terá maior probabilidade de colocar em prática os cuidados diários com seu filho para a prevenção da diarreia. Salieta-se ainda a necessidade de intervenções frequentes com as mães de crianças com idade inferior cinco anos, já que tanto a autoeficácia quanto o conhecimento são variáveis modificáveis mediante estratégias direcionadas para esse fim.

Os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros devem atuar por meio de práticas de educação em saúde para difundir o conhecimento sobre o manejo e prevenção diarreia infantil, bem como devem encorajar as mães a executarem no seu cotidiano tais conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq), pela bolsa de iniciação científica. À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), pela bolsa de iniciação científica. À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pela bolsa de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Children's Fund. World Health Organization. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done can be done [Internet]. New York (NY); 2009 [cited 2016 Oct 27]. Available from: http://www.unicef.org/media/files/Final_Diarrhoea_Report_October_2009_final.pdf
2. Brandt KG, Antunes MMC, Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. *J Pediatr* [Internet]. 2015 Nov/Dec; [cited 2017 Mar 20]; 91(6 Suppl.1):S36-43. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001205>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.06.002>
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Indicadores de Mortalidade. Proporção de óbitos por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [cited 2016 Oct 27]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tidb2012/c06.def>
4. Mendes PSA, Ribeiro Jr. HC, Mendes CMC. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. *J Pediatr* [Internet]. 2013 May/June; [cited 2016 Oct 20]; 89(3):315-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000300015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.10.002>

5. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality - Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. [Internet]. New York (NY); 2015 [cited 2016 Sep 10]. Available from: http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Situação de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [cited 2016 Sep 15]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSCE.def>
7. Nhampossa T, Mandomando I, Acacio S, Nhalungo D, Sacoor C, Nhalolo A, et al. Health care utilization and attitudes survey in cases of moderate-to-severe diarrhea among children ages 0-59 months in the District of Manhica, southern Mozambique. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2013 Jul; [cited 2016 Oct 22]; 89(1Supl):41-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748500/>. <http://dx.doi.org/10.4269/ajtmh.12-0754>. Epub 2013 Apr 29
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977 Mar; [cited 2013 Jan 1]; 84(2):191-215. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/847061>. [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90009-7](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(78)90009-7)
9. Bizerra RL, Carnaúba JP, Chaves AFL, Rocha RS, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2015 Jul/Sep; [cited 2016 Oct 10]; 17(3):1-8. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a05.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.31061>
10. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
11. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MO. The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. *Public Health Nurs* [Internet]. 2013 Mar; [cited 2016 Sep 30]; 30(2):150-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100>. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01042.x>
12. Silva-Joventino E, Castro-Bezerra K, Gomes-Coutinho R, Almeida PC, Batista-Oriá MO, Barbosa-Ximenes L. Condiciones sociodemográficas y de salud para auto-eficacia materna en la prevención de la diarrea infantil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2013 Jul/Ago; [cited 2016 Aug 15]; 15(4):592-604. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000400005&lng=en&nrm=iso
13. Andrade LCO, Mendes ERR, Vasconcelos I, Joventino ES, Almeida PC, Ximenes LB. Socio-demographic factors relating to mothers' self-efficacy in preventing childhood diarrhea: a longitudinal study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2015 Mar; [cited 2016 Dec 10]; 14(1):62-70. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5100>
14. Kanté AM, Gutierrez HR, Larsen AM, Jackson EF, Helleringer S, Exavery A, et al. Childhood Illness Prevalence and Health Seeking Behavior Patterns in Rural Tanzania. *BCM Public Health* [Internet]. 2015 Sep; [cited 2016 Nov 15]; 15:951. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2264-6>. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2264-6>
15. Sun J, Buys N, Wang X. Association between low income, depression, self-efficacy and mass-incident-related strains: an understanding of mass incidents in China. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2012 Aug; [cited 2016 Oct 29]; 34(3):340-7. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdr107>. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr107>
16. Paz MGA, Almeida MF, Günther WMR. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 Mar; [cited 2016 Oct 29]; 15(1):188-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100017>
17. Ramesh A, Blanchet K, Ensink JH, Roberts B. Evidence on the Effectiveness of Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) Interventions on Health Outcomes in Humanitarian Crises: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet]. 2015 Sep; [cited 2016 Oct 19]; 10(9):e0124688. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0124688>. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0124688>
18. Bernardo PEM, Navas AS, Murata LTF, Alcântara MRS. Bisfenol A: o uso em embalagens para alimentos, exposição e toxicidade - Uma Revisão. *Rev Inst Adolfo Lutz* [Internet]. 2015; [cited 2016 Oct 30]; 74(1):1-11. Available from: <http://revistas.bvs-vet.org.br/rialutz/article/view/27659/29034>
19. Joventino ES, Coutinho RG, Bezerra KC, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Autoeficácia para prevenção da diarreia e o cuidado da criança: estudo transversal. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013; [cited 2016 Aug 30]; 12(2):295-306. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/3961/html_2
20. Perin J, Carvajal-Velez L, Carter E, Bryce J, Newby H. Fluid curtailment during childhood diarrhea: a countdown analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Jun; [cited 2016 Aug 20]; 15:588. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1878-z>. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-1878-z>
21. Xu Z, Liu Y, Ma Z, Sam Toloo G, Hu W, Tong S. Assessment of the temperature effect on childhood diarrhea using satellite imagery. *Sci Rep* [Internet]. 2014 Jul; [cited 2016 Oct 29]; 4:5389. Available from: <http://www.nature.com/articles/srep05389>. <http://dx.doi.org/10.1038/srep05389>
22. Memarpour M, Soltanimehr E, Eskandarian T. Signs and symptoms associated with primary tooth eruption: a clinical trial of nonpharmacological remedies. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015 Jul [cited 2016 Oct 29]; 15:88. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4517507/>. <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0070-2>
23. Rego AP, Lima SP, Costa MCMDR, Santos LMC, Medeiros WR, Cavalcante ES. Conhecimento das mães de crianças internadas em um hospital universitário acerca da diarreia. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Jan/Feb; [cited 2016 Oct 27]; 15(1):29-36. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1243/pdf>. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100005>
24. Diouf K, Tabatabai P, Rudolph J, Marx M. Diarrhoea prevalence in children under five years of age in rural Burundi: an assessment of social and behavioural factors at the household level. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 Aug; [cited 2016 Sep 15]; 7:24895. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141944/>. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.24895>
25. Santos FS, Santos LH, Saldan PC, Santos FCS, Leite AM, Mello DF. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2016 Apr; [cited 2016 Aug 20]; 25(1):e0220015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-0220015.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000220015>