



Conhecimento das mães de crianças internadas em um hospital universitário acerca da diarreia

Knowledge of the mothers of hospitalized children in a university hospital regarding diarrhea

Conocimiento de madres de niños hospitalizados en hospital universitario acerca de la diarrea

Ana Paula do Rego¹, Simone Pedrosa Lima¹, Maria Cláudia Medeiros Dantas de Rubim Costa¹, Lauriana Medeiros Costa Santos¹, Wilton Rodrigues Medeiros², Eliane Santos Cavalcante¹

Pesquisa qualitativa que objetivou identificar os conhecimentos das mães acerca da diarreia. Realizado com oito mães de crianças internadas no hospital universitário localizado em Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, em 2012. Coleta de dados realizada através de entrevista aberta, sendo a análise fundamentada em Bardin. Da análise emergiram as categorias: compreendendo a diarreia e prevenindo/tratando a diarreia. Em relação à compreensão da diarreia, as mães conceituam e a compreendem a partir da sintomatologia, erros/hábitos alimentares e/ou crenças culturais. Quanto à prevenção e tratamento da doença, elas sinalizam os cuidados de higiene e limpeza domiciliar como medidas de precaução, bem como a importância das medidas domiciliares e cuidados hospitalares. As entrevistadas possuem conhecimentos básicos acerca da patologia, sendo necessária a realização de novos estudos, para delimitar a lacuna existente entre o conhecimento das mães e a reincidência dos casos de diarreias, acarretando internações e gastos com tratamentos desnecessários.

Descritores: Enfermagem; Diarreia Infantil; Pediatria; Promoção da Saúde.

This qualitative research aimed at identifying the knowledge of the mothers regarding diarrhea. It was conducted with eight mothers of hospitalized children in a university hospital located in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil, in 2012. Data were collected through open interviews and the analysis was based on Bardin. The categories emerging from the analysis were: understanding diarrhea and preventing/treating diarrhea. Regarding the understanding of diarrhea, mothers conceptualize and understand it from the symptoms, habits/eating mistakes and/or cultural beliefs. Concerning the prevention and treatment of the disease, the mothers highlight hygiene and home cleaning as preventive measures, as well the importance of home and hospital care measures. The interviewees have basic knowledge of pathology, further studies are necessary in order to define the current gap between the knowledge of mothers and recurrence of diarrhea cases, resulting in hospitalization and expenses with unnecessary treatment.

Descriptors: Nursing; Diarrhea, Infantile; Paediatrics; Health Promotion.

Investigación cualitativa, cuyo objetivo fue describir los conocimientos de madres acerca de la diarrea. Llevado a cabo con ocho madres de niños en hospital universitario de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, en 2012. Recolección de datos realizada a través de entrevista abierta, con análisis basada en Bardin. Del análisis, surgieron las categorías: comprensión de la diarrea y prevención/tratamiento de la diarrea. En cuanto a la comprensión de la diarrea, las madres conceptualizaron y entendieron a partir de síntomas, errores/hábitos de alimentación y/o creencias culturales. En cuanto a la prevención y tratamiento de la enfermedad, señalaron higiene y limpieza del hogar como medida de precaución, y la importancia de medidas domiciliarias y atención hospitalaria. Las entrevistadas presentaron conocimientos básicos de la patología, siendo necesarios nuevos estudios para delimitar laguna entre conocimiento de las madres y recurrencia de casos de diarrea, que causa hospitalizaciones y gastos en tratamientos innecesarios.

Descritores: Enfermería; Diarrea Infantil; Pediatría; Promoción de la Salud.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

²Hospital Universitário Ana Bezerra. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente: Simone Pedrosa Lima

Av. Abel Cabral, 2035 Cond. Jardim Atlântico casa 24 Nova Parnamirim – Parnamirim. CEP: 59151-250. Natal, RN, Brasil.

E-mail: simone.ufr@hotmail.com

Introdução

A diarreia está inserida epidemiologicamente como importante causa de morbidade e mortalidade infantil em menores de cinco anos de idade. Esta realidade está presente, principalmente, nos países em desenvolvimento, sendo a doença diarreica aguda a patologia mais frequente em lactentes menores de seis meses, que não se encontram em aleitamento materno exclusivo⁽¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra redução global da mortalidade por diarreia nas duas últimas décadas, saindo da casa dos cinco milhões para 1,5 milhões. No Brasil, dados demonstram redução no número de casos de morbidade hospitalar por doenças diarreicas⁽²⁾ sendo, este quadro, atribuído a inserção do país na política mundial de redução da mortalidade infantil por doenças diarreicas. Neste cenário destacam-se: a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade; Projeto Mãe-Canguru; Estratégia de Saúde da Família (ESF); Terapia de Reidratação Oral; ampliação da cobertura de vacina contra o sarampo e rotavírus; política de aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Acrescentam-se a essas metas, importantes melhorias das condições de saneamento de áreas urbanas pobres e no tratamento da água⁽³⁾. O Ministério da Saúde também implementou a Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) com objetivo de implantar a Vigilância Epidemiológica em unidades de saúde, em todos os níveis da atenção, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; além de capacitar os profissionais de saúde para esse controle⁽⁴⁾. Nesse sentido, a enfermagem possui um importante papel na operacionalização da referida política, pois age como educador em saúde, atuando na promoção e prevenção da diarreia, uma vez que, essa é uma doença prevenível com características social e ambiental⁽⁵⁾.

Entretanto, apesar dessas políticas estarem implantadas em todo país, a região Nordeste, seguido da região Norte, ainda apresentam as taxas mais elevadas de diarreia no país. Na Região Nordeste do Brasil,

o risco de morte pela referida morbidade em crianças menores de cinco anos é cerca de quatro a cinco vezes maiores que na Região Sul, o que representa, aproximadamente, 30% do total das mortes durante o primeiro ano de vida⁽²⁾.

Particularmente em Santa Cruz/RN, município em que foi realizado o presente estudo, observa-se uma redução dos óbitos infantis⁽⁶⁾, no entanto, persistem as internações frequentes por diagnóstico de diarreia. Durante o ano de 2012 houve uma média mensal de trinta crianças internadas nessa localidade, de acordo com dados informados pelo setor de internamento do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

Esta realidade vivenciada pela equipe multiprofissional do referido hospital, tem trazido discussões coletivas sobre o conhecimento das mães acerca da diarreia infantil. Considerando as mães, principais protagonistas no cuidado diário de seus filhos, e que estas, em algum momento da vida de suas crianças participaram de processos de educação em saúde, seja no hospital ou na atenção básica, surge a inquietação de identificar os conhecimentos que as mães possuem sobre a referida morbidade.

Ressalta-se a importância do estudo para a equipe que assiste as crianças acometidas pelas doenças diarreicas, no que se refere à busca de estratégias para a redução dos índices deste agravo e, conseqüente redução da morbimortalidade infantil. Assim sendo, descrever o conhecimento das mães sobre diarreia torna-se importante à medida que oferece condições para reflexão da equipe de saúde acerca de sua prática. Esta reflexão visa contribuir para a quebra do modelo de transmissão de conhecimentos no processo de educação em saúde, e colaborar para o rompimento do paradigma tecnicista, biologicista e fragmentado.

Dessa forma surge o seguinte questionamento de pesquisa: Que conhecimentos as mães de crianças internadas na clínica pediátrica possuem sobre diarreia? Por conseguinte, essa pesquisa tem como objetivo identificar os conhecimentos que as mães possuem sobre diarreia.

Método

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em Hospital Universitário no município de Santa Cruz-RN, Brasil, em 2012. Os participantes do estudo foram mães acompanhantes de crianças internadas no setor pediátrico acometidas por diarreia, perfazendo um total de oito entrevistadas. Este número justifica-se devido saturação teórica. As entrevistadas foram selecionadas de forma aleatória, a partir da consulta realizada nos prontuários de crianças com diagnóstico de diarreia. Os critérios de inclusão foram mulheres que apresentaram condições físicas e emocionais para a entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com três questões norteadoras: o que a senhora entende por diarreia? O que a senhora faz para que o bebê não tenha diarreia? Quando ele tem diarreia, o que a senhora faz para ele melhorar? A coleta de dados foi realizada em uma sala privativa do setor de pediatria do referido hospital, com duração média de quarenta minutos. A fim de garantir o sigilo e anonimato das mães, optou-se por nomeá-las por cores.

As entrevistas foram gravadas com aquiescência das participantes e posteriormente transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo de Bardin, seguindo três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial⁽⁷⁾.

A fase de pré-análise constou na organização dos depoimentos. A seguir, na fase de descrição analítica, houve análise dos depoimentos, gerando a codificação e categorização. A última etapa da análise buscou interpretar as falas segundo o levantamento bibliográfico realizado acerca do tema.

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de acordo com parecer de número 81176 e pela direção do hospital, cumprindo o que determina a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾.

Resultados

Características da população do estudo

As mães entrevistadas encontram-se na faixa etária de 22 a 32 anos. Em relação ao estado civil, duas eram casadas; três solteiras; e três declararam estar em união estável. Quanto aos anos de estudo, o número ficou entre 6 e 12 anos. Ao considerar as rendas mensais informadas pelas mães percebe-se uma população de baixa renda, residente em sua maior parte, na zona urbana da cidade, mais especificamente, no bairro Paraíso, local que concentra cerca de quinze mil habitantes. Ressalva-se que a população média do município de Santa Cruz é de, aproximadamente, trinta e cinco mil habitantes, o que coloca o bairro Paraíso na posição de maior da cidade⁽⁹⁾.

Sobre a ocupação, quatro explicitaram serem agricultoras; duas do lar; uma auxiliar de caixa; e uma diarista. A renda familiar variou entre \$ 57.4614 e dois salários mínimos, das oito mães, cinco usufruíam de Bolsa Família, programa do Governo Federal de transferência direta de renda, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País⁽¹⁰⁾.

De acordo com a análise do estudo, surgiram duas categorias temáticas: Compreendendo a diarreia prevenindo/tratando a diarreia. A seguir será realizada a discussão destes achados.

Discussão

A população estudada reside em uma região caracterizada por aglomerado urbano, e estudo realizado acerca de diarreia aponta esse fator como de risco para mortalidade, pois, os indicadores de saneamento básico neste contexto, podem não ser eficientes para identificar populações que vivem situações de risco para a ocorrência de diarreia. Tal estudo verificou também que o risco de ocorrência de diarreia em crianças é quase 15 vezes maior do que entre aquelas que vivem em condições adequadas de habitação e saneamento⁽¹¹⁾.

Compreendendo a diarreia

Nesta categoria apreende-se que, a diarreia para as mães é conceituada e compreendida a partir da sintomatologia, erros/ hábitos alimentares e/ou crenças culturais.

Assim, de acordo com os registros a seguir, as falas das mulheres mostram associação direta com a sintomatologia: *Cocô só água* (Rosa). *Criança está evacuando bastante* (Violeta). *Fazendo muito cocô e muito mole, com febre* (Verde). *A bebê estava obrando muito* (Prata). *Quando está vomitando e defecando muito* (Azul). *Fica molinha, não quer se alimentar, muito sonolenta, tem febre* (Violeta). *Doença grave porque a criança vai ficando desidratada* (Laranja). *Aí quando está com desidratação aí pode dar infecção e diarreia* (Bege).

Os depoimentos demonstram que as mães identificam a diarreia a partir das evacuações líquidas e frequentes, sendo estas descritas de formas diferentes pelas participantes. Algumas também citaram que a criança quando fica doente apresenta outros sinais e sintomas: letargia, vômitos, febre, podendo chegar a um quadro mais grave como desidratação e infecções.

A visão delas está em concordância com a conceituação descrita na literatura, pois, a diarreia é o aumento da frequência das evacuações de conteúdo hídrico nas fezes com presença ou não de febre, vômitos e que podem levar a desidratação, que é a perda de líquidos corporais, apresentando irritabilidade ou letargia, redução da elasticidade cutânea, frequência cardíaca aumentada, olhos e fontanelas encovados⁽¹²⁾.

Desta forma, percebe-se que as mães conceituam a diarreia corretamente, sabendo descrever alguns dos principais sinais e sintomas da doença diarreica aguda, como fezes amolecidas e o aumento das evacuações. Inserem a febre como sinal de diarreia, mostrando conhecimento mais acurado da doença. Portanto, reconhecer a sintomatologia da diarreia em âmbito domiciliar não é tarefa difícil para elas, podendo favorecer o reconhecimento precoce das complicações e consequente internamentos hospitalares.

Outros fatores causadores de diarreia na visão das mães são os hábitos alimentares. Acreditam que

quando a criança adoece de diarreia é porque teve contato com alimentos estragados, mal manipulados, industrializados ou ainda, contaminados por moscas. Elas também relacionam a patologia, às frutas e verduras com agrotóxicos. As falas a seguir evidenciam estes fatores: *alimentação que passou da hora e der para a criança se alimentar, legumes que contém muito veneno* (Azul). *Alimentação industrializada* (Azul). *Deixar a comida não coberta aí senta a mosca que já tem contaminação de outro canto* (Azul). *Uma comida que ofendia aí dava diarreia, não sei explicar direito* (Lilás).

As mulheres acreditam também que a diarreia advém de alimentos gordurosos ou nunca consumidos por seus filhos. Referem que estes alimentos somados a imaturidade do organismo de suas crianças são fatores desencadeantes da patologia em questão, demonstrados a partir dos depoimentos a seguir: *não dou massa a ela porque ela é muito novinha* (Violeta). *Ele tem o organismo fraco, as crianças têm o organismo fraco, porque é muito estranho as crianças comer qualquer coisa que dá diarreia* (Verde). *As crianças têm intestino fraco porque são novinhas* (Verde). *Coisas que ela não se dá, coisas que ela nunca comeu* (Prata).

A literatura aponta que as etiologias das diarreias são provenientes de diversas causas dentre estas, a introdução de alimentos que podem estar contaminados por patógenos e que associado a falta de imunidade ativa das crianças podem causar distúrbios do trato digestivo⁽¹³⁾. Somam-se a estas causas, o desmame precoce e a introdução inadequada dos alimentos de transição tanto no que se refere à oferta calórica, quanto do preparo dos alimentos, pois favorecem a instalação de deficiências nutricionais e a exposição aos enteropatógenos potenciais⁽¹⁴⁾.

Por conseguinte, ao analisar os depoimentos das entrevistadas, percebe-se que as mulheres possuem esclarecimentos quanto às causas da diarreia e, ainda que elas entendam os fatores agravantes da patologia como, por exemplo, a imaturidade do organismo das crianças.

Salienta-se que os depoimentos em destaque possuem semelhanças com outros estudos realizados no Brasil, pois as percepções maternas se reproduzem em relação às causas das diarreias, já que estas asso-

ciam a doença com erros/ hábitos alimentares (comida mal cozida e/ou gordurosa), água contaminada, contaminação de alimentos por moscas e sujeiras⁽¹⁴⁾.

Particularmente em relação à água, são elencadas circunstâncias que contribuem para a sua contaminação, como a falta de limpeza dos reservatórios domiciliares, transportes e armazenamento em recipientes inadequados e práticas erradas de higiene. Essas são algumas das situações consideradas de risco para as diarreias infantis, principalmente quando há a passagem do aleitamento materno exclusivo para a introdução de novos alimentos⁽¹⁰⁾. Neste estudo, não houve referência em relação à contaminação da água, provavelmente pelo fato de as genitoras desconhecerem a relação entre a sua contaminação e o surgimento das diarreias.

Em relação aos aspectos culturais, uma mãe acredita que as diarreias estão relacionadas ao processo de nascimento dos dentes, pois os pais, avós e vizinhos repassam esta crença. O registro, a seguir, demonstra este fato: *a diarreia eu sempre acho que dá quando vem nascendo os dentes, eu já sei por que vem do povo antigo* (Bege).

Através do depoimento, observa-se que os conhecimentos das mães acerca das diarreias possuem um caráter cultural, no sentido de que os ensinamentos e as experiências vividas por seus familiares e comunidade, quando repassadas, influenciam as concepções e representações individuais acerca do tema. A crença cultural da entrevistada não difere das concepções de outras mulheres no que se refere à etiologia das diarreias infantis. A presença de evacuações líquidas no período eruptivo dos dentes é relatada em outros estudos, como também outras crenças são citadas, a exemplo o quebranto e mal olhado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nesse sentido, a compreensão do conceito de cultura para os profissionais de saúde é instrumental, seja no desempenho das atividades assistenciais, de ensino ou mesmo pesquisa. Parte-se da premissa de que todas as pessoas têm cultura, incluindo valores, símbolos, normas e práticas que são compartilhados por aqueles que pertencem ao grupo inserido naquele contexto. Assim sendo, comportamentos e pensamen-

tos particulares, quanto a experiência de doença, saúde e tratamento são sustentadas pelos contextos sócio culturais. Compreender esta relação é importante para os profissionais, pois, assim eles desenvolverão a denominada competência cultural, o que contribuirá para uma assistência e educação em saúde de forma holística⁽¹⁷⁾.

Prevenindo/tratando a diarreia

Nesta categoria, outros dois aspectos importantes são apontados: a prevenção e o tratamento da patologia. A prevenção da diarreia emergiu intensamente nas falas das mães. Todas relataram os cuidados de higiene e limpeza domiciliar como medidas de precaução para a diarreia infantil. Estas considerações são tecidas a partir dos depoimentos a seguir: *corto as unhas, sempre tenho cuidado deles lavarem as mãos na hora certa* (Azul). *Limpeza geral, não tenho animal em casa, evitar sujeira, poeira* (Violeta). *Higienizo os alimentos para não dar diarreia* (Verde). *Cuido direitinho da higienização dela* (Lilás).

Nos depoimentos das mães surgem concepções preventivas que fazem alusão aos cuidados diários dispensados aos seus filhos, tais como: banhos, lavagens das mãos e asseio das unhas. Cuidados com a residência também são referidos, à medida que elas descrevem como mantém a limpeza, inclusive afastando animais do ambiente domiciliar. Estas concepções não diferem das descritas na literatura, uma vez que, a higiene pessoal dos filhos é citada como importante fator de proteção a saúde para todas as doenças e para a diarreia⁽¹⁸⁾.

No que diz respeito às medidas de tratamento, as mães retratam o que fazem quando os filhos são acometidos pelo agravo. Tais aspectos são mostrados a seguir: *ofereço banana porque dizem que faz o cocô ficar mais duro* (Rosa). *Ofereço chás porque algumas pessoas dizem que é bom* (Bege). *Ofereço soro porque hidrata* (Azul). *Procurei o médico* (Laranja). *Vou direto para o hospital para não ficar esperando em casa a crianças piorar e eu ficar dando remédio sem saber* (Violeta). *Levo para o hospital* (Rosa). *Só dou muita água, chá, água de coco, fruta, verdura, bastante banho nela* (Prata). *Mama* (Rosa).

Outro aspecto encontrado nas falas das mães foi em relação ao tratamento da diarreia, que se concretiza através de medidas domiciliares e cuidados hospitalares. Nos cuidados caseiros se destacam o uso de chás, água de coco, soro caseiro, frutas e verduras. As mães também se referiram a atitudes envolvendo cuidados médicos e hospitalares, inclusive Rosa e Violeta, que mencionaram a procura de serviços de saúde como conduta inicial.

As atitudes destas genitoras provavelmente revelam a confiança que elas possuem na resolutividade dos serviços e profissionais de saúde. Nos depoimentos são encontradas as modalidades dos tratamentos das diarreias que se baseiam em: correção da desidratação e do desequilíbrio eletrolítico; combate à desnutrição; uso adequado de medicamentos; prevenção das complicações⁽¹⁹⁾.

Quanto à desidratação têm-se os planos A, B e C, os quais dependem do grau de desidratação da criança. O plano A, destina-se a paciente com diarreia e sem sinais de desidratação. O tratamento é domiciliar, com a utilização de solução de sais de reidratação oral (SRO) e líquidos disponíveis no domicílio. O plano B destina-se a paciente com diarreia e com sinais de desidratação, os pacientes devem ser tratados com SRO, de acordo com o peso da criança. O plano C destina-se a paciente com diarreia e desidratação grave e exige hospitalização⁽¹⁹⁾.

Para o combate a desidratação recomenda-se o aumento da ingestão de líquido, como soro caseiro, sopas e sucos; manter a alimentação habitual, em especial o leite materno e corrigir eventuais erros alimentares. Quanto ao uso da medicação correta irá depender do agente etiológico causador da diarreia. E para prevenir as complicações é preciso tratar convenientemente a desidratação, com o uso de terapia de reidratação oral ou venosa, ter uma dieta adequada e usar os antimicrobianos, quando indicados⁽¹⁹⁾.

O aleitamento materno foi apontado pelas mães como uma importante estratégia na prevenção das diarreias, sendo essa prática destacada como um indicador de diminuições das internações hospita-

lares⁽²⁰⁾. Assim, ao analisar a afirmativa de Rosa, que para prevenir e tratar a diarreia de seu filho oferece leite materno, esta conduta está correta e deve ser largamente estimulada pelos profissionais de saúde.

Este achado não é uma surpresa, pois considerando as informações repassadas pela mídia bem como, as políticas e ações de proteção e incentivo a essa prática, deflagradas no país a partir dos anos noventa, como a norma de comercialização dos substitutos do leite materno, hospitais amigos da criança, banco de leite humano, método mãe canguru, é esperado que as mães façam alusão à amamentação vinculando-a a prevenção de doenças⁽²¹⁾.

Atualmente, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, lançada em 2012, apresenta como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica a fim de reforçar e estimular a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito brasileiro⁽²²⁾.

Ao implementar a proteção e incentivo à amamentação, não deve ser excluído o cuidado com as lactantes que necessitam voltar ao trabalho, dessa forma, ações educativas e preventivas com as mães que irão iniciar o trabalho extra domicílio devem ser priorizadas. Assim, a prática da ordenha, a sensibilização das chefias nas instituições, bem como, a disponibilização de local adequado para coleta e armazenamento, enquanto a nutriz estiver trabalhando são algumas estratégias necessárias para garantir a continuidade da amamentação e prevenção do desmame precoce⁽²³⁾.

Considerações Finais

O referido estudo demonstra que o conhecimento que as mães de crianças internadas na clínica pediátrica de um hospital de ensino localizado no interior do estado do RN possuem sobre a diarreia, está fundamentado em torno de dois temas centrais: compreendendo a diarreia e prevenindo/tratando a diarreia. Em relação à compreensão da diarreia, as mães

conceituam e a compreendem a partir da sintomatologia, erros/ hábitos alimentares e/ou crenças culturais. Quanto à prevenção e o tratamento da doença, as mães sinalizam os cuidados de higiene e limpeza domiciliar como medidas de precaução para a diarreia infantil, bem como a importância das medidas domiciliares e cuidados hospitalares. Nos cuidados caseiros destacam-se o uso de chás, água de coco, soro caseiro, frutas e verduras. As mães se referiram à adoção de atitudes que envolvem cuidados médicos e hospitalares, através da correção da desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico.

Dessa maneira, os relatos mostram aproximação das genitoras com esses aspectos importantes da referida patologia como: noções básicas de diagnóstico, prevenção e tratamento. Por conseguinte há uma dicotomia entre o conhecimento das mães sobre a diarreia infantil e a instalação da doença, pois apesar delas possuírem conhecimentos básicos, as crianças continuam adoecendo e necessitando de internamento hospitalar.

Assim sendo, destaca-se que apenas os conhecimentos sobre a doença não foram capazes de evitá-las, já que os aspectos socioeconômicos e os níveis de escolaridade da família podem estar interferindo na prevenção da doença, uma vez que, as genitoras e filhos são provenientes de localidades caracterizadas por más condições ambientais como falta de saneamento básico, escassez de água para consumo, presença de acondicionamento e destinação final do lixo inadequado, além de baixa renda familiar. Estes fatores predispõem o aparecimento da referida morbidade, sendo necessária a realização de novos estudos para melhor elucidar a problemática. Pesquisas que possam avaliar as ações de educação em saúde realizadas pelos profissionais, também são necessárias, pois, sabe-se que a efetivação das orientações depende também da necessidade de conhecer o contexto e cultura da população a ser trabalhada, para que, de fato, as ações sejam efetivadas.

Salienta-se que houve limitação no referido estudo, considerando que foi realizado em uma enfer-

maria de uma unidade hospitalar, portanto, com uma abrangência pequena, em relação ao número de outros serviços de saúde do município.

Colaborações

Rego AP, Lima SP, Costa MCMDR, Santos LMC, Medeiros WR e Cavalcante ES contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Norman G, Pedley S, Takkouche B. Effects of sewerage on diarrhoea and enteric infections: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010; 10(8):536-44.
2. Ministério da Saúde (BR). AIDPI/Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas - MDDA. Manual do monitor. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Nobrega RV, Nobrega MMLS, Kenya L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na clínica pediátrica de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(3):501-10.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Internet]. [citado 2012 abr 19]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@ [Internet]. [citado 2013 fev 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidade-sat/topwindow.htm?1>
10. Ministério da Saúde (BR). Bolsa família na saúde [Internet]. [citado 2012 nov 1]. Disponível em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>
11. Paz MGA, Almeida MF, Gunther WMR. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1):188-97.
12. Hockenberry MJ. Wong – fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Mosby: Elsevier; 2006.
13. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de diarreias causadas por rotavirus: guia prático. Washington, D. C.: OPAS; 2007.
14. Joventino ES, Oria MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(1):371-9.
15. Mota-Costa R, Medeiros-Júnior A, Aciolly-Junior H, Araújo-Souza GC, Clara-Costa IC. Percepção de mães sobre a síndrome da erupção dentária e suas manifestações clínicas na infância. *Rev Salud Pública*. 2010; 12(1):82-92.
16. Pereira IV, Cabral IE. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. *Esc Anna Nery*. 2008; 12(2):224-9.
17. Langdon EJ, Wilk FB. Anthropology, health and disease: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):174-81.
18. Remor CB, Ojeda BS, Gerhardt LM. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(4):786-92.
19. Ministério da Saúde (BR). AIDPI/Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Curso de capacitação: introdução: módulo 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
20. Boccolini CS, Boccolini PMM, Carvalho ML, Oliveira MIC. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1857-63.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
22. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Estratégia amamenta e alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
23. Alves BA, Cursi J, Labegalini MPC, Higarashi IH, Bercini LO. Mães com aleitamento materno exclusivo em centro de educação infantil no local de trabalho. *Rev Rene*. 2009; 10(3):27-36.