



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

**PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL -
EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COMBINADA: VÍDEO EDUCATIVO E RODA DE
CONVERSA**

FORTALEZA

2015

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

**PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL –
EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COMBINADA: VÍDEO EDUCATIVO E RODA DE
CONVERSA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) como requisito para conclusão do Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Área Temática: Promoção e educação em saúde da criança e da família.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

Coorientadora: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

N196p Nascimento, Ludmila Alves do.

Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil – efeitos de uma intervenção combinada: vídeo educativo e roda de conversa / Ludmila Alves do Nascimento. – 2015.

131 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

Orientação: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes.

Coorientação: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino.

1. Diarreia Infantil. 2. Autoeficácia. 3. Educação em Saúde. 4. Mídia Audiovisual. 5. Enfermagem.

CDD 618.923427

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

**PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL -
EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO COMBINADA: VÍDEO EDUCATIVO E RODA DE
CONVERSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade da Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Orientadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Vieira Lopes
Membro Efetivo – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof.^a Dr.^a Priscila de Souza Aquino
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro
Membro Suplente – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais,
com todo meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as bênçãos que tem proporcionado em minha vida diariamente, minha força maior para alcançar os meus sonhos.

Aos meus pais, Graça e Johnson, pelo apoio, pela criação, pelo amor, pela educação e pelos ensinamentos diários que contribuíram para que eu me tornasse a pessoa que hoje sou. Obrigada pelo exemplo que vocês são para mim e por tudo que fizeram e, ainda, fazem para que eu possa alcançar meus objetivos. Amo vocês e espero retribuir em dobro tudo o que vocês me proporcionam.

À minha querida família, por sempre está presente em minha vida, apoiando-me, torcendo pelas minhas vitórias, vibrando com minhas conquistas e entendendo minha ausência ao longo desses dois anos.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Lorena Barbosa Ximenes, pelo apoio, pela acolhida e pelo aprendizado concedido durante esses anos. Grata à senhora pelo carinho e por ter proporcionado meus primeiros passos na pesquisa e ter acreditado no meu potencial.

À coorientadora Dra. Emanuella Silva Joventino, pelas orientações, pelos ensinamentos, palavras de conforto e por sempre me atender quando eu precisei de ajuda. Aprendi bastante com você e sou grata por tudo que você fez por mim ao longo desses anos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dra. Priscila de Souza Aquino, Prof.^a Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes, Prof.^a Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro, pelas enriquecedoras contribuições ao meu trabalho e pelo aprendizado proporcionado durante a avaliação deste.

À Camila, pelo apoio constante e presença na minha vida. Obrigada pelos conselhos, momentos de alegria e riso fácil; pela motivação, pelas palavras de conforto nos momentos de aflição e angústia, por me mostrar o qual longe eu sou capaz de ir e por acreditar em mim e me aguentar diariamente. Amo você!

À Lívia, minha eterna dupla, por tornar a caminhada mais leve e divertida, pelo aprendizado compartilhado, pelas conversas diárias, risadas, brincadeiras e conselhos. Por me motivar, muitas vezes, sem perceber. E que venha o doutorado! Ao infinito e além! Obrigada, amo você!

À Sofia, por sempre atender aos meus chamados de socorro quando preciso de ajuda nas traduções ou de um ombro amigo para conversar. Obrigada pela amizade e pelo apoio constante, por tornar minha vida mais alegre e divertida e por sempre está presente nos momentos alegres e tristes. Amo você!

À querida Julliana Aires que apesar da distância, faz-se presente em minha vida e acompanha minha caminhada desde a graduação. Obrigada pelo carinho, apoio e pela ajuda prestada sempre que lhe procuro.

Aos membros do grupo de pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família pelo apoio e aprendizado compartilhado. Em especial, a Andressa, pela companhia nas aulas, pelo aprendizado compartilhado, pela amizade construída e fortalecida durante esses dois anos; a Ádria, que o mestrado a trouxe de volta para perto de mim, companheira para todas as horas; a Joelna, sempre muito prestativa, solidária e atenciosa comigo; e à minha equipe de coleta: Ádria, Carol Magalhães, Carol Matos, Elizamar, Ismaelle, Jardeliny, Kamila, Katherine, Olinda e Lucilande. Vocês foram essenciais para efetivação deste trabalho. Muito obrigada pela motivação constante, pelas risadas, pelos conselhos, pelas brincadeiras e pelos lanches na copa do CEDEFAM.

Ao Edgar Sampaio, responsável pela análise estatística dos dados e elaboração das tabelas. Obrigada pela paciência, dicas estatísticas e motivação para que eu adentre no mundo desconhecido da estatística.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e às funcionárias Joelna, Valma, Jaqueline e Cleidismar, por sempre me atenderem com atenção e presteza.

À Capes, pela bolsa concedida, a qual me proporcionou realizar este trabalho.

A todas as pessoas que estiveram presentes, durante a realização deste sonho, apoiando-me e acreditando que ele seria possível. Muito obrigada!

"Quando a informação é comunicada, aceita e aplicada, a base para a mudança de comportamentos de saúde já está formada. Quando as pessoas estão motivadas e sabem que podem fazer a diferença em suas próprias vidas, então uma barreira para a saúde foi removida".

(Susan B. Bastable)

RESUMO

A autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil é uma variável modificável, que mede a confiança materna em adotar os cuidados necessários para prevenir a doença na criança, sendo essencial para a promoção da saúde. Considerando que o enfermeiro deve promover e apoiar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, as tecnologias educativas surgiram como favorecedoras dessa prática. Objetivou-se analisar a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil antes após uma intervenção educativa combinada (vídeo educativo e roda de conversa). Tratou-se de um estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo único composto por 58 mães de crianças com idade de zero a cinco anos, desenvolvido em duas unidades de saúde pertencentes à Secretaria Regional III e V, respectivamente. A coleta de dados foi realizada, no período de julho a outubro de 2014, em três etapas: na primeira, foi realizada uma entrevista com as mães, individualmente, onde se aplicou a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil e o formulário sociodemográfico e clínico da diarreia; a segunda etapa correspondeu à intervenção educativa grupal com a aplicação do vídeo educativo e a participação das mulheres na roda de conversa mediada pela pesquisadora. A terceira etapa correspondeu ao acompanhamento telefônico com a aplicação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil e o formulário reduzido de investigação da ocorrência da diarreia infantil quinzenalmente por dois meses. Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Predominaram mulheres com 20 a 29 anos de idade (56,9%), com parceiro (65,5%), com mais de oito anos de estudos (62,1%), donas do lar (74,5%), com renda mensal de até dois salários mínimos (91,4%). Verificou-se significância estatística entre as variáveis sociodemográficas, sanitárias e as médias dos escores da EAPDI nos quatro momentos de acompanhamento ($p < 0,05$): idade, estado civil, escolaridade materna, ocupação, renda per capita, número de residentes no domicílio, número de filhos e sexo da criança. Quanto às variáveis sanitárias: tipo de casa, tipo de piso, destino do lixo, moscas na casa, origem da água, procedência da água que a criança ingere, tratamento, sabão próximo das torneiras, tipo de sanitário, tipo de esgoto, existência de refrigerador e presença de animal no domicílio. Observou-se, a partir do primeiro mês de acompanhamento, efeito positivo da intervenção combinada na ocorrência da diarreia infantil e na autoeficácia materna, visto que houve redução do percentil de crianças com diarreia e, também, elevação na classificação da autoeficácia materna de baixa para moderada e elevada. Conclui-se que a intervenção educativa combinada elevou a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, assim como diminuiu as chances ocorrência da diarreia infantil nas mães do estudo. A utilização do vídeo educativo aliado às orientações dos enfermeiros em roda de conversa pode e deve ser realizada constantemente durante as atividades de educação em saúde pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro.

Palavras-chave: Diarreia infantil. Autoeficácia. Educação em Saúde. Mídia Audiovisual. Enfermagem.

ABSTRACT

Maternal self-efficacy in preventing childhood diarrhea is a modifiable variable, which measures the maternal confidence to adopt the necessary precautions to prevent illness in children, essential for the promotion of health. Considering that nurses should promote and support maternal self-efficacy in preventing childhood diarrhea, educational technologies have emerged in order to favor this practice. The objective was to analyze maternal self-efficacy to prevent childhood diarrhea before and after a combined educational intervention (educational video and dialogue wheel). It was a quasi-experimental study, before and after type, with single group composed by 58 mothers of children aged from zero to five years, developed in two health units belonging to the Regional Secretariat III and V, respectively. Data collection was performed from July to October 2014 in three stages: first, an interview was conducted with the mothers, individually, when it was applied Maternal Self-efficacy Scale for Prevention of Infant Diarrhea and the sociodemographic and diarrhea clinical form; the second stage corresponded to the educational group intervention with the application of educational video and the participation of women in dialogue wheel mediated by the researcher. The third stage corresponded to the telephone follow-up and the implementation of Maternal Self-efficacy Scale for Prevention of Infant Diarrhea and the reduced form of childhood diarrhea occurrence research every fortnight for two months. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Sciences version 20.0. The study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará. Most participants were female from 20-29 years of age (56.9%), with partner (65.5%), with more than eight years of education (62.1%), housewives (74.5%), with monthly income of up to two minimum wages (91.4%). There was statistical significance between the sociodemographic variables health and the means of EAPDI scores in the four moments of follow-up ($p < 0.05$): age, marital status, maternal education, occupation, per capita income, number of residents in the household, number of children and child sex. For sanitary variables: type of home, surface, garbage disposal, flies in the house, water source, origin of the water that the child drinks, treatment, soap near the tap, type of toilet, type of sewage, existence of refrigerator and presence of animal at home. There was no statistical significance relationship between the occurrence of diarrhea and self-efficacy, but it was observed the increase in self-efficacy scores and the reduction of cases of diarrhea over the follow-up times, indicating that the combined educational intervention influenced in reducing the chance of occurrence of childhood diarrhea. It is concluded that the combined educational intervention increased maternal self-efficacy in preventing childhood diarrhea and decreased the chances of occurrence childhood diarrhea in mothers of the study. The use of educational video combined with the guidelines of nurses in dialogue wheel can and should be done consistently for health education activities by health professionals, especially nurses.

Keywords: Diarrhea, Infantile. Self Efficacy. Health Education. Video-Audio Media. Nursing.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Prevenção da diarreia infantil: impacto nos indicadores de saúde.....	11
1.2	Estratégias educativas mediadas pela autoeficácia.....	19
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo Geral.....	28
2.2	Objetivos Específicos.....	28
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Tipo de Estudo.....	29
3.2	Local do Estudo.....	30
3.3	População e Amostra.....	33
3.4	Instrumentos.....	35
3.5	Coleta de Dados.....	36
3.6	Estudo Piloto.....	42
3.7	Análise dos Dados.....	43
3.8	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	43
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5	CONCLUSÃO.....	67
6	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	69
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES	85
	ANEXOS.....	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Prevenção da diarreia infantil: impacto nos indicadores de saúde

A Doença Diarreica Aguda (DDA) é uma manifestação comum das doenças infecciosas e parasitárias, a qual ainda persiste como um relevante problema de saúde pública, estar entre as principais causas de consultas, hospitalizações e mortalidade em crianças menores de cinco anos (OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

A diarreia caracteriza-se como a ocorrência de três ou mais evacuações de fezes aquosas em um intervalo de 24 horas, podendo apresentar-se em três principais formas: aguda aquosa, sanguinolenta e persistente. Sabe-se que a DDA está associada à perda significativa de fluidos e, conseqüentemente, à rápida desidratação do indivíduo infectado (sobretudo crianças e idosos) e, geralmente, se prolonga por várias horas ou dias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

A DDA apresenta duas origens: a não infecciosa e a infecciosa; a primeira relaciona-se à intolerância alimentar, ao uso de medicamentos e ao inadequado funcionamento intestinal e, a segunda, de origem infecciosa é considerada a de maior importância para saúde pública, devido à frequente ocorrência na população em geral. Esta pode ser causada, principalmente, por bactérias, vírus, parasitas e toxinas naturais; e sua transmissão pode ocorrer por via oral ou fecal-oral, sendo transmitida diretamente de pessoa a pessoa, por mãos contaminadas, e de animais para pessoas, ou transmitida indiretamente por ingestão de água e alimentos contaminados ou contato com objetos contaminados (BRASIL, 2009a).

A despeito de ser uma doença historicamente conhecida como facilmente evitável, ainda apresenta prevalência relativamente elevada em nosso meio, provavelmente devido à característica multicausal e multifatorial, estando relacionada a fatores ambientais, socioeconômicos e comportamentais (JOVENTINO, 2010).

A diarreia caracteriza-se, portanto, por incidência elevada e frequentes episódios na infância, sendo uma das principais causas de morbimortalidade infantil, principalmente nos países em desenvolvimento. Esta afecção acomete cerca de 1,3 bilhão de crianças menores de cinco anos, anualmente, no mundo. Além disso, a diarreia e a pneumonia são responsáveis por aproximadamente 40% dos óbitos infantis, ocasionando a morte de três milhões de crianças ou, aproximadamente, uma a cada três crianças em todo o mundo anualmente (BRASIL, 2010; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF; OMS, 2009).

Essa infecção destaca-se, sobretudo em países em desenvolvimento, como nos existentes no Sul da África, cuja taxa de mortalidade nos menores de cinco anos encontra-se em uma razão de 104 por 1000 nascidos vivos, sendo a diarreia a maior causadora de morte nos infantes (11%) seguida por infecções respiratórias (6%) (HALL et al., 2012; STATISTICS SOUTH AFRICA; UNDP, 2010).

Segundo estudo ecológico, realizado em 21 países da América Latina, incluindo o Brasil, a mortalidade média por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos foi de 5,8%, sendo que o menor valor foi observado na Costa Rica (1,0%) e o maior na Guatemala (13,1%), não sendo fornecidas informações acerca da média da doença no Brasil (TEIXEIRA; GOMES; SOUZA, 2012).

Um dos objetivos para o desenvolvimento do milênio foi a meta de redução em dois terços da taxa da mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2005. Entretanto, a meta ainda não foi alcançada, porém o número de mortes está diminuindo. No entanto, o ritmo em que a situação melhora é insuficiente para atingir a nova meta, ou seja, conseguir redução de dois terços até 2015 (UNICEF, 2010).

Em muitos países, registaram-se progressos consideráveis no domínio da mortalidade infantil. No Brasil, a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos caiu 77% entre 1990 e 2012. Representou uma das quedas mais significativas no mundo nesse período, com destaque no relatório da UNICEF, como exemplo a ser seguido (UNICEF, 2013).

Essa redução pode ser associada à criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem foco na atenção primária de saúde; no melhor atendimento ao binômio materno-infantil, das condições sanitárias; ao aumento do conhecimento das mães; à promoção do aleitamento materno e da imunização infantil; ao uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) no tratamento da diarreia; e à criação de iniciativas de proteção social como o programa de transferência de renda Bolsa Família. A expansão da rede de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também proporcionou a melhoria da qualidade do atendimento à saúde e o incremento na utilização das unidades de saúde, observando-se, ainda, o aumento da educação das mulheres, a melhoria da saúde materna e a implementação de estratégias para reduzir a pobreza. O conjunto desses fatores são favorecedores da prevenção da diarreia infantil, promoção da saúde das crianças e redução da mortalidade infantil por essa patologia (UNICEF, 2013).

No Estado do Ceará, no ano de 2011, foram verificados 93 óbitos em menores de um ano por diarreia, sendo 43 destes, no município de Fortaleza. Assim como foram notificados 118.800 casos de diarreia em menores de dois anos, destes, 28.051 ocorreram

em Fortaleza. Quanto às internações por diarreia, foram verificadas 2.996 internações em menores de cinco anos no Estado e 1.103 na capital (BRASIL, 2012a).

Apesar dos índices ainda elevados de diarreia infantil, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mantém a tendência de declínio também no Ceará, chegando a 16,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos, em 2007, e 15,8, em 2008. No Estado, o decréscimo da TMI nos últimos anos deve-se à redução importante da mortalidade pós-neonatal, particularmente as causadas por pneumonia e diarreia (CEARÁ, 2009).

De acordo com os indicadores da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, as doenças diarreicas, responsáveis por 17,3% dos óbitos infantis, em 1996, e 21,3%, em 1999, causaram 1,8% das mortes, em 2010. Com esses resultados, as doenças diarreicas diminuíram a participação na composição da taxa de mortalidade infantil de 5,4 por mil nascidos vivos, em 1996, para 0,2, em 2010, a maior redução entre as causas de mortes infantis. Esse declínio significativo pode estar relacionado à tendência de redução da mortalidade infantil geral no País, em 50,5%, nos últimos anos. A taxa, que era de 26,5 por mil nascidos vivos, em 2000, caiu para 13,1, em 2010, e, em 2011, ficou em 12,3 óbitos por mil nascidos vivos (CEARÁ, 2012).

Conforme dados estatísticos do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do principal hospital público infantil de Fortaleza, a média de atendimento a crianças com diarreias no hospital é de 5.100 casos por ano, sendo maior o número no primeiro semestre, devido ao calor intenso e às chuvas de verão (CEARÁ, 2013a). Observa-se, então, que as diarreias se encontram entre as doenças de maior internação no Estado. Em 2008, das 351.024 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Ceará, 57.770 (16,5%) foram por doenças infecciosas e parasitárias e, destas, 27.563 (47,7%) foram por doenças infecciosas intestinais (CEARÁ, 2009).

Apesar dos importantes avanços alcançados na prevenção e no controle das doenças infecciosas com a implantação das políticas de saneamento básico e as estratégias citadas anteriormente, no Brasil, em meados da segunda metade do século XX, a DDA ainda permanece como um dos principais problemas de saúde pública, tendo em vista que muitas medidas comportamentais de proteção e promoção da saúde ainda não são implementadas no cotidiano dessas crianças e suas famílias, como o acesso a serviços de saneamento de boa qualidade, além do conhecimento e da atitude da mãe em relação à prevenção e ao manejo adequado da doença (MOUTINHO; CARMO, 2011; OLIVEIRA; LATORRE, 2010; VANDERLEI; SILVA, 2004).

Liu (2009), em estudo realizado com 311 cuidadores de crianças, na Tanzânia, identificou que comportamentos de saúde preventivos realizados por esses cuidadores são

essenciais para redução da diarreia infantil. A autoeficácia está positivamente correlacionada com o desempenho relatado de higiene, saneamento, tratamento de água potável e comportamentos paliativos (uso de Sais de Reidratação Oral- SRO pelas crianças), mas as características demográficas das mães, como idade, educação e religião tiveram maior influência sobre esses cuidados para prevenção da diarreia infantil.

As taxas de morbimortalidade por diarreia infantil ainda precisam ser alvo das intervenções de profissionais da saúde, no entanto, em suma, os principais fatores que contribuíram para redução nessas taxas, especialmente no Estado do Ceará, foram: o controle da qualidade da água para consumo humano, a terapia de reidratação oral (TRO), a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, o advento do Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por seis meses de vida (CEARÁ, 2013b).

O controle da qualidade da água para consumo por meio do tratamento doméstico é cada vez mais reconhecido como uma medida eficaz de reduzir as doenças diarreicas entre populações de baixa renda e sem acesso à água potável. Em virtude disso, ressalta-se a importância do enfermeiro como sensibilizador da população, no que se concerne ao tratamento da água para consumo, oferecendo às mães a oportunidade de conhecerem os tipos de tratamentos e sua correta utilização. Estudos randomizados realizados no Zimbábue, na África do Sul e no Camboja constataram a eficácia de filtros de cerâmica para reduzir a diarreia infantil (DU PREEZ et al., 2008; BROWN; SOBSEY; LOOMIS, 2008). Estudo randomizado controlado, realizado na Colômbia, detectou que o impacto do uso de filtros de cerâmica para o tratamento doméstico da água para consumo humano reduziu em 60% a prevalência de diarreia entre as famílias estudadas (CLASEN et al., 2005).

Além do uso dos filtros de cerâmica, outras estratégias comuns de tratamento da água são a fervura (SOUSA et al., 2013) e a cloração. Programa de higiene para prevenção de diarreia implementado no Quênia demonstrou que o uso de cloro para tratamento da água reduz o risco de diarreia infantil em 44% (GARRETT et al., 2008).

O hipoclorito é uma alternativa de baixo custo, fácil distribuição, utilização e eficaz contra a maioria das bactérias e vírus. Quando adicionado à água em recipientes bem tampados, a volatilização é mínima, além disso sua proteção residual perdura por muitas horas e dias (SOBSEY, 1989). Contudo, as limitações de desinfecção com cloro incluem eficácia limitada contra alguns parasitas, forte odor e sabor desagradável na presença de grandes quantidades de material orgânico na água a ser tratada (MINTZ et al., 2001).

Os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, devem atentar para o fato de que o uso do hipoclorito de sódio e sua distribuição gratuita pelas Unidades de Atenção Primária em Saúde (UAPS) ainda é muito desconhecida pelas famílias usuárias da unidade de saúde. Logo, torna-se necessária a disponibilização dessa informação para as mães; além da orientação do uso correto e seguro do mesmo, possibilitando empoderamento das mesmas em relação ao tratamento adequado da água. A quantidade de hipoclorito de sódio a 2,5% recomendada para o tratamento da água para consumo humano é de duas gotas para cada litro de água, deixando repousar por 30 minutos antes do uso. Em relação aos alimentos, a orientação é lavar e desinfetar os alimentos crus, como as verduras e hortaliças, com solução de hipoclorito de sódio a 2,5% durante 30 minutos, sendo a diluição recomendada uma colher de sopa (15 ml) para cada litro de água (BRASIL, 2005).

Ao considerar que a DDA é responsável, principalmente, por mortes devido à desidratação, a partir da década de 1980, as campanhas de difusão da terapia de reidratação oral foram marcantes para redução da morbimortalidade por diarreia aguda. A TRO tem como principal objetivo a reidratação oral, evitando, assim, a desidratação infantil e consequente óbito (OMS, 2009; MELLI; WALDMAN, 2009).

Estudos mostram que milhares de crianças com idade até cinco anos poderiam ser beneficiadas pelo uso da TRO. Antigamente, pela dificuldade na distribuição de sachês com sais de reidratação oral (SRO), a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendava o uso da solução sal-açúcar no domicílio (soro caseiro) como principal alternativa na prevenção da desidratação causada pela diarreia (SENA; MARANHÃO; MORAIS, 2001; OMS, 1990).

Estudo australiano detectou a hiponatremia em criança de quatro anos de idade, internada com diarreia, comprovando que a ingestão de soro caseiro preparada com concentrações inadequadas dificulta o restabelecimento do estado de saúde (HORNUNG, 1995). Sendo assim, atualmente, evita-se o uso da solução sal-açúcar, pois muitos a preparam em quantidades errôneas, sem a utilização da colher medida, podendo ocasionar a piora do quadro de desidratação infantil devido à hiponatremia.

Caso seja necessária a preparação da solução sal-açúcar no domicílio, preconiza-se a utilização da colher medida, própria para o preparo da solução. Estudo realizado por Carmo et al. (2012) avaliou a concentração de sódio e glicose no soro caseiro preparado por ACS e detectou que segundo o método de preparo, o percentual de soluções inadequadas variou entre 71,1 e 96,1%, indicando que, na prática, os ACS preparam erroneamente a solução mundialmente recomendada para o tratamento da diarreia infantil, assim como desconhecem a forma correta de preparar a mesma.

A partir disso, como forma de reduzirem-se esses problemas, a distribuição de sachês com SRO contendo a quantidade correta de sal e glicose está cada vez mais disseminada. O mesmo deve ser preparado em um litro de água fervida ou filtrada, sendo despejado seu conteúdo completo e utilizado em 24 horas. Passado esse período, o mesmo deve ser desprezado. Desta maneira, o enfermeiro deve orientar as famílias, principalmente as mães acerca da preparação do SRO, favorecendo a promoção da saúde da criança. Além disso, realizar capacitações frequentes com os ACS, com intuito de manter a atualização dos mesmos e reduzir os erros de preparação do SRO, favorecendo o uso correto deste.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi possível garantir o acompanhamento das mulheres por meio do pré-natal e estimular a prática do aleitamento materno exclusivo, favorecendo a redução da mortalidade infantil (CEARÁ, 2013b). A ESF veio facilitar o acesso ao atendimento à saúde e contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços públicos, como também determinar e investir na construção de uma nova forma de saber-fazer em saúde, no sentido de propor mudanças e superar as marcas estigmatizantes das práticas pedagógicas tradicionais e do modelo médico assistencial predominante na saúde. Nesse cenário, o enfermeiro surge como profissional essencial para o empoderamento das mães e familiares das crianças, por se destacar na função de educador dentre os demais profissionais da saúde. A ESF é composta por diversos programas, dentre eles: o Programa Nacional de Imunização, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (COSTA; MIRANDA, 2008).

Quanto ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, sabe-se que esta vitamina contribui significativamente para redução da mortalidade infantil e materna por infecção pós-parto, pois reduz a gravidade das infecções, como a infecção respiratória aguda e a diarreica, mantém a saúde ocular e é fundamental para o crescimento saudável das crianças. A suplementação é realizada em países e regiões em que a alimentação ainda deixa a desejar em termos nutricionais, sendo, no Ceará, distribuída nas consultas de rotina na atenção básica e em conjunto com campanhas de vacinação, de modo que o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A atingiu, no Ceará, coberturas de 89,84% das crianças de 6 a 11 meses em 2011 e de 94,31% em 2012 (CEARÁ, 2013b).

No que se refere ao Programa Nacional de Imunizações (PNI), formulado em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, com objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, na época, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Inúmeros avanços na área foram registrados, dentre estes, a introdução da vacina contra o rotavírus humano (VORH) no ano de 2006. Atualmente, a vacinação contra o rotavírus está disponível no SUS, com 91,24% de cobertura nacional,

favorecendo a redução da diarreia infantil e a promoção da saúde da criança (PNI, 2012; OLIVEIRA et al., 2014; ASSIS et al., 2013; SALVADOR et al., 2011).

A expansão da imunização foi fator determinante para redução da mortalidade dos menores de cinco anos no país. De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), a mortalidade na infância, no Brasil, caiu 77% entre 1990 e 2012, devido à imunização contra o rotavírus. Segundo o estudo, em 1990, a taxa de mortalidade no Brasil era 62 para cada mil nascidos vivos e, em 2012, o número caiu para 14 (BRASIL, 2009a).

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde desenvolverem ações que promovam a sensibilização e orientação das mães e cuidadoras das crianças quanto à importância da vacinação e da manutenção do calendário vacinal atualizado, de modo que estas poderão alcançar as mudanças de hábitos e promover a saúde das crianças.

Cita-se, ainda, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como de suma relevância para redução nesses índices de diarreia por ter contribuído no aprimoramento e consolidação SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O PACS apresenta como objetivo orientar mudanças comportamentais com vistas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e nas comunidades, por meio dos agentes comunitários de saúde que dentre suas funções destacam-se: o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento da vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e a orientação sobre o soro de reidratação oral (SRO) para prevenir a diarreia e a desidratação infantil (BRASIL, 2001).

Nos últimos anos, o índice de aleitamento materno exclusivo até os quatro meses passou de 47%, em 1997, para 71,4%, em 2011 (CEARÁ, 2013b). Dados da Secretaria da Saúde do Estado mostram que na proporção em que o índice de aleitamento materno aumenta, a mortalidade infantil por diarreia é reduzida (CEARÁ, 2013c).

A amamentação, além de fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho, devido ao contato proporcionado entre a mãe e o bebê, contribui para promoção do crescimento adequado e menores índices de morbimortalidade por diarreia, desnutrição, doenças respiratórias agudas (IRAS) e alergias (FERREIRA; PARADA; CARVALHES, 2007; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c; MATOS et al., 2010; ALBUQUERQUE et al., 2010).

Assim, o incentivo a uma amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança é uma ação de saúde pública que deve ser reforçada desde o pré-natal, a fim de proporcionar a redução da incidência de doenças infecciosas e alérgicas na infância (ARAÚJO et al., 2006).

O contexto biopsicossocial, no qual está inserida a mulher, é fundamental, pois, embora o ato de amamentar seja fisiológico, o mesmo é influenciado pelo estado de saúde, condição psicológica e socioeconômica da nutriz e por aqueles que se relacionam com ela diretamente (companheiro, pais, irmãos, etc.) (PARADA; CARVALHO; WINCLER, 2005).

Portanto, cabe aos profissionais de saúde, durante suas consultas e atividades educativas, orientar as mulheres e familiares acerca da importância da amamentação e dos benefícios para o binômio mãe-filho, sobretudo em relação à redução da diarreia infantil. Reconhecendo o contexto no qual a mulher está inserida, o seu conhecimento acerca do assunto e respeitando suas opiniões. Desta forma, será possível promover a saúde materno-infantil e a sua autoeficácia em amamentar, em cuidar do filho e prevenir a diarreia infantil.

O manejo e o tratamento adequado da diarreia proporcionam rápida resolatividade do caso e as mães são as principais cuidadoras dos filhos, tornando-se essenciais para promoção da saúde deles, desde que tenham conhecimento e atitude adequados. No entanto, conhecer os fatores que predispõem a diarreia não significa que haverá comportamentos melhores de saúde ou mais desejáveis, pois as mães que acreditam que podem manter os filhos saudáveis são mais propensas a realizarem comportamentos preventivos contra a doença, mesmo que não tenham conhecimento suficiente acerca dos fatores de risco da mesma (LIU, 2009).

Portanto, torna-se evidente que uma mãe pode ter conhecimento de que determinados atos previnem diarreia infantil, mas isso não garante que ela sinta-se capaz de incorporar tais práticas no cotidiano. Da mesma forma, não se deve imaginar que simplesmente um nível elevado de autoeficácia em um indivíduo, sem competência nem habilidade, possa produzir performances adequadas, pois “a confiança em si próprio não necessariamente garante o sucesso, mas a falta de confiança em si mesmo certamente produz o fracasso” (BANDURA, 1997, p. 77).

Dessa forma, a autoeficácia refere-se a um julgamento pessoal acerca da autoconfiança em adotar determinado comportamento para se alcançar um objetivo (BANDURA, 1977), logo, mulheres que apresentam autoeficácia elevada, tendem a se sentirem mais capazes de adotarem comportamentos mais saudáveis e a cuidarem melhor dos filhos.

Diante disso, além do conhecimento acerca das medidas preventivas de diarreia, é considerável empregar a autoeficácia materna nos cuidados atribuídos às crianças, visto que é um construto potencialmente modificável, passível de intervenções específicas que podem gerar melhorias no estado de saúde das pessoas, nos níveis de motivação e na adesão a comportamentos saudáveis (MARKS; ALLEGRANTE; LORIG, 2005; SALVETTI et al., 2007).

Nesse sentido, a educação em saúde torna-se a principal ferramenta a ser utilizada na difusão das medidas profiláticas contra a DDA, além de ser importante meio de inserção do conceito de autoeficácia nas orientações do enfermeiro, pois, segundo Bandura (1977), atua nas pessoas, incentivando-as a desenvolverem habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano. Além disso, Doak e Doak (1985) ressaltam que os materiais educativos devem ser construídos a partir de abordagens teóricas. A Teoria de Autoeficácia de Bandura (1989) pode ser um elemento importante para construção de materiais educativos.

Enfermeiros, como profissionais e educadores em saúde devem reconhecer que a autoeficácia é uma variável modificável que pode ser um elemento essencial para mudança de hábitos da população, principalmente no que se refere à autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil. Segundo Mendes (2012), o apoio a autoeficácia é uma atitude profissional que proporciona a manutenção e expressão da crença de que o usuário tem a possibilidade de mudar, por meio da habilidade da pessoa em escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental.

A partir disso, torna-se cada vez mais necessárias inclusão e disseminação da autoeficácia, por meio da educação em saúde e dos materiais educativos, com intuito de favorecer a mudança de atitudes e a promoção da saúde da criança e da família, sensibilizando-os a serem ativos no processo saúde-doença.

1.2 Estratégias educativas mediadas pela autoeficácia

O conceito da autoeficácia foi elaborado por Albert Bandura, a partir da Teoria Social Cognitiva, a qual explica o comportamento humano como um modelo de reciprocidade triádica, em que a conduta, os fatores pessoais internos e o ambiente externo atuam entre si como determinantes interativos e recíprocos. Nessa lógica, o comportamento humano é o resultado de uma constante interação entre o homem e o meio, de modo que o indivíduo torna-se agente e receptor das situações que ocorrem no seu meio, modificando-as e criando ambiente propício para o alcance de seus resultados; além disso, essas situações também influenciam os seus pensamentos, as suas emoções e os seus comportamentos futuros (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006; CAVALCANTI, 2009).

A autoeficácia é um mecanismo cognitivo que mede a motivação nas pessoas, nos padrões de pensamento e na conduta. As crenças de autoeficácia são definidas como um conjunto de julgamentos que cada pessoa tem sobre suas próprias capacidades em organizar e executar ações específicas em determinadas situações. Não se refere às habilidades

próprias em si, mas aos julgamentos de valor sobre o que cada um pode fazer ou se sente capaz de fazer com suas próprias habilidades (GEORGE; FELTZ, 1995; BANDURA, 1986, 1997; BLANCO, 2010).

A percepção de uma pessoa sobre sua autoeficácia em executar uma tarefa resulta em parte de um processo psicológico que envolve a sua experiência passada e o seu contexto social (BANDURA, 1986). Logo, mulheres que já vivenciaram experiências de manejo da diarreia com alguma criança ou filhos, anteriormente, irão reagir de forma diferente daquelas que nunca vivenciaram o cuidar de uma criança acometida pela doença diarreica. Do mesmo modo em que, também, serão fortemente influenciadas por outras pessoas (familiares, amigos e profissionais da saúde) e pelo contexto social o qual estão inseridas.

A autoeficácia é uma variável com uma função motivacional. A motivação se refere a fatores ligados à personalidade, às variáveis sociais e/ou às cognições que são utilizadas quando uma pessoa realiza uma tarefa para a qual é avaliada, entra em competição com outros ou tenta mostrar certo nível de domínio (BANDURA, 1991; O'LEARY, 1985; GOUVÊA, 2000). Logo, para que as mães se sintam capazes de prevenir a diarreia no filho, elas devem ter conhecimento, habilidade, além de se sentirem motivadas a desempenhar o esforço necessário para realizarem os cuidados e acreditarem que são capazes de alcançar o sucesso: prevenir a diarreia na criança.

Há dois conceitos trabalhados por Bandura: a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado. O primeiro consiste no fato de uma pessoa estar convicta de que pode executar com sucesso determinado comportamento para alcançar os resultados desejados, significa, dessa maneira, que ela tem uma expectativa de eficácia pessoal positiva e que a mesma se sente capaz de adotar o comportamento necessário para execução da atividade, ou seja, sente-se autoeficaz. Ao se adotar determinado comportamento ou ao pensar na consequência do seu ato, a pessoa apresenta expectativa de futuro, conhecida como expectativa de resultado, a qual se trata da estimativa que o indivíduo faz de que determinado comportamento conduz a determinado resultado (BANDURA, 1977).

Entretanto, não basta apenas que as mães tenham expectativas de eficácia pessoal e de resultado positivas para se obter êxito em suas ações. As mesmas devem ter, também, conhecimento e habilidade para realizar os cuidados necessários para prevenção e manejo da diarreia infantil. Assim, torna-se essencial a orientação dessas mulheres por parte dos profissionais de saúde acerca dos cuidados e manejo com a doença diarreica (JOVENTINO, 2013).

De acordo com Bandura (1977), há quatro fontes de informação da autoeficácia e, estas, podem influenciar as expectativas pessoais e de resultados de cada indivíduo de forma

diferente, dependendo do seu contexto social, das suas experiências, das pessoas que o cercam e do sucesso ou fracasso das suas ações.

A experiência pessoal é considerada a mais confiável das quatro fontes, pois se baseia na própria experiência de realização pessoal, podendo afetar o julgamento da autoeficácia por meio do processamento cognitivo de tal informação. Portanto, quanto maior o êxito na execução de uma tarefa, maior será a expectativa de eficácia (BANDURA, 1892a; 1892b). Se uma mulher conseguir realizar os cuidados necessários para evitar a diarreia no filho, terá a expectativa elevada, logo na próxima realização dos mesmos cuidados, ela se sentirá mais confiante em cuidar do filho. Porém, quanto maior o fracasso, menor será a expectativa.

O fracasso é especialmente debilitante se é experimentado durante o processo de desenvolvimento. Todavia, uma vez atingido um nível de eficácia elevado, o fracasso ocasional exerce consideravelmente menos influências na percepção da eficácia. Essas falhas ocasionais podem fortalecer a persistência automotivada, ao proporcionar a experiência de que a inclusão de maiores dificuldades pode ser superada mediante esforço superior (GOUVÊA, 2003).

A experiência vicária, também conhecida como modelagem ou modelação, trata-se de condutas aprendidas por meio da observação, do modelo de outras pessoas. A partir dessa observação, pode-se ter uma ideia de como se executam as novas condutas e, posteriormente, essa informação codificada serve como guia de nossas próprias ações e à medida que as pessoas vivenciam suas próprias experiências, elas desenvolvem gradualmente a ideia de conduta apropriada (BANDURA, 1981).

Esse tipo de experiência é menos confiável do que o da experiência pessoal e para que tenha êxito, deve-se considerar a experiência prévia da mãe acerca da tarefa a ser realizada. Quando a mulher tem pouca ou nenhuma experiência prévia sobre os cuidados para prevenção e manejo da diarreia, a autoeficácia pode ser facilmente alterada por meio da modelagem. Um indivíduo sem experiência prévia tenderá a confiar mais na experiência vicária, ou seja, se uma mulher observar outra mãe obtendo êxito na prevenção da diarreia do filho, ela terá essa mãe como modelo a ser seguido e, possivelmente, sentir-se-á capaz de cuidar do próprio filho. Outro ponto importante é que modelos semelhantes resultam em melhores resultados, ou seja, se uma mulher observa outra com características, conhecimentos, habilidades e medos semelhantes aos seus em relação à diarreia infantil, ela se identificará com o modelo e se sentirá capaz de adotar comportamento similar e obterá o sucesso na sua tarefa (BALAGUER, 1994; GOUVÊA, 2003).

A persuasão social é considerada a terceira forma de reforçar as crenças de eficácia. Consiste na persuasão verbal de uma pessoa para realizar determinado comportamento. Aqueles que são persuadidos, no sentido de que são capazes de realizar determinados comportamentos, são mais susceptíveis a realizar um esforço e mantê-lo, do que aqueles que possuem dúvidas e se fixam em suas deficiências pessoais na presença de um problema ou situação nunca vivenciada. Além disso, a persuasão promove o desenvolvimento de habilidades e o senso de eficácia pessoal (BANDURA, 1994).

Estudo realizado por Pajares e Olaz (2008) mostra que os persuasores apresentam forte influência no desenvolvimento das crenças de eficácia. Quando as persuasões são positivas podem encorajar as crenças, caso sejam negativas podem enfraquecê-las.

A última fonte envolve os estados fisiológicos (emocionais e somáticos). As pessoas dependem desses estados, em parte, para julgar suas capacidades. Segundo Bandura (1994) as pessoas consideram suas reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidade ao mau desempenho. As pessoas que têm alto senso de eficácia podem acreditar que seus estados de excitação são facilitadores do desempenho de atividades, enquanto que outras, com baixo senso de eficácia, consideram sua excitação como debilitador.

Partindo dessas prerrogativas, estudiosos em diversas áreas vêm utilizando a autoeficácia como tema central de seus estudos desde meados da década de 1990 (NUNES; NORONHA, 2009; RODRIGUES; ROSCADELLA, 2009; CASTRO et al., 2010; FONTES et al., 2010; BARDAGI; BOFF, 2010; OLIVEIRA; SOARES, 2011).

Dotd (2011), em pesquisa quase experimental, realizou intervenção educativa com puérperas de um alojamento conjunto de uma maternidade pública de referência, em Fortaleza/Ceará. No grupo intervenção, em que foi realizada a estratégia educativa com o uso do álbum seriado sobre aleitamento materno, houve aumento da autoeficácia materna em amamentar, bem como maior duração do aleitamento materno, em detrimento do grupo comparação.

Javorsky (2014), em ensaio clínico randomizado, aplicou o álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, desenvolvido e validado por Dotd (2011), em mulheres no período gestacional e observou-se associação estatisticamente significativa entre os escores de autoeficácia em amamentar e taxas mais elevadas de AME, nos primeiros dois meses de vida da criança.

Dessa maneira, reconhecendo-se a importância da autoeficácia como fator favorecedor da promoção da saúde, Joventino (2010) construiu uma escala, denominada Escala de Autoeficácia para a Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), para mensurar a

autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil e, também, possibilitar aos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, orientação de suas atividades, com dados embasados na teoria de autoeficácia materna.

A EAPDI trata-se de uma escala de Likert composta por 24 itens e dois domínios (higiene da família, com 15 itens; e práticas alimentares/gerais, com 9 itens), com IVC de 0,96 e alfa de Cronbach de 0,84, cujo padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Cada mãe, ao responder a EAPDI, pode escolher apenas uma das cinco opções referidas. Assim, os escores totais da escala podem variar de 24 a 120 pontos.

Reconhecendo que a diarreia infantil é uma patologia, cujo conhecimento e atitude de mães em relação ao adequado manejo da doença de seus filhos influenciam efetivamente na redução de suas complicações (VANDERLEI; SILVA, 2004); e que níveis elevados de autoeficácia identificados nas mães, por meio da EAPDI, mostram-se como fator protetor para a diarreia infantil (JOVENTINO et al., 2013a). Joventino (2013) construiu, validou e aplicou um vídeo educativo, considerado estratégia educativa de fácil utilização por enfermeiros, principalmente na atenção básica de saúde, intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

O mesmo foi construído à luz da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e a partir dos itens da EAPDI (JOVENTINO, 2010) e enfatiza alguns cuidados a serem realizados pelas mães em seu cotidiano, além de melhorar a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil, de modo a facilitar que as mães se sintam capazes de, mesmo diante de algumas situações cotidianas adversas, realizar atos preventivos da diarreia nos filhos (JOVENTINO, 2013).

De acordo com Pajares e Olaz (2008), alguns fatores pessoais (cognições, afetos e eventos biológicos), comportamentais e ambientais determinam as ações e interferem nas crenças de autoeficácia. Portanto, tornam-se necessárias intervenções frequentes para que se consiga um nível crescente nos escores de autoeficácia das mães, de forma que mesmo diante de adversidades ambientais, ou mesmo de influências comportamentais de terceiros, elas possam se sentir segura com relação à confiança pessoal de prevenir diarreia no filho.

Para que as mães alcancem os resultados que desejam, elas precisam acreditar que suas ações podem permitir os resultados que desejam, do contrário, terão pouco incentivo para agir ou perseverar frente às dificuldades (PAJARES; OLAZ, 2008). Desta maneira, o conceito de autoeficácia materna no cuidado à criança deve ser inserido pelo enfermeiro nas estratégias de educação em saúde relacionadas à prevenção da diarreia infantil de maneira permanente (JOVENTINO, 2010).

Joventino (2013), em ensaio clínico randomizado, após aplicação do vídeo educativo, realizou o acompanhamento de mulheres por contato telefônico durante três meses, em que se investigou a ocorrência da diarreia infantil e os escores da EAPDI. Constataram-se, em todos os momentos do estudo, escores mais elevados de autoeficácia e menor ocorrência de diarreia, ao se comparar o grupo intervenção com o grupo comparação. Com isso, infere-se que o vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” favoreceu a autoeficácia materna, sobretudo no segundo mês após intervenção (M2), por ter sido o mês em que se observou maior elevação nas médias dos escores de autoeficácia das mães investigadas. Acredita-se, portanto, na necessidade de reforços contínuos acerca da autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, evitando-se apenas uma intervenção pontual.

Destarte, o vídeo poderá ser um dos importantes recursos utilizados por enfermeiros em atividades de educação em saúde e na difusão de medidas profiláticas contra as doenças diarreicas, pois, diferentemente da maioria dos vídeos educativos produzidos no Brasil que abordam apenas a prevenção da doença, este contempla ações de cuidados para promoção da saúde da criança e família, com enfoque na autoeficácia (NASCIMENTO et al., 2014). Além disso, o seu uso pode favorecer a aquisição de comportamentos saudáveis, a redução de gastos com internamentos e do tempo utilizado para estratégias de educação em saúde, o alcance de maior demanda e, conseqüentemente, diminuição das taxas de morbimortalidade infantil por diarreia (JOVENTINO, 2013).

Entretanto, mesmo com a constatação da relevância do vídeo educativo, para que a autoeficácia materna apresente resultados mais satisfatórios, Joventino (2013) sugeriu a realização de estudos que avaliem o impacto do uso dessa tecnologia educativa aliada às orientações dos profissionais de saúde, visto que a mesma deve ser utilizada pelo profissional de forma complementar as atividades desenvolvidas junto à clientela, sendo uma ferramenta de apoio para reforçar as orientações. Tendo em vista que a tecnologia jamais deverá superar a função do enfermeiro na sua relação dialógica com seus pacientes, pois o contato paciente-cliente é essencial e insubstituível para o processo educativo.

A roda de conversa trata-se de uma técnica de pesquisa semelhante ao grupo focal, por possibilitar a participação ativa dos envolvidos no processo. Permite a expressão da opinião dos participantes acerca da temática, além de trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO; CRUZ, 2014). Conforme Iervolino e Pelicioni (2001), a roda de conversa refere-se à interação entre o pesquisador e os participantes do estudo, por ser uma espécie de entrevista de grupo, em que há a possibilidade de discussão

focada em tópicos específicos, na qual os participantes são incentivados a emitirem opiniões sobre o tema de interesse.

A roda de conversa por ser fundamentada na relação dialógico-dialética entre educador e educando, favorece a educação problematizadora, pois visa formação de um sujeito crítico e participativo, cuja relação existente entre mediador e participantes torna-se horizontal, havendo, assim, troca de conhecimentos e experiências entre eles, possibilitando aprendizado mútuo e contínuo (FREIRE, 2002).

Portanto, essa comunicação entre enfermeiro e paciente torna-se indispensável, na assistência à saúde, por ser o principal meio de veiculação do processo educativo, além de favorecer a confiança e vinculação do usuário ao serviço de saúde (HADDAD et al., 2011).

O vídeo, a cartilha, o álbum seriado são tecnologias educativas duras que podem ser importantes para promoção da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, entretanto, deve ser trabalhada em paralelo com o diálogo, o vínculo enfermeiro-paciente, a educação em saúde, por serem tecnologias leves capazes de melhorar o vínculo, a saúde dos pacientes e o processo educativo (PEREIRA et al., 2014; MERHY, 2002).

Revisão integrativa realizada por Alves (2013), com intuito de avaliar a eficácia dos vídeos educativos utilizados para promoção da saúde da criança constatou que apesar de 85,71% (n=6) dos estudos terem apresentado eficácia no uso do vídeo como estratégia de promoção da saúde da criança, se os mesmos fossem apresentados mais de uma vez ou em associação com outra estratégia educativa, possivelmente, poderiam ter alcançado maior eficácia.

Dentre os sete artigos encontrados, três (42,8%) utilizaram o vídeo educativo associado à outra estratégia educativa: o primeiro utilizou o vídeo educativo combinado ao ensaio único comportamental (encenação) para ensinar crianças acerca da autoproteção contra sequestro, sendo eficaz no ensino de cerca de 75% das crianças; o segundo utilizou o vídeo educativo associado à palestra para ensinar o uso seguro de pesticidas por famílias de agricultores, houve uma melhora imediata e sustentada no conhecimento e prática das famílias; o terceiro o vídeo educativo foi associado a um folheto educativo em relação ao manejo da febre por pais de recém-nascidos, os participantes relataram que a abordagem associada foi positiva e teve efeitos benéficos. A partir disso, infere-se que o vídeo educativo é uma ferramenta útil para ser utilizada nas atividades educativas desenvolvidas pelo enfermeiro, entretanto, o mesmo deve ser utilizado de forma a complementar as orientações do profissional, como meio de compartilhamento educativo mais dinâmico e interativo (ALVES, 2013).

O uso das estratégias educativas pela enfermagem é significativo para promoção da saúde da criança e da família, desde que utilizadas adequadamente pelo profissional, ou seja, o enfermeiro deve se sobrepor ao vídeo educativo e deve reconhecer no paciente, um ser humano pertencente a um contexto histórico, social, cultural e participante autônomo das suas decisões para promoção da saúde. Desta forma, o cuidado prestado será eficaz e de qualidade para aqueles que o recebem (JOVENTINO et al., 2011; AIRES, 2012).

Apesar de a diarreia ser uma enfermidade multifatorial, os enfermeiros têm oportunidades únicas para reduzir a morbimortalidade associada a esta patologia, possibilitando, além do tratamento, a prevenção primária. A exemplo disso, na Etiópia e no Haiti, enfermeiros têm se destacado com o papel abrangente em prol de promover o empoderamento da comunidade, por meio da educação para saúde, no que diz respeito ao saneamento básico. Os autores afirmam que enfermeiros podem salvar muitas vidas através da incorporação de estratégias de higiene e saneamento em sua prática, reforçando os esforços de outras pessoas e incentivando-as a assumirem papéis de liderança (WAKE; TOLESSA, 2012), bem como estimulando a autoeficácia para prevenção da diarreia infantil na população em geral.

Dessa forma, diversos estudos abordaram a importância da associação da tecnologia dura (bomba de infusão, instrumentos de coleta de dados, monitores cardíacos e jogo educativo) com a leve (vínculo, comunicação enfermeiro-paciente, comunicação terapêutica e práticas religiosas populares) para obtenção de resultados favorecedores de saúde, além de proporcionar a relação horizontal entre profissional e paciente, o atendimento de qualidade e humanizado (OLIVEIRA et al., 2009; MARQUES; SOUZA, 2009; HADDAD; AMMADO, 2011; ALVES et al., 2013; RAMOS, 2013).

Reconhecendo a relevância dessas estratégias, procedeu-se ao seguinte questionamento: a utilização do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliada à roda de conversa mediada pelo enfermeiro poderão influenciar de que forma nos níveis de autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil?

Diante do exposto, a relevância do presente estudo encontra-se associada ao benefício do uso de uma tecnologia educativa por profissionais de saúde para promoção da autoeficácia das mães sobre diarreia infantil, que poderá contribuir para o estabelecimento do vínculo entre o profissional e as mães das crianças acometidas ou não pela diarreia, permitindo relação dialógica entre ambos. A possibilidade de realizar uma intervenção educativa que combine o vídeo educativo e a roda de conversa para auxiliar enfermeiros nas orientações sobre a prevenção da diarreia em crianças e os cuidados necessários, pode implicar aumento do empoderamento de mães sobre a temática, tornando-as capazes de

cuidar dos filhos de forma eficaz e segura. Assim como proporcionar a melhora do atendimento a essas mães na atenção primária à saúde, favorecendo a promoção da saúde das crianças e reduzindo, conseqüentemente, o número de pacientes nas filas de espera nas instituições hospitalares, cujo foco principal é o atendimento dos casos que não podem ser resolvidos na atenção primária.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil antes e após uma intervenção educativa combinada.

2.2 Específicos

- Verificar a associação entre as médias da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil, segundo as variáveis sociodemográficas e sanitárias antes e após intervenção educativa combinada;

- Identificar a ocorrência do episódio diarreico em crianças, até dois meses, após participação de mães na intervenção educativa combinada.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo quase experimental, do tipo antes e depois, com grupo único. Este tipo de estudo envolve uma intervenção sem que haja randomização, podendo, também, não haver grupo controle, como se optou na presente pesquisa. Logo, cada participante torna-se seu próprio controle para avaliação da intervenção (POLIT; BECK, 2011; HULLEY et al., 2008; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Os quase experimentos têm sido utilizados com certa frequência em pesquisas da Enfermagem: Dodt et al. (2013) aplicou um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar com puérperas de uma maternidade de referência em Fortaleza (CE); Aires (2012) avaliou a efetividade do processo de capacitação de enfermeiras para aplicação do álbum seriado sobre alimentos regionais; Otero; Zanetti; Ogrízio (2008) avaliaram o conhecimento de pacientes diabéticos acerca da doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes; Alvarez (2009) analisou os resultados da aplicação de uma intervenção educacional com uso de um objeto virtual simulado da dor aguda na aprendizagem de estudantes de graduação em enfermagem e Coimbra (2004) verificou o conhecimento dos conceitos de erros de medicação entre auxiliares de enfermagem, antes e após a implantação de uma oficina de capacitação.

Neste estudo, foi realizada uma intervenção, na qual se utilizaram duas tecnologias educativas: vídeo educativo e roda de conversa. Assim, o vídeo educativo foi apresentado aliado à roda de conversa mediada pela pesquisadora a partir do construto teórico da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Desse modo, a pesquisa avaliou a eficácia da utilização do vídeo educativo intitulado “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” e da roda de conversa após apresentação deste. Esta abordou os domínios de higiene da família e práticas alimentares/gerais da Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), além das quatro fontes de autoeficácia de Bandura (1997), sendo aplicada em sessão educativa grupal com as mães, visando analisar o impacto da estratégia combinada nos seguintes desfechos: a) escores de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil logo após a intervenção e nos dois meses de acompanhamento, por contato telefônico das mães de crianças; b) diminuição na ocorrência dos episódios diarreicos no primeiro e segundo mês de acompanhamento, por contato telefônico das mães de crianças.

Optou-se pela abordagem grupal pelo fato de a experiência vicária representar uma fonte relevante de autoeficácia conforme Bandura (1977). Através desta, as mães têm a oportunidade de se observarem ao longo da sessão educativa podendo identificar modelos a serem seguidos, favorecendo que se sintam capazes de prevenir a diarreia infantil assim como outras mães. Portanto, ao observarem mães que vivem em condições socioeconômicas e sanitárias semelhantes a delas, que passam pelas mesmas dificuldades em relação ao cuidado dos filhos, estas poderão se espelhar nas outras e buscar a adoção de comportamentos de promoção da saúde.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em Fortaleza (CE), cidade dividida em seis Secretarias Regionais (SR), que são subsecretarias com suporte técnico e autonomia financeira e administrativa. Cada SR possui Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), portas de entrada no sistema de saúde hierarquizado, que contam com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento da população adstrita de suas respectivas UAPS (FORTALEZA, 2014).

Optou-se por investigar, no presente estudo, duas unidades de saúde, uma pertencente a SR III (UAPS) e a outra a SR V (CEDEFAM), que apresentam, respectivamente, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,218 e 0,135, sendo classificadas como áreas de IDH baixo, ou seja, com perfis carentes de dispositivos sociais básicos, como moradias adequadas, saneamento básico, educação, emprego e renda. A classificação do IDH baseou-se nos seguintes parâmetros: Baixo (0-0,499); Médio (0,500-0,799); Alto (0,800-1) (FORTALEZA, 2013).

As referidas SR foram escolhidas pelo IDH semelhante e elevado número de crianças que apresentaram diarreia infantil nos últimos anos. Entre os anos de 2012 a 2014, a SR III apresentou 2.062 casos de diarreia infantil, sendo 2.026 na faixa etária de 1 a 5 anos e a SR V, 6.409 casos, dentre estes, 5.101 nessa mesma faixa etária (FORTALEZA, 2014).

A SR III abrange 17 bairros de Fortaleza, dentre eles o bairro do Pici, o qual foi escolhido para o estudo. Optou-se por trabalhar no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual possui convênio com a Universidade Federal do Ceará (UFC), através da Pró-Reitoria de Extensão, e com a prefeitura de Fortaleza. O mesmo é dividido em três unidades: Unidade do Cuidado de Enfermagem (UCE); Unidade Odontológica e Unidade de Farmácia-viva. A UCE presta serviço por meio do acompanhamento da saúde de famílias,

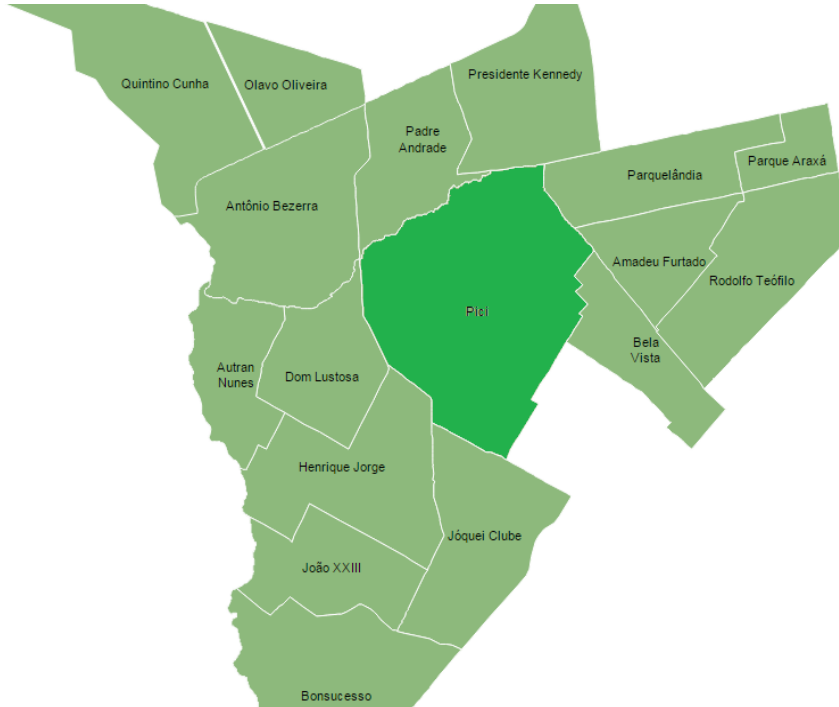
com consultas de enfermagem que abrange o atendimento de pré-natal, prevenção ginecológica, planejamento familiar, consulta ao idoso e puericultura.

O incentivo à pesquisa e ao desenvolvimento científico também são pontos fortes da dinâmica da unidade, visto que os profissionais se disponibilizam a contribuir para o crescimento da Enfermagem e da própria assistência do local, sobretudo devido ao vínculo com a UFC.

A realização da intervenção educativa ocorreu na Escola Presidente Vargas, pois as salas da UAPS selecionada pelo estudo estavam sendo utilizadas por profissionais de saúde nos atendimentos de rotina. O diretor responsável pela escola foi contatado previamente, tendo disponibilizado o auditório, com intuito de proporcionar ambiente adequado (silencioso, climatizado e capaz de comportar os equipamentos utilizados) para realização da sessão educativa. A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2014.

A seguir, o mapa representativo dos bairros de abrangência das SR que foram incluídos no estudo.

Figura 1- Mapa da Secretaria Regional III. Fortaleza, 2014.



Fonte: Prefeitura de Fortaleza.

Figura 2- Mapa da Secretaria Regional V. Fortaleza, 2014.



Fonte: Prefeitura de Fortaleza.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi, inicialmente, composta por 81 mães de crianças com idade de zero a cinco anos, cadastradas na referida UAPS e CEDEFAM e resididas nos bairros selecionados para o estudo: Presidente Vargas (28 mães) e Pici (53 mães).

A amostragem foi por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mães com pelo menos um filho (a) com idade inferior a cinco anos, devendo este ser acompanhado nas referidas unidades de saúde selecionadas.

Os critérios de exclusão adotados foram: mães de crianças diagnosticadas com intolerância à lactose, alergia à proteína do leite de vaca e mães que possuíssem alguma limitação cognitiva que as impedissem de participar da intervenção educativa ou impossibilitasse-as de responderem à escala utilizada, além de mães que não tinham número de telefone para contato.

Os critérios de descontinuidade adotados foram: desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados; mudança de número de telefone sem comunicação prévia aos pesquisadores e caso não se obtivesse o contato com as mesmas; e falecimento da mãe ou da criança durante o transcorrer do estudo. Ressalta-se que a descontinuidade com impossibilidade de manter o contato se deu da seguinte forma: realizaram-se tentativas de contato por ligações telefônicas por cinco dias, caso não se obtivesse êxito, a participante era descontinuada do estudo.

Para o presente estudo, a amostra foi calculada a partir da fórmula baseada no teste de Qui-quadrado de McNemar. Esta é utilizada para analisar frequências (proporções) de duas amostras relacionadas, isto é, que tem como objetivo avaliar a eficiência de situações “antes” e “depois”, em que cada indivíduo é utilizado como próprio controle (ARANGO, 2009; MIOT, 2011). Os valores são padronizados, conforme a fórmula. A mesma está apresentada a seguir:

$$nP = \frac{(Z_{\alpha/2} + 2 \cdot Z_{\beta} \cdot \sqrt{p_a \cdot q_a})^2}{4 \cdot p_d \cdot (p_a - 0,5)^2}$$

onde:

nP = número de pares

$Z_{\alpha/2}$ = valor do erro α , usualmente: 1,96 (5%)

Z_{β} = valor do erro β , usualmente: 0,84 (20%)

p_a = proporção dos pares discordantes para grupo 1, usualmente: 0,2

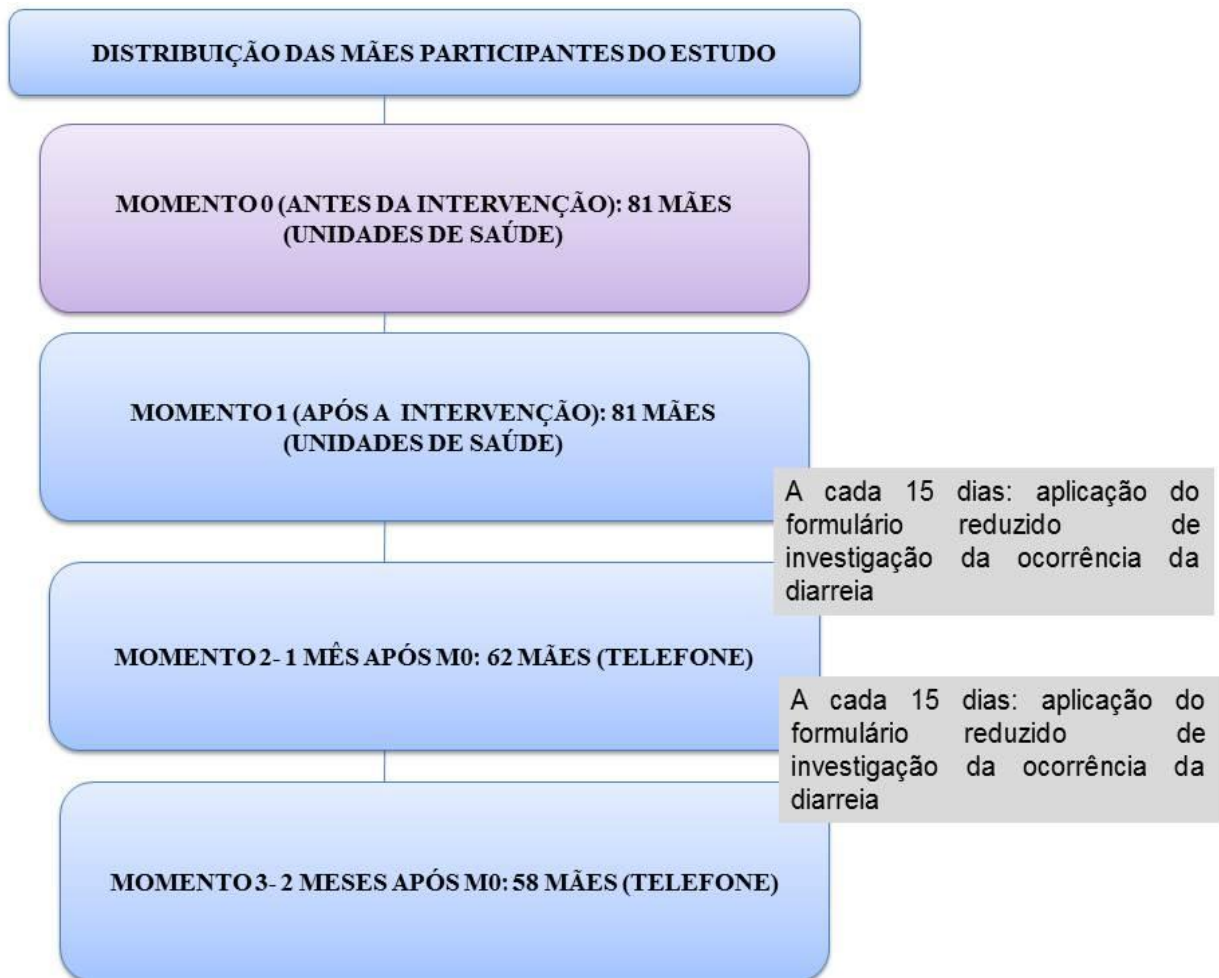
q_a = proporção dos pares concordantes para grupo 1, usualmente: 0,8

p_d = soma dos pares discordantes dos dois grupos, usualmente: 0,4

A coleta de dados, propriamente dita, deveria ser realizada com uma amostra de 48 mães de crianças menores de cinco anos de idade, as quais atenderam aos critérios de seleção, entretanto, por considerar-se as possíveis perdas amostrais, por tratar-se de estudo longitudinal, a amostra foi constituída por 81 mulheres inicialmente. Assim como no estudo quase-experimental realizado por Valente (2014).

A seguir, a Figura 3 ilustra a distribuição do número de mulheres participantes do estudo ao longo dos momentos da pesquisa.

Figura 3- Fluxograma de distribuição das mães participantes em cada momento do estudo. Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração da autora.

3.4 Instrumentos

Para coleta de dados, foi utilizada a Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), construída e validada por Joventino (2010), cujo intuito é avaliar o nível de autoeficácia das mães na habilidade em prevenir a diarreia infantil. A mesma teve sua construção embasada na Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e pode ser utilizada por profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, para que possam embasar intervenções e orientações a uma população específica (ANEXO A).

A EAPDI é composta por 24 itens contendo os seguintes fatores/domínios: higiene da família, com 15 itens e práticas alimentares/gerais, com 9 itens. O padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores totais da escala variam de 24 a 120 pontos, em que as mães com maior pontuação possuem elevada autoeficácia, ou

seja, são aquelas que têm maior confiança na habilidade para prevenir diarreia em seu filho (JOVENTINO et al., 2013a).

Também foi utilizado formulário elaborado e validado por Joventino (2010), o qual aborda o perfil sociodemográfico das participantes (idade, escolaridade, renda familiar, condições higiênico-sanitárias) e dados relacionados às variáveis clínicas (imunidade contra o rotavírus, paridade materna, experiência prévia no aleitamento materno e ocorrência da diarreia entre as crianças participantes do estudo) (ANEXO B).

Além disso, para coleta por contato telefônico, foi utilizado formulário reduzido de investigação da diarreia, o qual possui 22 questões, abordando a ocorrência recente de diarreia na criança (ANEXO C). Esta etapa da coleta de dados ocorreu quinzenalmente no decorrer dos dois meses de acompanhamento para se reduzir o viés recordatório ou de memória. Logo, a pesquisa contou, no total, com quatro contatos telefônicos com cada mãe participante do estudo.

3.5 Coleta de dados

Considerando os critérios de seleção da amostra, as mães acompanhadas na UAPS do bairro Presidente Vargas foram selecionadas por meio da Ficha A (ANEXO D), instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde, preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Somente as mães que atenderam aos critérios de seleção do estudo foram previamente convidadas a participarem do mesmo através da visita domiciliária (VD) realizada pelo ACS, os quais entregaram uma carta convite a essas mães (APÊNDICE A), informando data e horário que deveriam se dirigir à Escola Presidente Vargas para realização da intervenção educativa e coleta de dados. No que se refere às mães acompanhadas no CEDEFAM, a participação das mesmas ocorreu de acordo com o preenchimento dos critérios de seleção, cuja avaliação se deu pelo prontuário das famílias agendadas para consulta de puericultura, pré-natal e planejamento familiar; sendo as mesmas convidadas a participarem da sessão educativa grupal no momento em que esperavam o atendimento na unidade de saúde. Foi utilizado o auditório do CEDEFAM para aplicação da sessão educativa, pois o mesmo constitui-se de uma sala climatizada, com espaço adequado para utilização do aparato tecnológico e recepção das mães.

Previamente à realização da coleta de dados, a equipe de trabalho, que foi composta pela pesquisadora e por sete acadêmicas de enfermagem e duas enfermeiras, integrantes do grupo de pesquisa “Promoção da saúde da criança e da família”, foi treinada e

habilitada para aplicar os dois formulários (sociodemográfico e investigação da diarreia), bem como a EAPDI tanto no encontro presencial como por contato telefônico.

Além disso, receberam os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para aplicação dos instrumentos nos diferentes períodos da pesquisa, os quais foram elaborados por Joventino (2013) (ANEXOS E; F; G; H) e realizadas reuniões quinzenais com todos os envolvidos para discutir o andamento da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu em três etapas: na **primeira etapa**, foi realizada uma entrevista com cada mãe, em uma sala reservada antes da intervenção educativa, convidando-as para participar da pesquisa. Após o aceite de participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), foram aplicados a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil – EADPI e o formulário sociodemográfico das famílias selecionadas, com tempo de duração de, aproximadamente, 20 minutos, sendo 6 minutos para a EADPI e 14 minutos para o formulário sociodemográfico, segundo o estudo desenvolvido por Joventino (2010).

É oportuno salientar que logo no início do primeiro contato com as mães na UAPS e CEDEFAM, foi esclarecido sobre a continuidade do estudo por contato telefônico realizado quinzenalmente, de acordo com a disponibilidade de horário da participante. Neste momento, as mães receberam uma pasta contendo a segunda via do TCLE e uma cópia da EADPI, que foi utilizada por elas no momento da entrevista por telefone, com intuito de facilitar o acesso às informações que foram coletadas durante o acompanhamento.

Destaca-se que com entrega deste material pretendia-se reduzir o viés de memória e facilitar o entendimento dos itens da escala por parte das mães participantes do estudo (JOVENTINO, 2013; JARVOSKY, 2014).

Após a coleta inicial dos referidos dados com o preenchimento do formulário e da EADPI, cada grupo de mães participou da atividade educativa que correspondeu à aplicação do vídeo, o qual teve duração de 16 minutos e 20 segundos e posterior roda de conversa mediada pesquisadora, que teve duração média de 10 a 15 minutos. Sendo respeitada à singularidade das mesmas e a dinâmica natural de cada grupo.

O vídeo foi elaborado de acordo com os domínios da EADPI (higiene da família e práticas alimentares/gerais), sendo abordados no vídeo todos os aspectos mencionados nos 24 itens da referida escala. Salienta-se que o mesmo aborda as quatro fontes de autoeficácia de Bandura: as experiências de êxito pessoal, as experiências vicárias, a persuasão verbal e os estados fisiológicos que influenciam a percepção de autoeficácia, porém é a integração dessas crenças no modelo cognitivo do indivíduo que determina a autoeficácia (BANDURA; ADAMS; BAYER, 1977). Logo, cada cena foi embasada em uma ou mais fontes de

autoeficácia, por exemplo, nas falas da enfermeira que, predominantemente, buscam por meio da persuasão verbal elevar a autoeficácia das mães expectadoras do vídeo (JOVENTINO, 2013).

O vídeo tem como protagonista: Luiza, mãe do Mateus, criança em idade pré-escolar acometida pela diarreia. Além dela, há duas co-protagonistas: a Maria, mãe do Pedro (lactente) e Dra Emanuella (enfermeira da UAPS). Como personagens secundárias, o vídeo mostra outras mães de crianças menores de cinco anos, Antônia e Sandra. Há também o Mateus (filho de Luiza) e alguns figurantes entre adultos (mães) e crianças. As cenas fictícias se aproximam da realidade das famílias do público-alvo, assim como o figurino das personagens principais que demonstram a simplicidade no vestir das pessoas da comunidade. As principais cenas ocorrem em três cenários: casa da Luiza, arredores da casa de Luiza (rua e mercearia) e UAPS (JOVENTINO, 2013).

Além de expor experiências reais de como as mães cuidam dos filhos no dia-a-dia, as cenas do vídeo mostram a troca de informações entre elas, tanto na comunidade quanto na roda de conversa educativa realizada na UAPS. Nessa roda de conversa, as mães contam com a ajuda da enfermeira Dra Emanuella, a qual orienta e esclarece as dúvidas delas de modo que se sintam capazes de realizar em seu cotidiano as medidas preventivas da doença. O vídeo inicia com a Luiza ao lado do filho (Matheus), acometido pela diarreia, e termina com o mesmo saudável, brincando e servindo de exemplo para as outras mães e com o depoimento de Maria, explicitando que ela se sente capaz de evitar a diarreia nos filhos (JOVENTINO, 2013).

Ressalta-se ainda que a tecnologia passou por um rigoroso processo de validação do roteiro do vídeo, por meio da avaliação de 23 juízes de conteúdo (profissionais da saúde) e cinco juízes técnicos (da área da comunicação). Acerca da avaliação geral do vídeo, verificou-se que 12 (52,2%) juízes de conteúdo aprovaram o vídeo e que 11 (47,8%) aprovaram com modificações. Quanto aos juízes da área técnica, a maioria (60%) considerou o vídeo aprovado com modificações, enquanto que dois (40%) julgaram-no simplesmente como aprovado. Sendo respeitadas e realizadas as alterações sugeridas pelos mesmos (JOVENTINO, 2013).

Além disso, Vasconcelos (2014) realizou a validação de conteúdo do vídeo educativo com sete juízes da área de enfermagem com experiência nas temáticas de diarreia infantil, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, doenças infecciosas e parasitárias. A pesquisadora utilizou instrumento adaptado e validado, denominado *Suitability Assessment of Materials* (SAM), ou seja, Avaliação da Adequação de Materiais, composto por quinze itens inclusos em cinco fatores que contemplam os seguintes domínios de avaliação:

conteúdo; linguagem adequada para população; ilustrações gráficas; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação e adequação cultural. Constatou-se que o vídeo educativo foi considerado com nível superior por todos os juízes, pois atingiu 92,3% de aprovação total, variando de 73,3% a 100% de concordância nos escores dos itens contidos no SAM, indicando, assim, excelente nível de aprovação entre os juízes.

A exposição do vídeo foi realizada em sala reservada, na escola e no CEDEFAM, por meio de um aparelho multimídia, um notebook e uma caixa de som. Sendo apresentado, no máximo, para dez expectadores por sessão, de acordo com recomendações de Vasconcelos (2008). Cada grupo de participantes teve a oportunidade de assistir ao vídeo educativo apenas uma vez, e após esta apresentação, a pesquisadora realizou a roda de conversa com as mães, a partir das orientações contidas no vídeo educativo, por meio de uma apresentação no *Microsoft Power Point 2010*, com as cenas abordadas no vídeo e os respectivos tópicos da EAPDI, conforme orientações do Procedimento Operatório Padrão (POP) (APÊNDICE C), o qual assegurou o tratamento semelhante para toda a amostra do estudo. Essa fase do estudo correspondeu à **segunda etapa** do estudo.

Além disso, a proposta da roda de conversa ocorreu mediada pelo POP, no qual contém um *check-list* com o passo a passo a ser seguido pela pesquisadora em relação ao comportamento adotado desde o início da sessão educativa até a saída das mulheres da sala (APÊNDICE D), as questões norteadoras (APÊNDICE E) e as cenas a serem trabalhadas na orientação (APÊNDICE F). A princípio, houve apresentação da pesquisadora com nome, o objetivo do momento da sessão educativa, assim como orientações acerca da duração do vídeo, o que seria abordado no mesmo e que as possíveis dúvidas que fossem surgindo ao assistirem ao vídeo, poderiam ser sanadas ao término do mesmo, durante a roda de conversa. Em seguida, houve exposição do vídeo educativo. Após o término deste, foi dada continuidade à sessão educativa, com a exposição no *Microsoft Power Point 2010* das imagens das cenas abordadas no vídeo e os seus respectivos itens da EAPDI.

As cenas foram trabalhadas conforme a necessidade do grupo, questionamentos, experiências das participantes e interesse demonstrado por elas durante a exposição do vídeo. Caso não surgissem questionamentos ou manifestação por parte das mulheres nesse momento, optou-se em abordar as cenas cujos escores da escala encontraram-se com pontuação menores no estudo de Joventino (2013) ou os itens com pontuação menores referentes à aplicação da EAPDI antes da intervenção educativa (APÊNDICE C). Assim foi possível identificar as cenas mais importantes para a discussão com o grupo, direcionando a ação educativa da pesquisadora. Essa mesma estratégia foi utilizada por Jarvovski (2014), ao

realizar a aplicação do álbum seriado "Eu posso amamentar meu filho", com 112 gestantes no terceiro trimestre de gestação para promoção da autoeficácia delas em amamentar.

As cenas com menores escores foram as referentes aos seguintes itens da EAPDI: 01. Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições; 02. Eu sou capaz de lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 03. Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno por mais de seis meses de vida do meu filho ou exclusivo durante os primeiros seis meses de vida dele; 04. Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca; 05. Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.

A abordagem da pesquisadora durante as orientações na roda de conversa foi embasada pelas quatro fontes de autoeficácia citadas anteriormente. A mesma trabalhou com as participantes de maneira semelhante à abordada no vídeo educativo, por meio da escuta dos diálogos entre as mães, das experiências pessoais de cada uma, por meio da experiência vicária ou modelação. Foi permitido às mães expressarem opiniões acerca do vídeo e dos assuntos abordados. Além da persuasão verbal que foi constantemente utilizada pela pesquisadora durante a interação, a mesma destacou as cenas e os itens da escala, por exemplo, na cena 6, a enfermeira menciona que "o primeiro cuidado é manter a higiene dos seus filhos (...)" e Antônia refere que suas filhas nunca tiveram diarreia porque em sua casa todo mundo lava as mãos com água e sabão (...) antes de comer; correspondendo ao item 1 da escala que se refere à lavagem das mãos antes das refeições (APÊNDICE B).

A pesquisadora acompanhou o ritmo de cada grupo, conforme os questionamentos fossem surgindo, eram abordados os tópicos de determinada cena. A experiência pessoal esteve bastante presente nas falas das mulheres ao relatarem as experiências cotidianas ao prestar os cuidados aos filhos, assim como a experiência vicária, pois no momento que as mães falavam, as demais as escutavam e observavam, ou seja, serviam de modelo para as outras.

A persuasão verbal pela pesquisadora foi explorada constantemente, com a intenção de mostrar as mães que elas eram capazes de realizar aqueles cuidados, assim como a protagonista (Luiza) do vídeo foi capaz de adotar todos os cuidados para cuidar do filho doente, elas também seriam; pois elas a partir dali estavam conhecendo e aprendendo a realizar corretamente os cuidados preventivos para a diarreia.

Ao final da sessão educativa, a pesquisadora enfatizou sobre a segunda aplicação da escala ao saírem da sala e a continuidade do estudo por contato telefone, quinzenalmente, durante dois meses.

Em relação à aplicação da escala após a intervenção educativa, a pesquisadora não participou, pois a mesma poderia influenciar as respostas maternas, devido ao contato prévio durante a exposição do vídeo e a roda de conversa.

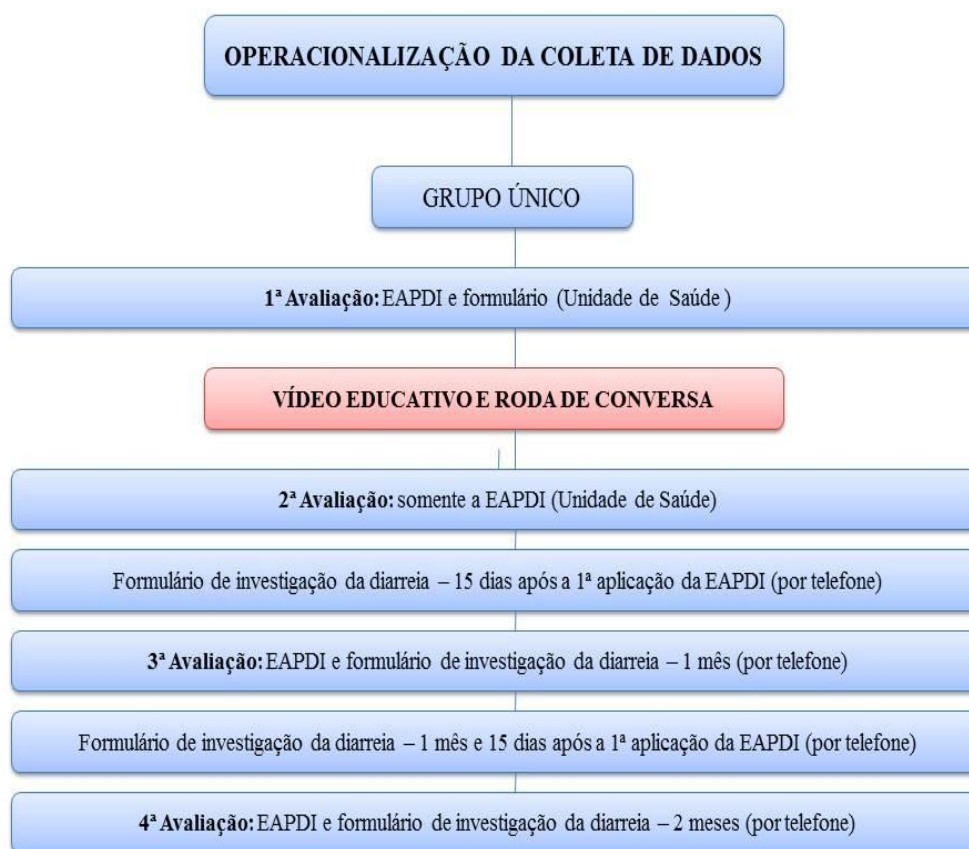
A **terceira etapa** do estudo correspondeu ao acompanhamento das mães durante dois meses, a partir de quatro contatos telefônicos com intervalos quinzenais. Ressalta-se que a primeira ligação para as mães selecionadas aconteceu 15 dias após o primeiro encontro presencial na escola e no CEDEFAM com a atividade educativa. Para tanto, esta entrevista ocorreu a partir de um contato telefônico em que foi aplicado o formulário reduzido de investigação da diarreia quinzenalmente, enquanto que a aplicação da EAPDI ocorreu mensalmente.

De acordo com a data prevista para coleta, foram realizadas as ligações no horário pré-estabelecido pelas participantes, caso não se obtivesse resultado satisfatório, foi realizada nova ligação no outro dia, no mesmo horário escolhido pelas mães. Procurou-se fazer, no mínimo, três tentativas diárias para entrar em contato com as mães do estudo, pelo menos em cinco dias consecutivos.

A adequação da utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas está sendo empregada há algum tempo, como demonstrado em estudo sobre a comparação de dois métodos educativos no pré-natal realizada por Sheehan (1999); e em estudo mais recente de Dodt (2011) que elaborou e validou uma tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. A mesma estratégia também foi usada por Lin et al. (2008) para investigar os efeitos de um programa de educação pré-natal em amamentação em mulheres que foram submetidas à cesariana, em Taiwan.

A representação gráfica das etapas da pesquisa encontra-se detalhada na Figura 4.

Figura 4- Fluxograma representando os momentos do estudo. Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaboração da autora.

3.6 Estudo piloto

O estudo piloto tem sido fortemente recomendado para pesquisas que envolvem novos instrumentos, pois permite que o pesquisador planeje a pesquisa de maneira mais otimizada, poupando-se tempo. Além disso, o estudo piloto ajuda a detectar possíveis problemas e a proporcionar alterações adequadas antes do início do estudo principal (HULLEY et al., 2008).

Em julho de 2014, a pesquisadora recebeu orientações da autora do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” para aplicação do mesmo. A capacitação foi realizada com mães de crianças menores de cinco anos do CEDEFAM; na ocasião, uma acadêmica de enfermagem previamente treinada observou a pesquisadora aplicar o vídeo educativo e as orientações às participantes.

Participaram do estudo piloto seis mães que aguardavam o atendimento na unidade. Os resultados permitiram realizar os ajustes necessários nos instrumentos, bem como possibilitaram à pesquisadora desenvolver e melhorar habilidades para aplicação da tecnologia educativa. Estes procedimentos garantiram maior segurança e rigor metodológico

na coleta de dados. Vale salientar que os dados coletados durante essa fase do estudo não foram utilizados e que essas seis mães não participaram da amostra da pesquisa principal.

3.7 Análise dos dados

O banco de dados foi desenvolvido no Excel 2010 *for Windows*, posteriormente, procedeu-se à exportação dos dados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 20, para se realizar as análises.

A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão, apresentados por meio de tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema.

Os grupos foram comparados na linha de base (M0), logo após a intervenção educativa (M1), um mês após a intervenção (M2) e dois meses após (M3), em análises separadas. Para todas essas comparações, foram utilizados os testes qui-quadrado (variáveis categóricas) e o teste ANOVA (variáveis contínuas), considerando um alfa crítico de 0,05, além de Razão de Chance e Intervalo de Confiança.

3.8 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado, conforme parecer número 106/12. Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, no que concerne à autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2012b). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes recrutados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à caracterização da amostra no que se refere aos aspectos sociodemográficos, observou-se predominância de mães na faixa etária de 20 a 29 anos (N= 33; 56,9%), com parceiros (N=38; 65,5%), com escolaridade superior a oito anos de estudos (N=36; 62,1%), e que exerciam somente atividades do lar (N=41; 74,5%).

Ressalta-se que prevaleceram famílias com renda mensal de até dois salários mínimos (N=53; 91,4%) e com média de quatro a cinco pessoas residindo no mesmo domicílio (N=22; 37,9%). Metade das mães possuía mais de um filho (N= 29; 50%) e do sexo masculino (N= 29; 50%).

Na Tabela 1, analisou-se a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil e as variáveis sociodemográficas, comparando-se as médias da EAPDI, no momento inicial (1ª aplicação na unidade de saúde- antes da intervenção), no momento 1 (2ª aplicação na unidade de saúde- após a intervenção), no momento 2 (3ª aplicação - 1 mês depois) e no momento 3 (4ª aplicação - 2 meses depois).

Tabela 1 - Comparação das médias dos escores da EAPDI nos momentos de acompanhamento, segundo as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2015.

Variáveis	N	%	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Valor p
			Média (EPM)	Média (EPM)	Média (EPM)	Média (EPM)	
Faixa etária (Anos)							
Até 19	5	8,6	110 (3,2)	116 (2,9)	112 (9,1)	111 (8,8)	0,524
20 a 29	33	56,9	111,9 (6,8)	115,9 (5,3)	113,5 (8)	115,2 (6,6)	0,072
30 ou mais	20	34,5	110,8 (7,3)	116 (5,6)	116 (5)	117,2 (3,9)	0,002
Estado civil							
Com parceiro	38	65,5	112,1 (6)	116,3 (4,5)	114,2 (7,3)	116,8 (5,1)	0,002
Sem parceiro	20	34,5	110 (7,8)	115,3 (6,4)	114,2 (7,1)	113,3 (7,3)	0,123
Escolaridade (Anos)							
Até 4	10	17,2	113,3 (5,6)	117 (2,6)	111,5 (9,5)	114,8 (8)	0,346
5 a 8	12	20,7	111,9 (6,4)	115,7 (5,8)	113,3 (7,7)	116,3 (4,6)	0,295
Mais de 8	36	62,1	110,6 (7,1)	115,8 (5,6)	115,3 (6,2)	115,5 (6,2)	0,001
Ocupação							
Dona de casa	41	74,5	110,8 (6,9)	115,5 (5,6)	114 (7,6)	115,8 (6)	0,002
Outro	14	25,5	112,6 (6,4)	117,9 (2,8)	114,9 (6,4)	115,1 (6,9)	0,147
Renda (SM)							
Até 2	53	91,4	111,5 (6,9)	115,9 (5,3)	114,3 (7,3)	115,7 (6,1)	0,002
Mais de 2	5	8,6	110 (5,1)	116,6 (3,8)	113,4 (6)	113,6 (6,4)	0,331
Número de pessoas na mesma residência							
Até 3	20	34,5	112,8 (5)	115,7 (4,2)	113,2 (8,1)	115,7 (6,1)	0,248
4 ou 5	22	37,9	111 (7,6)	115,9 (6)	116 (6,1)	116,2 (5,7)	0,021
Mais de 5	16	27,6	110,1 (7,2)	116,4 (5,3)	113 (7,3)	114,5 (7,1)	0,074
Possui outros filhos							
Sim	29	50,0	112,2 (7)	116 (5,9)	115,9 (6,1)	116,9 (5,2)	0,019
Não	29	50,0	110,6 (6,4)	115,9 (4,4)	112,5 (7,9)	114,2 (6,8)	0,014
Sexo da criança							
Masculino	29	50,0	113,1 (5,5)	116,8 (3,3)	115,8 (5,6)	117 (3,8)	0,006
Feminino	29	50,0	109,7 (7,4)	115,1 (6,5)	112,7 (8,2)	114,1 (7,6)	0,038

Fonte: Nascimento (2015).

Foi constatada significância estatística entre as médias dos escores da EAPDI, nos quatro momentos de acompanhamento, com as seguintes características: idade 30 ou mais anos ($p=0,002$); mulheres com parceiro ($p=0,002$); a mãe ter mais de oito anos de estudo ($p=0,001$); ser dona de casa ($p=0,002$); e ter entre 4 ou 5 moradores na residência ($p=0,021$). Possuir mais de um filho ($p=0,019$) ou não possuir outros filhos ($p=0,038$) e o sexo feminino ($p=0,006$) e masculino ($p=0,038$).

Análise geoespacial da distribuição das diarreias agudas em Caraguatatuba (SP) realizada por Asmus et al. (2013) identificou aumento das taxas de diarreia aguda nos anos

de 2005 a 2010. Os mesmos sugeriram que o assunto seja tratado com mais atenção pelo poder público e pelos pesquisadores envolvidos com o tema. Devido à atenção prestada a outras doenças infecciosas, como dengue e infecções respiratórias se destacarem em relação às doenças diarreicas, há dificuldade na geração de políticas e programas públicos voltados ao controle e prevenção dessa doença. Além disso, há os casos de subnotificações, visto ser uma doença de tratamento simples e de muitas pessoas não sentirem a necessidade de buscar os serviços de saúde. Assim, há necessidade de iniciativas do setor público que possam investir nessa situação e, também, a realização de educação em saúde para com a população por parte dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, para que mães e familiares compreendam a relevância clínica e epidemiológica da doença e a sua consequência para saúde dos filhos.

Segundo Silva et al. (2010) e Buhler et al. (2014a), as causas e consequências das doenças parasitárias que, ocasionalmente, podem resultar em diarreia infantil, estão relacionadas com as condições socioeconômicas da população e também com a ausência de iniciativas do setor público. Fato este que pode ser corroborado pelo estudo de Torres et al. (2013), o qual avaliou os índices de diarreia e internações por essa doença no município de Itaboraí (RJ), em que se identificou que em bairros cujas condições socioeconômicas e sanitárias eram boas, as internações por diarreia em menores de cinco anos apresentavam-se elevadas.

No que se refere à idade materna, no presente estudo, identificou-se associação estatisticamente significativa ($p=0,002$) entre as mulheres com mais idade em relação aos escores da EAPDI, com aumento das médias dos escores do momento inicial (M0) ao momento 3 (M3).

Fato este corroborado pelos seguintes estudos de: Joventino et al. (2013b), o qual identificou que a idade materna pode estar associada inversamente com a ocorrência da diarreia, devido às mulheres com mais idade terem tido a oportunidade de receber orientações anteriores acerca das medidas preventivas e do manejo da diarreia infantil e pela probabilidade de terem sido expostas a certos eventos, como o cuidar de um filho acometido pela diarreia. Estudo realizado por Luna (2011), ao avaliar o impacto do uso de cisternas, no Agreste do Sertão de Pernambuco, encontrou resultado semelhante em relação à idade materna, esta variável é fator de proteção para ocorrência da diarreia infantil. Concordando com estas afirmações, Joventino (2010), em estudo com 448 mães, verificou que quanto maior a idade materna, mais elevada é a sua autoeficácia para prevenir diarreia infantil. Macêdo (2013), também, constatou que 84,6% das mães menores de 18 anos obtiveram baixa autoeficácia em prevenir diarreia infantil, tal fato evidencia que quanto mais anos de

vida um indivíduo tem, certamente maior será seu contato com as fontes de autoeficácia descritas por Bandura (1997), sobretudo, quanto à experiência pessoal.

Em relação ao estado civil, observou-se a predominância de mulheres que vivem com parceiro (65,5%), seja por união consensual ou casada; e em relação à ocupação, mulheres donas de casa (74,5%). Ambas variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa com os escores da escala ($p= 0,002$), obteve-se aumento das médias dos escores da EAPDI do momento inicial (M0) ao momento 3 (M3). No que se refere aos anos de estudos da mãe, houve predomínio de mais de oito anos de estudo (62,1%) e associação estatisticamente significativa com os escores da escala ($p= 0,001$).

Segundo Pereira e Cabral (2008) em relação ao estado civil, o fato de as mulheres não terem parceiros, interfere negativamente no orçamento familiar e pode reduzir na ajuda ao cuidar da criança. O baixo grau de instrução das mães é considerado fator de risco para adoecimento por doenças diarreicas agudas nas crianças, fato que pode estar relacionado à dificuldade para entender as atividades educativas, podendo ocasionar a ineficácia do cuidar, sobretudo em relação à higiene e alimentação.

No estudo realizado por Joventino et al. (2013b), a maioria das mães era casada ou vivia em união consensual e não possuía ocupação fora do lar e essas variáveis não tiveram associação estatisticamente significativa com suas habilidades para cuidar dos filhos na prevenção e no tratamento da diarreia.

Estudo descritivo, realizado na Bolívia, com 4383 mães de crianças menores de cinco anos, buscou identificar os fatores associados às mães que se relacionavam à ocorrência da diarreia infantil. Os resultados apontaram que os episódios diarreicos eram menos frequentes nas crianças de mulheres com maiores anos de estudo e maior poder aquisitivo (CARUSO; STEPHENSON; LEON, 2010). Fato certificado, por um estudo observacional com objetivo de analisar a tendência da mortalidade por diarreia entre 1980 e 2000, no município de Osasco (SP), os óbitos estiveram mais presentes em crianças filhas de mães com menos de oito anos de estudo e com idade entre 20 e 29 anos (MELLI; WALDMAN, 2011).

Estudo realizado na China, com 14.112 famílias identificou que mães com nível superior de estudo levavam os filhos aos serviços de saúde com mais frequência do que aquelas com menos anos de estudo, quando as crianças apresentavam diarreia (GAO et al., 2012).

Em contrapartida ao estudo de Joventino et al. (2013b), em relação à ocupação da mulher, em estudo caso-controle, por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), encontrou-se associação

estatisticamente significativa entre as mães que trabalhavam fora de casa e a mortalidade infantil, isso demonstra a influência da ocupação materna na saúde da criança, visto que a presença materna como agenciadora dos cuidados é de suma relevância a promoção da saúde das crianças (NASCIMENTO, 2008). Fato este corroborado por Soares e Coelho (2008) que realizaram estudo qualitativo com objetivo de compreender as experiências e os sentidos do cuidado infantil pelas mães. Identificou que o cuidado está diretamente relacionado à presença materna, em que a maioria das mulheres era dona de casa e a principal responsável pelo cuidado da criança.

Quanto à renda familiar, a maioria das mães (91,4%) vivia com a renda mensal de dois salários mínimos ou menos. Essa situação é considerada precária para satisfazer todas as necessidades básicas de uma família, sobretudo, no que se refere à alimentação, higiene e manutenção dos cuidados. Torna-se fator que pode gerar cuidados deficitários às crianças, dependendo da prioridade familiar para gastar seu recurso (XIMENES et al., 2010). Entretanto, observou-se que em relação aos escores da EAPDI, houve aumento das médias nos momentos do estudo, indicando que, apesar de as mulheres possuírem baixo poder aquisitivo, sentiam-se capazes de cuidar dos filhos.

Ensaio clínico realizado com 440 mães de crianças, a fim de identificar os fatores de risco e compreender o manejo da diarreia aguda, na Etiópia, apontou que a renda familiar mais elevada confere fator protetor em relação à diarreia infantil (MEDIRATTA et al., 2010).

No que se refere ao número de pessoas na mesma residência, identificou-se, no presente estudo, maior predomínio de quatro a cinco moradores por residência (37,9%), resultado semelhante a outros estudos.

Fonseca et al. (2010) encontraram em 10 municípios do Norte e Nordeste brasileiro associações entre prevalência de doenças infecto-parasitárias e renda familiar menor que um salário mínimo e número de residentes na moradia maior que cinco pessoas. Fato também constatado por Netto et al. (2009), ao realizar estudo semelhante para as Regiões e Unidades Federativas do Brasil, com dados de 2000 a 2006.

Onis e Blössner (2003) realizaram estudo epidemiológico, a partir de dados da OMS, e identificaram associação inversamente proporcional entre baixo poder aquisitivo, educação materna e idade da criança com a ocorrência de DDA em crianças e quanto menor a idade da criança, maior era o risco de óbito pela doença diarreica. Ensaio clínico randomizado realizado, na Etiópia, com 1.516 pessoas, entre 2007 e 2008, acerca do uso de intervenções para prevenção da diarreia infantil, encontrou média de 4,8 moradores por domicílio e que quanto maior o número de moradores em um domicílio, maior o risco para aquisição de doenças, especialmente, as infectocontagiosas como a diarreia (BOISSON et al.,

2009). Caso encontrado em outros estudos e que pode estar associado a residências com poucos cômodos, dificultando, assim, as práticas preventivas de diarreia infantil, como higiene pessoal e limpeza doméstica (NETTO et al., 2009; FONSECA et al., 2010; JOVENTINO et al., 2013b; BUHLER et al., 2014a).

Estudo transversal, realizado com 448 mães de crianças menores de cinco anos, na cidade de Fortaleza (CE), a fim de identificar as habilidades maternas na prevenção e manejo da diarreia infantil, encontrou que 45,2% (n=200) das mães tinham, apenas, um filho, constituindo fator protetor para diarreia infantil. Logo, acredita-se que quanto maior o número de filhos, mais dedicação os cuidadores terão que demandar para prevenir eficazmente a diarreia infantil (JOVENTINO et al., 2013b).

Entretanto, no presente estudo, identificou-se que a existência ou não de mais de um filho teve associação estatisticamente significativa com as médias do escore da escala de autoeficácia em todos os momentos de acompanhamento, logo, as mães mostraram se sentirem capazes de adotar os comportamentos necessários para prevenção da diarreia infantil, mesmo quando tinham mais de um filho.

Em relação ao sexo da criança, estudo realizado por Duarte et al. (2012), ao analisar a prevalência de crianças acometidas por diarreia originária da adenovirose, identificou que esta foi mais prevalente no sexo feminino. Entretanto não houve relação estatisticamente significativa entre essa variável e a ocorrência de diarreia. Além disso, Andrade (2014) realizou estudo longitudinal, com abordagem quantitativa com 90 mães atendidas em uma unidade de saúde de Fortaleza (CE). O objetivo do estudo foi analisar a autoeficácia das mães de crianças menores de cinco anos, residentes em microáreas de risco, quanto ao seu potencial em prevenir a diarreia; identificou-se maior prevalência de crianças do sexo masculino (52,2%, n=47) e associação estatisticamente significativa entre o sexo da criança e a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

No presente estudo, houve associação estatisticamente significativa entre ambos os sexos e a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

As condições sociais de vida são importantes determinantes das condições de saúde da população, principalmente quando se trata da população infantil e mais carente de acesso a condições mínimas de sobrevivência. Desta forma, políticas públicas que contribuam para redução da desigualdade social são essenciais para o combate às iniquidades em saúde que elevam as mortes por diarreia nas regiões mais pobres do País, como Norte e Nordeste (OLIVEIRA et al., 2011; BUHLER et al., 2014b). Assim como a inclusão da autoeficácia nas estratégias educativas também podem combater essas iniquidades, pois por meio dela, o enfermeiro poderá identificar melhor a confiança da mãe em

cuidar do filho, assim como direcionar a atividade educativa para as reais necessidades dela no momento.

Na Tabela 2, analisou-se a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil e as variáveis sanitárias, comparando-se as médias da EAPDI, no momento inicial (1ª aplicação na unidade de saúde- antes da intervenção), no momento 1 (2ª aplicação na unidade de saúde- após a intervenção), no momento 2 (3ª aplicação - 1 mês depois) e no momento 3 (4ª aplicação - 2 meses depois).

Foi constatada associação estatisticamente significativa entre as médias dos escores da EAPDI, nos quatro momentos de acompanhamento, com todas as variáveis investigadas.

Tabela 2 - Comparação das médias dos escores da EAPDI nos momentos de acompanhamento, segundo as variáveis sanitárias. Fortaleza, 2015.

Variáveis	N	%	Momento 0	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Valor p
			Média (EPM)	Média (EPM)	Média (EPM)	Média (EPM)	
Tipo de casa							
Tijolo com reboco	51	87,9	111,2 (6,8)	115,7 (51)	113,7 (51)	115 (6,4)	0,003
Mista	2	3,4	117,5 (3,5)	118 (1,4)	118 (2,8)	119 (1,4)	0,938
Tijolo sem reboco	5	8,6	110,6 (6,8)	117,8 (2,3)	117,4 (3,7)	119,4 (1,3)	0,018
Tipo de piso							
Cerâmica	32	55,2	110,8 (5,8)	115,4 (4,4)	113,2 (7,4)	114,6 (6,8)	0,020
Cimento	26	44,8	112,1 (7,7)	116,6 (6)	115,5 (6,8)	116,7 (5)	0,037
Destino do lixo							
Coleta regular/periódica	58	100,0	111,4 (6,7)	116 (5,2)	114,2 (7,2)	115,6 (6,1)	0,000
Moscas na casa							
O ano inteiro	4	6,9	110,3 (5,6)	114,5 (4,8)	113,5 (9,3)	118 (2,4)	0,380
No inverno	16	27,6	112,5 (5,3)	117,7 (3,6)	114,9 (7,6)	116,8 (4,9)	0,051
Às vezes	28	48,3	109,6 (7,8)	115 (6)	112,8 (7,6)	113,3 (7,3)	0,046
Nunca aparece	10	17,2	114,9 (4)	116,4 (4,8)	117,5 (2,9)	119 (1,5)	0,081
Origem da água							
Rede pública	57	98,3	111,4 (6,8)	116 (5,2)	114,2 (7,2)	115,6 (6,2)	0,001
Cisterna	1	1,7	109 (0)	115 (0)	113 (0)	114 (0)	0,000
Procedência da água que a criança bebe							
Mineral	51	91,1	111,4 (6,8)	115,8 (5,4)	114,1 (7,6)	115,5 (6,4)	0,004
Torneira	5	8,9	109,6 (7)	116,6 (3,1)	113,4 (2,9)	115 (4,9)	0,159
Tratamento da água							
Sim	3	5,7	112,7 (6,8)	116 (3,5)	114,3 (3,5)	118 (1,7)	0,505
Não	48	90,6	111,3 (6,8)	116,2 (5,3)	113,6 (7,7)	114,9 (6,5)	0,004
Criança só mama	2	3,8	114 (5,7)	119 (1,4)	118 (0)	119,5 (0,7)	0,355
Sabão próximo às torneiras							
Sim	54	93,1	111,4 (6,6)	116,1 (5)	114,4 (6,8)	115,8 (5,8)	0,000
Não	4	6,9	111,5 (9,1)	114,5 (7,9)	112,3 (12,4)	111,8 (10,1)	0,972
Tipo de sanitário							
Com descarga d'água	45	77,6	111,8 (6)	116,4 (4,8)	115,4 (6)	116,4 (4,5)	0,000
Sem descarga d'água	13	22,4	110 (8,9)	114,4 (6,3)	110 (9,4)	112,6 (9,7)	0,502
Tipo de esgoto							
Rede pública	38	65,5	111,2 (7,2)	116 (5,5)	113,5 (7,5)	114,7 (6,3)	0,017
Fossa séptica/asséptica	19	32,8	112 (5,8)	116,1 (4,6)	115,7 (6,6)	117,2 (5,7)	0,039
Céu aberto	1	1,7	105 (0)	114 (0)	111 (0)	117 (0)	0,000
Refrigerador funcionando							
Sim	54	93,1	111,3 (6,7)	116 (5,2)	114,1 (7,4)	115,3 (6,3)	0,001
Não	4	6,9	112,3 (7,8)	116 (4,9)	116 (3,9)	118,5 (1,7)	0,417
Existe animal							
Sim	31	53,4	112,4 (5,8)	116,5 (4,4)	114,5 (6,6)	115,9 (5,2)	0,020
Não	27	46,6	110,2 (7,5)	115,4 (6)	113,8 (7,9)	115,1 (7,2)	0,037

Fonte: Nascimento (2015).

Verificou-se predominância de casas com as paredes de tijolo com reboco (87,9%), e o piso com cerâmica (55,2%); o abastecimento hídrico (98,3%) e a coleta do lixo doméstico (100%) davam-se por meio da rede pública. Prevaleram as casas que possuíam sanitário com descarga (77,6%), às vezes com presença de moscas no domicílio (48,3%) e com o hábito de ter sabão próximo às torneiras (93,1%). Com relação à utilização da água para beber, a maioria (91,1%) utilizava água mineral, no entanto, 90,6% não realizavam nenhum tipo de tratamento na água. Também se encontrou que 93,1% dos domicílios com refrigerador funcionando e 53,4% possuíam animal doméstico.

Os determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos, psicológicos e comportamentais que estão relacionados com a ocorrência de problemas de saúde. Dessa forma, eles têm impacto direto na taxa de mortalidade infantil. Dentre esses fatores, destacam-se as condições sanitárias de saúde: saneamento básico, água potável para consumo, renda, educação. Fatores, estes, que estão diretamente relacionados com as doenças diarreicas (BUSS; FILHO, 2007; GEIB et al., 2010).

O déficit de moradias e serviços de infraestrutura, a má distribuição de renda, os altos índices de desemprego ou subemprego, a falta de investimento em saneamento básico e outras medidas de saúde pública influenciam diretamente no processo saúde-doença da população (ALVES et al., 2012). O saneamento básico é um fator que vem influenciando o declínio da mortalidade infantil e a taxa de internações de menores de cinco anos por doenças diarreicas agudas. Reconhece-se que a principal causa de mortalidade em menores de um ano é a diarreia, devido à rápida desidratação que acarreta, estando relacionada à qualidade do abastecimento hídrico e esgotamento sanitário, à existência de vasos sanitários no banheiro das residências e à coleta de lixo (CALIJURI et al., 2009; FAVERI; LEO, 2013; GUIMARÃES et al., 2013).

A ONU, no ano 2000, promoveu a Assembleia do Milênio com chefes de Estado e de Governo, em que foi aprovada a Declaração do Milênio, que reconheceu que o mundo possui a tecnologia e o conhecimento necessário para combater a maioria dos problemas enfrentados pelos países em desenvolvimento, entretanto, as soluções não foram implementadas significativamente. Desta forma, esforços ainda são necessários para que os Objetivos do Milênio sejam alcançados até 2015 (UNICEF, 2010).

Um dos objetivos a serem cumpridos é a redução da mortalidade infantil, cuja atuação refere-se à melhora das práticas de cuidados familiares e ao aumento do acesso à água potável e ao saneamento básico (UNICEF, 2010), fatores estes influenciadores na ocorrência das doenças diarreicas.

No presente estudo, observaram-se resultados contrários à maioria das outras pesquisas, no que se refere ao tipo de casa e piso. Houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis: casa rebocada ($p=0,003$), casa sem reboco ($p=0,018$); piso com cerâmica ($p=0,020$) e sem cerâmica ($p=0,037$); e as médias dos escores da EAPDI. Ao se comparar o momento 0 (M0) com o momento 3 (M3), identificou-se elevação nos escores da escala de autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil.

Estudo realizado por Luna (2011) avaliou o impacto do Programa Um Milhão de Cisternas Rurais (P1MC) na saúde em relação à ocorrência de diarreia, no Agreste do Sertão de Pernambuco, e verificou que não houve relação estatisticamente significativa no que se refere ao tipo de casa e piso no domicílio. O mesmo foi atestado por Joventino et al. (2013b), que encontrou resultado similar em seu estudo. Entretanto, no estudo de Andrade (2014), que realizou estudo longitudinal com 90 mães atendidas numa unidade de saúde de Fortaleza (CE), as variáveis tipo de casa e piso no domicílio tiveram relação estatisticamente significativa com a ocorrência de diarreia.

Constatou-se, no presente estudo, que 100% dos domicílios possuíam coleta regular de lixo doméstico. Assim como essa variável apresentou associação estatisticamente significativa com as médias dos escores da EAPDI ($p<0,000$).

Estudo epidemiológico acerca da morbimortalidade infantil por diarreia em microrregiões brasileiras identificou correlação de 53% em internações por diarreia em menores de um ano em populações sem coleta de lixo. Em relação à ausência de banheiro e sanitário na casa e em domicílios sem água canalizada, nestes apresentaram-se correlações acima de 40% e 30%, com internação e mortalidade por diarreia em menores de um ano, respectivamente (BUHLER et al., 2014b).

Estudos mostraram associação estatisticamente significativa em relação ao destino do lixo e à ocorrência da diarreia (FONSECA et al., 2010; JOVENTINO, 2010; MARTINS, 2010; DODT, 2011; UCHÔA, 2012; ANDRADE, 2014). No que se refere à disposição do lixo para a coleta, a disposição do lixo em local adequado e em sacos fechados ainda não é realizada efetivamente pela população. Sendo assim, é importante que os enfermeiros busquem alertar as mães e cuidadoras em relação a isso e trabalhem a autoeficácia materna para que elas tenham conhecimento suficiente para realizar o cuidado, além de se sentirem mais capazes de realizar a disposição correta do lixo e, conseqüentemente, prevenirem as doenças diarreicas e demais doenças.

O presente estudo identificou, também, associação estatisticamente significativa entre a água originária da rede pública ($p=0,001$) ou de cisterna ($p<0,001$); quanto à

procedência da água que a criança bebe, água mineral ($p=0,004$) e ao não tratamento da mesma ($p=0,004$).

Em relação ao tratamento da água para consumo, no presente estudo, apesar da água que a criança bebe ser comprada, é importante que profissionais de saúde abordem a importância do tratamento adequado, visto que a água contaminada é um dos causadores das doenças diarreicas em todas as faixas etárias. Destarte, constitui aspecto a ser considerado por enfermeiros durante as atividades educativas, pois há famílias que oferecem a água mineral, apenas para as crianças. Enquanto que os adultos utilizam a água de outras fontes, muitas vezes, contaminadas, acarretando doenças para eles.

O consumo de água proveniente de outras fontes, como poços e nascentes, pode facilitar a transmissão de agentes infecciosos causadores de diarreia, sobretudo se estas fontes estiverem associadas a formas precárias de esgotamento sanitário e entrarem em contato com água oriunda de enchentes ou alagamentos (ASMUS et al., 2013).

Visser et al. (2011) também identificaram em estudo socioambiental que em relação ao tratamento utilizado na água para beber e cozinhar, 146 (49,8%) domicílios não realizavam tratamento e dos que realizavam, 113 (38,7%) utilizavam o hipoclorito.

Carvalho (2012) realizou estudo com uma comunidade indígena no interior de Belo Horizonte, para determinar a prevalência de enteroparasitoses na população infantil de 0 a 12 anos e descrever as condições de saneamento básico local. Identificou que o acondicionamento da água de beber em geladeira foi referido por 15% ($n=162$) dos 1211 chefes de família entrevistados e que a principal forma de acondicionamento da água era em filtro de vela ou pote de barro; 58,63% afirmaram utilizar água tratada e, somente, utilizavam o processo de cloração para o tratamento.

No que se refere à frequência das crianças que bebem água tratada, no total de 586, a maioria das residências utilizava água filtrada em filtro de vela (45,05%), sendo citada a utilização do hipoclorito de sódio (25,4%) como segunda forma mais frequente de tratamento da água para consumo das crianças. Dentre as 586 crianças do mesmo estudo, 10,06% ($n=59$) tiveram diarreia nos três últimos dias anteriores a coleta de dados e, destas, 2,6% ($n=15$) necessitou de atendimento na unidade de atenção primária à saúde (CARVALHO, 2012).

Carvalho (2012) identificou, também, que a grande maioria dos domicílios, 67,26%, não possuía banheiros. Em 386 residências que tinham banheiro, do tipo fossa séptica 28,6% dos entrevistados relataram utilizar sempre o banheiro, 4,39% não utilizavam o banheiro e 59,24% não tinha banheiro no domicílio.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 88% das mortes, mundialmente, ocasionadas pela diarreia estão relacionadas à ausência de saneamento básico (IBGE, 2013).

A variável de saneamento básico, no presente estudo, apresentou associação estatisticamente significativa com os escores da EAPDI, independente do tipo de esgotamento: rede pública ($p=0,017$), fossa séptica/asséptica ($p=0,039$) ou céu aberto ($p<0,001$). Entretanto, identificou-se predomínio do abastecimento pela rede pública (65,5%). Desta forma, ainda há muitas famílias sem saneamento básico e é importante que políticas públicas estejam voltadas para esse aspecto, visto que é um fator ambiental relacionado com a ocorrência das doenças diarreicas.

Estudo realizado por Silva et al. (2011), com 220 crianças com idade entre um a doze anos, no Estado do Maranhão, identificou que em relação ao saneamento básico 78,1% das famílias realizavam suas necessidades fisiológicas ao ar livre. O risco de incidência de diarreia pode ser reduzido em até 36%, quando adotadas medidas de esgotamento adequadas (CAIRNCROSS et al., 2010).

Além disso, estudo bibliográfico realizado por Faveri e Leo (2013) mostrou que criança submetida a condições inadequadas de saneamento básico apresenta risco de morte 2,3 vezes superior ao daquelas que vivem em condições adequadas. E que em relação ao uso das instalações sanitárias, o risco de mortalidade infantil pode aumentar quando se compara aquelas famílias que apresentam banheiro de uso exclusivo no domicílio com aquelas cujo banheiro é de uso coletivo para mais de uma residência.

A carência de saneamento básico e de hábitos de higiene são fatores favorecedores de infecções (CARVALHO, 2012), assim como os investimentos em saneamento, principalmente no tratamento de esgotos, diminui a incidência de doenças e internações hospitalares e evita o comprometimento dos recursos hídricos que beneficiam a população. Entretanto, acredita-se que, apenas, a melhoria nas condições de vida da população não é suficiente para sustentabilidade das medidas ambientais. É fundamental a educação em saúde, na perspectiva de promoção da saúde ambiental da comunidade (DUARTE, 2013).

Assim, enfermeiros e demais profissionais da saúde devem apoiar e promover, durante as atividades educativas e as consultas de puericultura, a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil. De forma que as mães possam ser empoderadas acerca da sua importância no cuidado aos filhos e se sintam capazes de adotar comportamentos melhores de saúde e possam promover a saúde da criança e, conseqüentemente, da família.

Uma vez que doenças tendem a se proliferar com maior intensidade e rapidez na falta de higiene, o sistema de abastecimento de água de uma comunidade, desde a captação até a sua distribuição, deve ser bem projetado para que a água não se torne veículo de transmissão das doenças diarreicas. Além disso, a educação em saúde torna-se essencial para que as mães e familiares possam preservar o ambiente em que vivem e possam manter e promover a saúde das crianças. No Brasil, 90% da população têm acesso à água potável e 75% a esgoto. O restante está sujeito a fontes contaminadas por defensivos agrícolas, esgoto industrial e doméstico, resíduos de plástico, petróleo e metais pesados (BRASIL, 2014). O empoderamento individual e coletivo das mães, famílias e comunidades acerca dos seus direitos e deveres é importante para que a população possa cobrar dos governantes da cidade a infraestrutura mínima para poderem ter qualidade de vida.

Em relação ao acondicionamento da água para beber, estudo realizado por Luna (2011) que avaliou o impacto do Programa Um Milhão de Cisternas Rurais (P1MC) na saúde em relação à ocorrência de diarreia, no Agreste do Sertão de Pernambuco, verificou que guardar a água em jarra, quartinha, pote ou panela reduz em 39% o risco de ocorrência de episódios diarreicos. Enquanto armazenar a água no filtro reduz em 38% o risco de ocorrência desses episódios. O uso da geladeira não foi mencionado pelos participantes do estudo.

No presente estudo, houve significância estatística entre as seguintes variáveis: presença de mosca no domicílio ($p=0,046$) e existência ($p=0,020$) ou não de animais ($p=0,037$). Apesar de essa última apresentar esse resultado, a existência de animal na residência apresentou valor de p maior, logo, possui poder estatístico mais elevado.

Entretanto, Andrade (2014) identificou que a presença de moscas nos domicílios foi reconhecida como fator ambiental habitual, mas que não influenciou na autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, haja vista que as mães apresentaram bom desempenho nas médias dos escores de autoeficácia, desta forma, as mães se sentiram capazes de adotar medidas adequadas para prevenir o contato destes vetores com os utensílios domésticos e alimentos.

Outros estudos apontam que não há relação estatisticamente significativa entre as variáveis moscas na casa e existência de animais com a ocorrência da diarreia (SILVA et al., 2011; JOVENTINO et al., 2013b; ANDRADE, 2014). Entretanto, sabe-se que diversas enteroparasitoses são causadas por animais domésticos e moscas (SILVA; SILVA, 2010; PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012), logo é importante que haja espaço destinado aos animais de estimação para se manter um ambiente limpo e protegido de agentes infectocontagiosos, como moscas, com intuito de promover a saúde da criança e da família.

A Tabela 3 revela, com relação à comparação das médias totais e dos domínios da EAPDI, associação estatisticamente significativa antes da intervenção educativa (M0), com valores de p inferior a 0,05 ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Comparação das médias da escala total e dos domínios segundo o grupo e momento. Fortaleza, 2015.

Variáveis	M	±EPM	Mín.	Máx.	ρ
EAPDI Total					
Momento 0 – Unidade de Saúde antes do vídeo	111,36	6,698	92	120	0,000
Momento 1 – Unidade de Saúde pós-vídeo	115,97	5,171	96	120	
Momento 2- Um mês	114,21	7,176	94	120	
Momento 3- Dois meses	115,55	6,142	96	120	
Domínio Higiene da Família					
Momento 0 - Unidade de Saúde antes do vídeo	40,71	2,980	34	45	0,000
Momento 1 – Unidade de Saúde pós-vídeo	43,17	2,429	36	45	
Momento 2- Um mês	42,50	2,811	34	45	
Momento 3- Dois meses	43,31	2,451	36	45	
Domínio Práticas Alimentares/ Gerais					
Momento 0 - Unidade de Saúde antes do vídeo	70,66	4,447	58	75	0,045
Momento 1 – Unidade de Saúde pós-vídeo	72,79	3,227	60	75	
Momento 2- Um mês	71,71	4,834	58	75	
Momento 3- Dois meses	72,24	4,122	60	75	

Fonte: Nascimento (2015).

Em relação às médias de escores no domínio higiene da família e práticas alimentares/gerais apresentaram-se elevadas do M0 ao M3. Diante disso, acredita-se que as mães possuem autoeficácia semelhante no que diz respeito aos cuidados relacionados à higiene da família e às práticas alimentares/gerais.

O domínio da EAPDI higiene da família refere-se a comportamentos de higiene que a mãe deve adotar para com o filho e a família. Esse domínio é composto pelos seguintes itens: 4. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos; 5. Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida; 6. Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir; 8. Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia; 9. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho; 10. Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca; 14. Eu sou capaz de lavar com água e sabão a

mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso; 15. Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira; 16. Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário; 17. Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados; 18. Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa; 19. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro; 21. Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão; 22. Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa; 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.

O domínio práticas alimentares/gerais refere-se à higiene alimentar, ao preparo da comida e à higiene da criança e da família antes das refeições. Esse domínio é composto pelos seguintes itens: 1. Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições; 2. Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 3. Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho; 7. Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de seis meses; 11. Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores; 12. Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus cinco anos de idade; 13. Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros seis meses de vida; 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); 24. Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.

Os itens da escala abordam fatores intrínsecos (motivação, desejo e satisfação) às mulheres para realização dos cuidados e fatores extrínsecos (os cuidados que devem ser realizados pela mulher). A escala mede a capacidade da mulher em se sentir confiante para adotar determinado comportamento (BANDURA, 1977; JOVENTINO, 2013).

Estudo realizado por Lopes et al. (2013), identificou resultados semelhantes ao presente estudo, no que se refere ao domínio higiene da família, a menor autoeficácia materna quanto aos cuidados em evitar que a criança coloque objetos sujos na boca. Em relação ao domínio práticas alimentares/gerais, a baixa autoeficácia esteve presente nos itens relacionados à lavagem das mãos com água e sabão das crianças antes das refeições e higienização das frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária. Estes pontos necessitam ser mais trabalhados com as mães, por profissionais da saúde, em especial o enfermeiro.

Estudo transversal, realizado com 274 crianças com idade entre 12 e 59 meses em áreas urbanas socioeconômicas baixas de Jakarta (Indonésia), com objetivo de avaliar a

influência da prática de higiene alimentar para prevalência de diarreia entre as crianças. Foi identificado que, individualmente, no que se refere à prática de higiene dos alimentos, as crianças que viviam em condições inadequadas de esgotamento sanitário apresentavam razão de chance de 0,16 de ocorrência de diarreia em comparação com aquelas que viviam em melhores condições. Em relação à pontuação geral do domínio de práticas de higiene alimentar, houve associação estatisticamente significativa com a presença de diarreia, apenas nas crianças menores de dois anos de idade (AUGUSTINA et al., 2013).

Pesquisa intervencionista, realizada no Distrito de Turkana (Quênia), envolvendo estratégias participativas de capacitação e empoderamento de 300 mães, relacionadas à higiene e instalações sanitárias, teve como objetivo avaliar a contagem de coliformes fecais na água utilizada e os micro-organismos presentes nas fezes das crianças. Após a intervenção educativa, foi verificada melhora global e significativa na comunidade, com redução comparativa na contagem de coliformes fecais na água potável, variando de 40,2 a 73,7%. Da mesma forma que se constatou uma diminuição dos micro-organismos nas fezes das crianças relacionados à diarreia em 13% (KARIUKI et al., 2012). Desta forma, acredita-se que os problemas sociais podem interferir negativamente na autoeficácia materna no que diz respeito à diarreia infantil, sendo necessárias alternativas para que mesmo diante de condições adversas, essas mães possam promover a saúde de suas crianças da melhor maneira possível (JOVENTINO, 2013).

Liu (2009), em estudo quantitativo, realizado com 311 cuidadoras em Dar es Salaam (Tanzânia) acerca da influência dos fatores sociodemográficos, crenças e conhecimento sobre comportamentos relatados pelos cuidadores e prevenção da diarreia infantil, identificou que a autoeficácia teve associação estatisticamente significativa com o desempenho relatado de higiene, saneamento, tratamento de água potável e comportamentos paliativos (uso de SRO pelas crianças).

As intervenções educativas destinadas à prevenção da diarreia infantil deve considerar os fatores que possam interferir na sua ocorrência, como cuidados com alimentos, sobretudo em famílias de crianças menores de dois anos e residentes em áreas mais pobres (AUGUSTINA et al., 2013), tendo em vista que a maioria dos estudos que realizam intervenções para prevenção dessa doença, apenas enfocam a perspectiva da higiene (DREIBELBIS et al., 2013; JENKINS et al., 2013; GALVEZ et al., 2010) ou da gestão de casos de diarreia, como pelo uso do SRO (HABIB et al., 2013; GHIMIRE; PRADHAN; MASKEY, 2010).

A identificação da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil é importante para que enfermeiros e demais profissionais da saúde classifiquem o nível de

autoeficácia materna e os itens da escala que necessitam de maior reforço. Desta forma, o profissional pode apropriar-se de intervenções educativas que favoreçam a abordagem dos cuidados preventivos da doença com as mães e estimulem a elevação da confiança delas em adotar o comportamento necessário para prevenir a doença e promover a saúde dos filhos (JOVENTINO, 2010). Assim, o enfermeiro poderá realizar educação em saúde com fundamentação teórica e direcionamento das ações educativas, de modo que a abordagem educativa enfoque nas necessidades específicas de cada mãe ou responsável pela criança.

As práticas educacionais, na visão de Bandura (1986), não devem ser julgadas somente pelo desenvolvimento de capacidades e conhecimentos que proporcionam, mas principalmente pela influência das crenças que as pessoas possuem sobre suas capacidades, por afetarem o modo como realizarão comportamentos futuros. Mendes (2012) afirma que apoiar a autoeficácia é uma atitude profissional de acreditação na crença de que o usuário do serviço de saúde tem a possibilidade de mudar, por meio da habilidade em escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental.

Entretanto, não basta apenas identificar o nível de autoeficácia materna, porque possuir certas habilidades não significa que a pessoa é capaz de usá-las efetivamente em condições adversas. É necessário que o profissional forneça às mães o motivo para adoção e mudança do comportamento, como também, os meios e recursos para que elas possam fazê-lo. A persistência e o sucesso requer forte crença na própria capacidade de exercer controle sobre determinada situação (SOUZA; SILVA; GALVÃO, 2002).

Portanto, para que as mães sintam-se capazes e exerçam os cuidados necessários para prevenção da diarreia infantil, é necessária atuação do enfermeiro e da equipe multidisciplinar a nível primário, secundário, terciário e quaternário de atenção à saúde. Visto que realizar educação em saúde mediada por tecnologias educativas não é suficiente, se a mãe, a criança e sua família não terem acesso a condições socioeconômicas e sanitárias adequadas, à consulta de puericultura na UAPS, ao hipoclorito de sódio para higienização adequada dos alimentos e tratamento da água para consumo etc.

Faz-se necessário investimento em políticas públicas voltadas para as doenças diarreicas infantis, pois, somente, com o apoio intersetorial, enfermeiros e profissionais da saúde, que se encontram em contato direto com a população, poderão alcançar os objetivos de forma eficaz. O enfermeiro durante as ações educativas, por meio da utilização do vídeo educativo e da roda de conversa, proporciona um momento de reflexão e de troca de conhecimento válidos, porém precisa de uma rede de apoio para que as mães concretizem na prática o que aprenderam durante a intervenção educativa.

Na Tabela 4, observa-se que não houve relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de diarreia e a classificação da autoeficácia em cada momento. Entretanto, identifica-se a diminuição dos casos de diarreia ao longo dos momentos de acompanhamento, indicando que a intervenção educativa combinada influenciou na redução da chance de ocorrência da diarreia infantil.

Tabela 4 - Avaliação da razão de chances de ocorrência de diarreia infantil, segundo a autoeficácia materna nos quatro momentos de acompanhamento do estudo. Fortaleza, 2015.

Autoeficácia	Diarreia				RC	IC 95%	Valor p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
M0							
Baixa	16	72,7	6	27,3	1,52	0,42 - 5,47	0,352
Moderada	12	85,7	2	14,3	3,43	0,61 - 19,35	
Elevada	14	63,6	8	36,4	1,00	-	
M1							
Baixa	1	20,0	4	80,0	1,54	0,15 - 16,25	0,474
Moderada	3	30,0	7	70,0	2,64	0,53 - 13,15	
Elevada	6	14,0	37	86,0	1,00	-	
M2							
Baixa	1	9,1	10	90,9	0,83	0,08 - 8,25	0,986
Moderada	1	10,0	9	90,0	0,92	0,09 - 9,25	
Elevada	4	10,8	33	89,2	1,00	-	
M3							
Baixa	0	0,0	9	100,0	-	-	0,537
Moderada	1	11,1	8	88,9	0,88	0,09 - 8,56	
Elevada	5	12,5	35	87,5	1,00	-	

Fonte: Nascimento (2015).

No M0, observa-se que os filhos de mães com baixa autoeficácia apresentaram 1,52 vezes mais chance de serem acometidos pela doença diarreica do que as mães com elevada autoeficácia; e os filhos de mães com moderada autoeficácia tiveram 3,43 vezes mais chances de terem diarreia.

A partir do M2, observou-se efeito positivo da intervenção combinada na ocorrência da diarreia infantil e na autoeficácia materna, visto que houve redução do percentil de crianças com diarreia e, também, elevação na classificação da autoeficácia materna de baixa para moderada e elevada autoeficácia.

Dessa forma, constatou-se redução na ocorrência da diarreia infantil e elevação da confiança materna em prevenir a diarreia infantil em todos os momentos do estudo.

A Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) é do tipo Likert, composta por 24 itens divididos em dois domínios: higiene da família, com 15 itens,

e práticas alimentares/gerais, com 9 itens. Possui cinco opções de resposta, de modo que os escores totais podem variar de 24 a 120 pontos. Classifica-se o nível de autoeficácia materna em três categorias: baixa autoeficácia (109 ou menos pontos), moderada autoeficácia (110 a 114 pontos) e elevada autoeficácia (igual ou maior que 115 pontos) (JOVENTINO et al., 2013a).

A autoeficácia destaca-se como um dos conceitos e princípios fundamentais para promoção da saúde, sendo relevante para o enfrentamento dos desafios contemporâneos para o alcance da promoção da saúde. As crenças de autoeficácia podem ser utilizadas para determinar como as pessoas sentem, pensam, são motivadas e comportam-se diante de determinada situação, demonstrando quanto esforço e tempo os indivíduos vão utilizar para persistir em uma tarefa para transpor um obstáculo ou uma experiência negativa. Para isso, é oportuna a utilização de materiais educativos acessíveis e que possibilitem o aumento da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, como, no presente estudo, o vídeo educativo intitulado 'Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir', aliado à roda de conversa (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006; RODRIGUES et al., 2013).

O desenvolvimento e a implementação de tecnologias educativas embasadas na teoria de autoeficácia para prevenção da diarreia infantil favorecem as mudanças comportamentais, pois podem induzir a mulher a sentir-se mais autoconfiante para realizar rotineiramente os cuidados necessários para prevenção da doença na criança e, conseqüentemente, a promoção da saúde delas (DODT et al., 2013).

Ensaio clínico randomizado, realizado com 180 mães de crianças menores de cinco anos em Fortaleza (CE), acompanhadas por contato telefônico durante três meses após aplicação do vídeo educativo intitulado "Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir", verificou que no grupo comparação, dois meses após a aplicação do vídeo educativo, a chance de crianças de mães com moderada autoeficácia apresentarem diarreia foi 4,5 vezes mais que os filhos daquelas com elevada autoeficácia. No grupo intervenção, a chance de crianças de mães com moderada autoeficácia terem diarreia foi 2,36 maior do que os filhos daquelas com elevada autoeficácia para prevenir diarreia. Desta forma, constatou-se que o uso da intervenção educativa mediada pelo vídeo pode reduzir as chances de diarreia ao longo dos momentos de investigação (JOVENTINO, 2013).

A diarreia é uma doença multifatorial e que, somente, o conhecimento acerca das medidas preventivas não é suficiente para garantir que as mulheres irão realizar os cuidados necessários para manter a saúde da criança. Portanto, faz-se necessário trabalhar com a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e identificar o nível da autoeficácia em que cada mãe encontra-se para que o profissional de saúde possa direcionar o processo de

aprendizagem de forma a atender a real necessidade da mulher naquele momento, além de apoiá-las e estimulá-las para adoção de comportamentos mais saudáveis. Assim o uso de estratégias mediadoras, como o vídeo educativo aliado à roda de conversa, embasada na Teoria de Autoeficácia, pode facilitar a aprendizagem durante a educação em saúde realizada por enfermeiro.

As pessoas são, em parte, produtos dos ambientes em que vivem, mas, ao selecionar, criar e transformar suas circunstâncias ambientais, também produzem esses ambientes. Essa capacidade agente lhes possibilita influenciar o rumo dos acontecimentos e moldar suas vidas (BANDURA, 1997). Desta forma, ao participarem da intervenção educativa combinada: o vídeo e a roda de conversa, as mulheres selecionam aquilo que lhes interessa no momento, por exemplo, ao assistirem o vídeo e observarem a maneira correta de realizar o tratamento da água para consumo, elas buscam entender o procedimento e aprendê-lo e realizá-lo em casa. Mas, outras mulheres podem não ter interesse em relação a esse cuidado, logo esse cuidado pode ser interpretado de outra forma. Assim, as experiências vivenciadas durante o momento educativo será diferente para cada participante. Entretanto, não significa que aquilo que lhe foi apresentado não foi útil. De cada momento, tira-se algo importante e se aplica na prática.

Bandura (1977) estabelece que as crenças de autoeficácia e as mudanças de comportamento e resultados estão altamente correlacionadas e que a autoeficácia é um excelente preditor do comportamento. Logo, a adoção das medidas preventivas pelas mães pode ser influenciada pelo vídeo educativo e a roda de conversa mediada pela pesquisadora, visto que ambos foram embasados na teoria de autoeficácia.

Diversos estudiosos veem utilizando a autoeficácia como objeto de estudo, sejam nas intervenções educativas ou como embasamento para elaboração de instrumentos e materiais educativos para serem utilizados na prática clínica e educacional (MARGOTTI, 2013; SOUZA; SILVA; GALVÃO, 2002; MORGADO; PIRES; PINTO, 2000; AMORIM et al., 2013; LOPES; TEIXEIRA, 2012; BLOCH; BLOCH, 2013; ANAND et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2011).

Dentre estes, Margotti (2013) realizou estudo de coorte com 300 binômios mãe/bebê para determinar os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo e a associação com os escores da *Breastfeeding Self Efficacy Scale*, em dois hospitais de referência, por meio da aplicação da escala de autoeficácia materna em amamentar.

Souza, Silva e Galvão (2002) realizaram ensaio clínico randomizado com pacientes que iriam receber tratamento odontológico, tendo o grupo controle recebido, apenas,

orientações sobre as causas e consequências da doença periodontal e da cárie, dieta, instrução de higiene oral e tratamento dentário (procedimento padrão) e o grupo intervenção participou de uma intervenção psicológica com duração de 20 minutos com quatro sessões semanais por meio da utilização de técnicas cognitivo-comportamentais, dentre elas, destaca-se a teoria de autoeficácia. Constataram que o grupo intervenção obteve melhores resultados nos índices clínicos de placa e sangramento do que o grupo controle e que um dos mediadores responsáveis por essa melhora, foi a autoeficácia.

Morgado, Pires e Pinto (2000) avaliaram a autoeficácia no manejo da asma em um grupo de 70 crianças asmáticas e compararam a autoeficácia em dois grupos etários de 8-10 anos (n=34) e dos 11-14 anos (n=36). Utilizaram o instrumento de mensuração da autoeficácia no manejo da asma, denominado "*The asthma Self-efficacy Questionnaire*" ou, também, conhecido por Lemanek. Encontrou-se adequada fiabilidade para o instrumento, além de terem identificado relação entre as expectativas de eficácia e a frequência de crises de asma, ou seja, quanto maior é o sentimento de eficácia menor é a frequência das crises.

Amorim et al. (2013) desenvolveram um plano de cuidados para pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) e utilizaram a autoeficácia percebida dos pacientes para construção do plano, de forma a direcionar o cuidado prestado, individualizando a assistência e atendendo às necessidades que cada um tinha no momento.

A partir disso, ressalta-se que é necessário que as estratégias educativas abordem os fatores que influenciam na ocorrência da diarreia, assim como os cuidados necessários para prevenção e sejam embasados na teoria de autoeficácia, tendo em vista que esta aborda a crença de que se pode adotar e manter comportamentos promotores de saúde e preventivos de doenças. Além da sensibilização e empoderamento da comunidade acerca dos seus direitos e deveres perante a sociedade e da importância da busca de políticas voltadas para melhoria da qualidade de vida dos seus filhos e familiares, cabe ao enfermeiro e demais profissionais de saúde apoiar e promover a autoeficácia materna durante suas atividades educativas, favorecendo a redução da ocorrência das doenças diarreicas na população infantil, assim como a redução das filas de atendimentos das emergências por motivos que podem ser resolvidos no nível primário.

Lopes e Teixeira (2012) analisaram projetos de carreira, crenças de eficácia e sucesso escolar, em um ambiente social potenciador de insucesso e abandono escolar em uma escola pública de Portugal, e encontraram associação estatisticamente significativa entre as crenças e os projetos futuros, bem como entre as crenças e a avaliação pessoal do desempenho. Os estudantes com planos mais ambiciosos possuíam mais confiança no seu desenvolvimento de carreira e os que possuíam avaliações mais positivas do seu rendimento

escolar confiavam mais nas suas capacidades para o sucesso acadêmico, nos seus recursos e planos para o futuro.

Estudo de Bloch e Bloch (2013) comparou o uso de instruções de alta hospitalar mediadas por vídeo no grupo intervenção e instruções escritas no grupo controle dos cuidadores de pacientes, com idades entre 29 dias a 18 anos, com diagnóstico de febre, vômitos ou diarreia e asma. O vídeo era embasado no diagnóstico da criança e tinha 3 minutos de duração. Os cuidadores foram contatados por telefone de 2 a 5 dias depois da alta hospitalar para aplicação do questionário de acompanhamento. Identificou-se que o grupo que recebeu instruções de alta por vídeo no hospital pontuaram significativamente mais após a alta em relação ao conhecimento dos problemas de saúde abordados no estudo (12,2 vs 8,9) e no acompanhamento por telefone após a alta (11,1 vs 7,8). Além disso, 29% dos cuidadores que receberam intervenção escrita e 42% orientações por vídeo classificaram as instruções como de extrema utilidade. Os autores acrescentaram que instruções de alta mediadas por vídeo têm o potencial de minimizar fatores como o analfabetismo e o tempo limitado dos profissionais da saúde.

Anand et al. (2004) utilizaram o vídeo como uma das estratégias para auxiliar na formação de profissionais de saúde na gestão de morbidades pediátricas com vistas à redução da mortalidade infantil. A intervenção foi iniciada em novembro de 1999 e o resultado verificado nos anos de 2000 e 2001. O conhecimento dos trabalhadores acerca das doenças que acometem crianças e do seu manejo melhorou após a formação inicial, chegando a um platô de 50%. A classificação de doenças melhorou entre os trabalhadores no que diz respeito à febre, ao sarampo, à disenteria e diarreia, no entanto, não houve impacto sobre a taxa de mortalidade infantil geral.

Revisão integrativa acerca das intervenções educativas voltadas para detecção precoce do câncer de cérvico-uterino apontou que sessões educativas, com discussões em grupo, melhoraram o conhecimento das mulheres a respeito do exame de prevenção e influenciaram positivamente as mesmas para sua realização. Destacou-se também a importância da escolha da intervenção e do local de sua aplicação, tendo em vista que se devem considerar as características socioeconômicas da população-alvo, assim como o ambiente deve ser propício para o processo de aprendizagem (VASCONCELOS et al., 2011).

Dessa forma, a intervenção educativa combinada: vídeo educativo e roda de conversa é importante no cotidiano de trabalho do enfermeiro, pois permite a reflexão, a participação ativa e a cooperação dos envolvidos no processo de construção do conhecimento, além de abordar os fatores causadores da diarreia. Entretanto, o enfermeiro como educador deve utilizar-se dessa intervenção, de forma a incentivar a formação de um

ser humano autônomo e que busque a transformação de sua realidade, além de que o vídeo é complementar à sua função, jamais o material educativo deverá se sobrepor ou substituir a relação dialógica entre enfermeiro e usuário (RODRIGUES et al., 2013).

Diante disso, é imprescindível a sensibilização dos profissionais da saúde em relação à importância de utilizarem a teoria de autoeficácia como embasamento teórico de estratégias educativas e mediadoras de materiais educativos, visto que é um construto passível de mudanças e que pode ser estimulado e apoiado pelos profissionais para promover a saúde da criança e família. Estratégias educativas mediadas pela autoeficácia possibilitam que o profissional de saúde identifique o nível de confiança materna para realizar determinado cuidado, no caso do presente estudo, os cuidados preventivos para diarreia infantil, mostrar a importância da adoção desse cuidado, apoiá-lo e estimulá-lo para que a mulher sintasse-se capaz ou mais confiante em realizá-lo e, conseqüentemente, ser agente do seu processo saúde-doença e promover a saúde dos filhos, familiares e da comunidade.

5 CONCLUSÃO

Após a aplicação da intervenção educativa combinada: vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à roda de conversa mediada pela pesquisadora, verificaram-se os seguintes achados:

- Associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e as médias dos escores da EAPDI, nos quatro momentos de acompanhamento ($p < 0,05$) com relação a: faixa etária, estado civil, anos de estudo, ocupação, renda per capita, número de moradores na residência, número de filhos e sexo da criança.
- Associação estatisticamente significativa entre as variáveis sanitárias e as médias dos escores da EAPDI, nos quatro momentos de acompanhamento ($p < 0,05$) no que diz respeito a: tipo de casa, tipo de piso, destino do lixo, moscas na casa, origem da água, procedência da água que a criança ingere, tratamento da água, sabão próximo às torneiras, tipo de sanitário, tipo de esgoto, refrigerador funcionando e existência de animal no domicílio.
- Em relação à comparação das médias totais e dos domínios da EAPDI, observou-se associação estatisticamente significativa antes e após a intervenção educativa (M0) com valores de $p < 0,05$. Em relação às médias de escores no domínio higiene da família e práticas alimentares/gerais, estas se apresentaram crescentes do M0 ao M3. Diante disso, acredita-se que as mães possuíam autoeficácia semelhante, no que diz respeito aos cuidados relacionados à higiene da família e às práticas alimentares/gerais.
- Quanto à autoeficácia em prevenir diarreia infantil e sua correlação com a ocorrência de episódios diarreicos, não houve relação estatisticamente significativa em cada momento. Identificou-se diminuição dos casos de diarreia ao longo dos momentos de acompanhamento, o que pode indicar que a intervenção educativa combinada influenciou na redução da chance de ocorrência da diarreia infantil, assim como na elevação da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil. No momento inicial (M0), observou-se que os filhos de mães com baixa autoeficácia tinham 1,52 vezes mais chances de serem acometidos pela doença diarreica do que as mães com elevada autoeficácia; e os filhos de mães com moderada autoeficácia tinham 3,43 vezes mais chances de terem diarreia. A partir do momento 2 (M2), observou-se o efeito positivo da intervenção combinada na ocorrência da diarreia infantil e na autoeficácia materna, visto que houve redução

do percentil de crianças com diarreia e, também, elevação na classificação da autoeficácia materna de baixa para moderada e elevada.

A intervenção educativa combinada foi capaz de influenciar positivamente os escores de autoeficácia materna, o que pode auxiliar a reduzir a chance de ocorrência da diarreia nas crianças acompanhadas ao longo dos dois meses. Desta forma, o vídeo educativo aliado às orientações dos profissionais de saúde pode ser utilizado na prática, principalmente, por enfermeiros que atuam nas unidades de atenção primária à saúde durante as atividades de educação em saúde.

A intervenção educativa combinada possibilita a relação dialógica entre enfermeiro e usuárias do serviço de saúde, assim como facilita a aprendizagem das mesmas. A aplicação do vídeo educativo aliado à roda de conversa mediada pelo enfermeiro minimiza as dúvidas das mães acerca do que foi exposto no vídeo, permite a maior participação das mulheres durante a atividade educativa, facilita a comunicação entre os participantes e promove o empoderamento das participantes quanto a sua importância no cuidado ao filho e promoção da saúde da criança e família.

Destarte, tecnologias educativas pautadas em teorias do comportamento humano que enfocam a autoeficácia materna, a motivação e crenças em saúde devem ser utilizadas e disseminadas pela comunidade científica e aplicadas na prática.

6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Reconhece-se que, apesar da fiabilidade dos achados deste estudo, algumas limitações devem ser destacadas:

- Curto período de avaliação da autoeficácia materna e de acompanhamento acerca da ocorrência de diarreia infantil;
- Perda amostral, devido à dificuldade em manter o acompanhamento por contato telefônico com as participantes do estudo;
- Número reduzido de trabalhos que abordam a relação entre diarreia infantil e autoeficácia materna, dificultando a discussão dos resultados encontrados no estudo.

Recomenda-se a sensibilização dos profissionais da saúde em relação à importância da utilização da teoria de autoeficácia como embasamento teórico de suas estratégias educativas e dos materiais educativos utilizados durante as atividades de educação em saúde, visto que é um construto mensurável por meio da Escala de Autoeficácia para a Prevenção da Diarreia Infantil, passível de mudanças e que pode ser estimulado e apoiado pelos profissionais para promover a saúde da criança e família.

Estratégias educativas mediadas pela autoeficácia podem facilitar a identificação do nível de confiança materna em prevenir a diarreia infantil pelo profissional de saúde, em especial o enfermeiro, por ser o responsável direto da educação em saúde dos pacientes.

A intervenção educativa combinada deve ser disseminada nas instituições de saúde, principalmente, nas unidades de atenção primária à saúde, com intuito de promover o empoderamento das mulheres quanto à importância da adoção dos cuidados preventivos da diarreia infantil, favorecendo a confiança materna em realizar os cuidados necessários.

Além disso, deve haver a expansão desse estudo para outras populações e unidades de saúde, assim como a capacitação de profissionais de saúde e mães para utilizarem o vídeo em diferentes contextos.

REFERÊNCIAS

- AIRES, J. S. **Efetividade do processo de capacitação dos enfermeiros para utilização do álbum seriado- Alimentos Regionais Promovendo a Segurança Alimentar**. 2012. 141f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.
- ALBUQUERQUE, S.S.L. et al. A influência do padrão de aleitamento no desenvolvimento de hábitos de sucção não nutritivos na primeira infância. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.2, p. 371-378, 2010.
- ALVAREZ, A. G.; DAL SASSO, G. T. M. Aplicação de objeto virtual de aprendizagem, para avaliação simulada de dor aguda, em estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 45, n. 2, p. 1-9, 2011.
- ALVES, L. D. **Avaliação dos vídeos educativos utilizados para promoção da saúde da criança**. 2013. 42f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.
- ALVES, R. L. J. Variáveis que influenciam no processo saúde-doença na Estratégia Saúde da Família. **An. Congr. Sul-Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 1, n. 1, p. 124, 2012.
- AMORIM, M. M. A. et al. Educational intervention in diabetes mellitus. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 168-184, 2013.
- ANAND, K. et al. Management of sick children by health workers in Ballabgarh: lessons for implementation of IMCI in India. **J. Trop. Pediatr.**, v.50, n.1, p.41-47, 2004.
- ANDRADE, L. C. O. **Autoeficácia de mães residentes em microáreas de risco na prevenção da diarreia infantil**. 2014. 119f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 460p.
- ARAÚJO, R. R. D. F. **Educação Conscientizadora na prática do Enfermeiro em Hanseníase**. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. M.; BESERRA, E. P.; CHAVES, E. S. The immunological and social role of breastfeeding to prevent infectious and allergic diseases during childhood. **Rev. RENE**, v. 7, n. 3, p. 91-97, 2006.
- ASMUS, G. F. et al. Análise sociodemográfica da distribuição espacial de ocorrências de diarreias agudas em áreas de risco de inundação, Caraguatatuba-SP. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade**, v. 3, n. 6, p. 1-26, 2013.
- AUGUSTINA, R. Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence among Indonesian young children from low socioeconomic urban areas. **BMC Public Health**, v. 13, p. 1-12, 2013.

- BALAGUER, I. **Entrenamiento psicológico en el deporte**. Valência: Albatros Educación, 1994.
- BANDURA, A. Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: FLAVELL, J.; ROSS, L. (Ed.). **Social cognitive development: frontiers and possible futures**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, p. 122-147, 1982a.
- BANDURA, A. The self and mechanisms of agency. In: SULLS, J. (Ed.). **Psychological perspectives on the self**. Hillsdale: Erlbaum, 1982b. vol. 1.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 729-735, 1989.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Rev.**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. Human agency: The rhetoric and the reality. **American Psychologist**, v. 46, n. 2, p. 157-162, 1991.
- BANDURA, A. Self-Efficacy. Encyclopedia of human behavior. **New York: Academic Press**. v. 4, p. 71-81, 1994.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W.H. Freeman and company, 1997.
- BANDURA, A.; ADAMS, N. E; BAYER, J. Cognitive processes mediating behavioral change. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 35, n. 3, p. 125-139, 1977.
- BARDAGI, M. P.; BOFF, R. M. Self-concept, professional self-effectiveness and exploratory behavior in university seniors. **Avaliação, Campinas**, v. 15, n. 1, p. 41-56, 2010.
- BARBOSA, R. C. M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- BLANCO, Á. B. Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. **RELIEVE**, v. 16, n. 1, p. 1-28, 2010. Disponível em: <http://www.uv.es/RELIEVE/v16n1/RELIEVEv16n1_2.htm>. Acesso em: 20 de dez. 2014.
- BLOCH, S.A.; BLOCH, A.J. Using video discharge instructions as an adjunct to standard written instructions improved caregivers' understanding of their child's emergency department visit, plan, and follow-up: a randomized controlled trial. **Pediatr. Emerg. Care**, v.29, n.6, p.699-704, 2013.
- BOISSON, D. S. et al. Randomized Controlled Trial in Rural Ethiopia to Assess a Portable Water Treatment. **Environmental Science & Technology**, v. 43, n. 15, 5934-5939, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde reforça apoio ao controle de doenças diarreicas no Acre – out. 2005.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=20909>. Acesso em: 8 de jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.** Brasília. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança. Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília. 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed.rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS-** por local de internação- Ceará, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_iriri.pdf>. Acesso em: 11 de jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS).** CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde. 10ª rev. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 20 de dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sus (datasus).** 2014 Indicadores de Saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 5 de dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Eletrônico da secretaria de vigilância em saúde.** Edição Especial Expoepi2.2012a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTextoHYPERLINK> ? >. Acesso em 20 de dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Eletrônico da secretaria de vigilância em saúde.** Edição Especial Expoepi2.2009. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTextoHYPERLINK> ? >. Acesso em 20 de dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.** Resolução nº 466/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BROWN, J.; SOBSEY, M.; LOOMIS, D. Local drinking water filters reduce diarrheal disease in Cambodia: a randomized, controlled trial of locally made ceramic filters. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v.79, n.3, p.394-400, 2008.

BUHLER, H. F et al. Spatial analysis of integrated determinant indicators of mortality from acute diarrhea in children under 1 year of age in geographical regions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.1, p. 4131-4140, 2014a.

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

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CAIRNCROSS, S. et al. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, n. 1, p. i193–i205, 2010.

CALIJURI, M. L. et al. Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v.14, n.1, p. 19-28, 2009.

CARMO, L. F.; PEREIRA, L. M. R.; SILVA, C. A. M.; CUNHA, A. C.; QUINTAES, K. D. Sodium and glucose concentration in therapeutical solution for oral rehydration prepared by Community Health Agents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 445-452, 2012.

CARUSO, B.; STEPHENSON, R.; LEON, J. S. Maternal behavior and experience, care access, and agency as determinants of child diarrhea in Bolivia. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 429-430, 2010.

CARVALHO, G. L. X. **Prevalência de enteroparasitoses em crianças de 0 a 12 anos e condições sanitárias na Terra Indígena Xakriabá, São João das Missões, Minas Gerais, 2007**. 2012. 114f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Ouro Preto, Instituto de Ciências Exatas e Biológicas. Núcleo de Pesquisas em Ciências Biológicas, Minas Gerais, 2012.

CASTRO, E. K.; PONCIANO, C. F.; PINTO, D. W. Self-efficacy and quality of life in young adults with chronic disease. **Aletheia**, v. 31, n. 1, p.137-148, 2010.

CAUÁS, R. C. et al. Diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, Supl. 1, S77-S83, 2006.

CAVALCANTI, C. R. P. Crenças de autoeficácia: uma perspectiva sociocognitiva no ensino do instrumento musical. **Revista da ABEM**, Porto Alegre, v. 21, p. 93-102, 2009.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/component/content/article/27-situacao-de-saude-do-ceara/44761-informacoes-gerais>>. Acesso em 20 de jan. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/44175-internacao-de-criancas-por-diarreia-cai-de-198-para-74-no-ceara>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45658-ceara-tem-primeira-sala-de-amamentacao-a-mulher-trabalhadora>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46236-e-preciso-reforcar-a-hidratacao-das-criancas-em-dias-mais-quentes>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46060-reducao-da-mortalidade-infantil-do-ceara-e-destaque-tambem-no-exterior>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Notícias**. 2013c. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46087-sesa-comemora-resultados-dos-40-anos-do-programa-nacional-de-imunizacoes>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

CLASEN, T.; PARRA, G.G.; BOISSON, S.; COLLIN, S. Household-based ceramic water filters for the prevention of diarrhea: a randomized, controlled trial of a pilot program in Colombia. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 73, n. 4, p. 790-795, 2005.

COIMBRA, J. A. H. **Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como fator de segurança do paciente na terapêutica medicamentosa**. 2004. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. the nurse and family health strategy: contribution for assistencial model change. **Rev. RENE**, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun., 2008.

COSTA A. D., SILVA G. A. P. Oral rehydration therapy in emergency departments: medical practice and associated factors. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 2, p. 175-179, 2011.

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

DODT, R. C. M. **Elaboração e Validação de Tecnologia Educativa para Autoeficácia da Amamentação**. 2011. 168f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. et al. Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

DREIBELBIS, R. et al. The Impact of School Water, Sanitation, and Hygiene Interventions on the Health of Younger Siblings of Pupils: a Cluster-Randomized Trial in Kenya. **Am. J. Public Health**, v. 104, n.1, p. e91-97, 2013.

DUARTE, R. J. Low prevalence of adenoviruses in children with acute diarrhea in Belo Horizonte-MG. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 48, n. 4, p. 259-263, 2012.

DUARTE, R. Environmental sanitation: benefits to resident population in the garden marabá, campo grande, brazil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v, 04, n. 03, p.762-768, 2013.

DUPREEZ, M.; CONROY, R. M.; WRIGTH, J.A.; MOYO, S.; POTGGIETER, N; GUNDRY, S.W. Short report: use of ceramic water filtration in the prevention of diarrheal disease: a randomized controlled trial in rural South Africa and Zimbabwe. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 79, n. 5, p. 696-701, 2008.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n 5, p. 754-757, 2005.

EHIRI J. E.; AZUBUIKE, M. C.; UBBAONU, C. N.; ANYANWU, E. C., IBE, K. M., OGBONNA, M. O. Critical control points of complementary food preparation and handling in Eastern Nigeria. **Bull World Health Organ**, v. 79, n.1, p. 423-433, 2001.

FAÇANHA, M.C.; PINHEIRO, A.C. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.1, p. 49-54, 2005.

FAVERI, C.; LÉO, L. F. R. Saneamento e epidemiologia ambiental: doenças de veiculação hídrica. **IX Fórum Ambiental da Alta Paulista**, v. 9, n. 11, p. 575-580, 2013.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: precedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

FERECINI, G. M. **Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro: a vivência de mães em um programa de educação em saúde**. 2008. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, 2007.

FERREIRA, L; PARADA, C.M.G. L; CARVALHAES, M.A.B.L. Tendência do aleitamento materno em município da região centro sul do estado de São Paulo: 1995-1999-2004. **Rev. Nutr.**, v. 20, n.3, p.265-73. 2007.

FERREIRA, O.M.C.; SILVA JÚNIOR, P.D. **Recursos audiovisuais no processo ensino-aprendizagem**. São Paulo: Pedagógica & Universitária. 1986.

FLAUSINO, J. M.; OLIVEIRA, J. Z.; ZAGO, M. M. F. Álbum seriado para o ensino do laringectomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 131-133, 2000.

FONSECA, E. O. L. et al. Prevalence and factors associated with geohelminth infections in children living in municipalities with low HDI in North and Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 143-152, 2010.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n1, p. 65-75, 2004.

FONTES, A. P.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Stress Coping at Work: Relations Between Age, Experience, Self-Efficacy and Agency. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 620-633, 2010.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notifica/graficoSerano=2012&ser=&agravo=A09>> . Acesso em: 21 de jan. 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2014&faixaEtaria=2&modo=regional>>. Acesso em: 10 de dez. 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNICEF); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. Geneve, 2009. 60p.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report**, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). What Will it Take to Achieve the Millennium Development Goals? -- An International Assessment 2010. Disponível em: <<http://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade/27668>>. Acesso em: 26 de nov. 2014.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GALVEZ, C.A.; NEISH, C.; BALABARCA, Y.; ROJAS, L.; SERRANO, C. Programa educacional efectivo en la formación de agentes comunitarios de salud voluntarios en Lima, Perú. **Global Health Promotion**, v.17, n.2, p.1757-9759, 2010.

GAO, W. et al. Care-Seeking Pattern for Diarrhea among Children under 36 Months Old in Rural Western China. **PLoS ONE**, v. 7, n. 8, p. e43103, 2012.

GARRETT, V.; OGUTU, P.; MABONGA, P.; OMBEKI, S.; MWAKI, A.; ALUOCH, G.; PHELAN, M.; QUICK, R.E. Diarrhoea prevention in a high-risk rural Kenyan population through point-of-use chlorination, safe water storage, sanitation, and rainwater harvesting. **Epidemiol. Infect.**, v. 136, n. 11, p. 1463-1471, 2008.

GEIB, L. T. C. et al. Social and biological determinants of infant mortality in population cohort in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul State. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 363-370, 2010.

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

GHIMIRE, M.; PRADHAN, Y.V.; MASKEY, M.K. Community-based interventions for diarrhoeal diseases and acute respiratory infections in Nepal. **Bull. World Health Organ.**, v.88, n. 3 p. 216–221, 2010.

GOUVÊA, F. C. Motivação e autoeficácia no esporte e suas influências no desempenho dos atletas. In: DOBRANSZKY, I.; MACHADO, A. A. (Orgs.). **Delineamentos da psicologia do esporte: evolução e aplicação**. Campinas: Tecnograf, p. 19-32, 2000.

GOUVÊA, F. C. Análise da autoeficácia em atletas de modalidades individuais e coletivas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 2, n. 2, p. 45-60, 2003.

GUIMARÃES, R. M. et al. Access to basic sanitation and hospitalization for acute diarrheal disease: a study of child vulnerability. **Rev. salud ambient.**, v. 13, n. 1, p. 22-29, 2013.

HABIB, M.A. et al. A study to evaluate the acceptability, feasibility and impact of packaged interventions ("Diarrhea Pack") for prevention and treatment of childhood diarrhea in rural Pakistan. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1-15, 2013.

HADDAD, J. G. V.; MACHADO, E. L.; AMADO, J. N.; ZOBOLI, E. L. C. P. The therapeutic communication in relation nurse-user of basic care: an instrument for the promotion of health and citizenship. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.

HALL, K., WOOLARD, I., LAKE, L., & SMITH, C. (Eds.). (2012). **South African child gauge**, 2012. Children's Institute, University of Cape Town.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a Pesquisa Clínica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem. USP**, v. 35, n. 2, p.115-121, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23#topo_piramide>. Acesso em: 06 de abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de pobreza**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/glossario/pobreza.html>>. Acesso em: 10 de dez. 2013.

JARVORSKY, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo**. 2014. 116f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

JENKINS, M.W. et al. Opportunities to improve domestic hygiene practices through new enabling products: a study of handwashing practices and equipment in rural Cambodia. **Int. Health**, v. 5, n. 4, p.295-301, 2013.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da 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. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, 2011.

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.

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

JOVENTINO, E. S.; FREITAS, L. V.; VIEIRA, N. F. C.; AUINO, P. S.; PINHEIRO, A. K. B.; XIMENES, L. B. Maternal abilities in the prevention and handling of infantile diarrhea. **Ciência y Enfermería**, v. 19, n. 2, P. 67-76, 2013b.

KANE, E. M. et al. The epidemiology of rotavirus diarrhea in Latin America. Anticipating rotavirus vaccines. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 16, n. 1, p. 371-377, 2004.

KARIUKI, J.G. et al. Effects of Hygiene and Sanitation Interventions on Reducing Diarrhoea Prevalence Among Children in Resource Constrained Communities: Case Study of Turkana District, Kenya. **J. Community Health**, v. 37, p.1178-1184, 2012.

LIMA, M. A. **Avaliação de uma cartilha virtual sobre autoexame ocular para portadores de HIV/AIDS**. 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

LINHARES, A. C; BREESE, J. S. Rotavirus vaccines and vaccination in Latin America. **Pan American Journal of Public Health**, v. 8, n. 1, p. 305-331, 2000.

LIU J. **Maternal beliefs and behaviors in the prevention of childhood diarrhea in Dar es Salaam, Tanzania**. 104s. Thesis (Ph.D.) - Program in Human Biology Honors Thesis, Stanford University. 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, A. R.; TEIXEIRA, M. O. Career expectations, self-efficacy and academic success investigated in a multicultural context. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 13, n. 1, p. 7-14, 2012.

LUNA, C. F. **Avaliação do impacto do programa um milhão de cisternas rurais (P1MC) na saúde: ocorrência da diarreia no Agreste Rural de Pernambuco**. 2011. 207f. Tese (Doutorado)- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research.**, v. 35, n.9, p. 382-385, 1986.

MACÊDO, A.C. **Análise da associação entre variáveis sócio-demográficas e a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil.** 2013. 44f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

MARGOTTI, E. **Fatores associados ao desmame precoce: autoeficácia no aleitamento materno e Depressão pós-natal.** 2013. 81f. Tese (Doutorado)- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Technology and humanization in critical care environments. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 1, p. 141-144, 2010.

MARTÍNEZ, I.M.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios financieros**, s. I, n. 45, p. 175-202, 2006.

MARTINS, M. C. **Impacto da intervenção educativa em mães e/ou responsáveis de pré-escolares quanto à utilização dos alimentos regionais.** 2010. 156f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

MARKS, R.; ALLEGRANTE, J.P.; LORIG, K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part I). **Health Promot. Pract.**, v. 6, n. 1, p. 37-43, 2005.

MEDIRATTA, R. P. et al. Risk Factors and Case Management of Acute Diarrhoea in North Gondar Zone, Ethiopia. **J. Health Popul. Nutr.**, n. 28, v. 3, p. 253-263, 2010.

MELO, M. C. H.; CRUZ, G.C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014.

MELLI, L. C.; WALDMAN, E. A. Temporal trends and inequality in under-5 mortality from diarrhea. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 1, p. 21-27, 2009.

MELLI, L. C. F. L.; WALDMAN, E. A. Tendência temporal e desigualdades na mortalidade por diarreias em menores de 5 anos. **Rev. Soc. Bol. Ped.**, v. 50, n. 2, p. 121- 129, 2011.

MELLO, R. M. **Tecnologia Educacional.** 2004. Disponível em: <http://www.escolabr.com/virtual/crte/modulo_novos/imersao/producoes/tecnologias_ensino.doc>. Acesso em: 07 de abr. 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** 1. ed. Elaboração: Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 30

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

MINTZ, E.; BARTRAM, J.; LOCHERY, P.; WEGELIN, M. Not just a drop in the bucket: Expanding access to point-of-use water treatment systems. **Am. J. Public Health**, v. 91, n. 10, p. 1565-1570, 2001.

MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. **J. Vasc. Bras.**, v. 10, n. 4, p. 1-4, 2011.

MOUTINHO, F. F. B., CARMO, R. F. Diarrheic disease and sanitation status of the population serviced by the family health program of the municipality of Lima Duarte – MG. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 19-27, 2011.

MORGADO, M. V.; PIRES, A.; PINTO, J. R. Self-efficacy in asthmatic children. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 1, n. 1, p. 121-128, 2000.

NASCIMENTO, E. M. R. Investigation of risk factors for infant mortality by linking health databases. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2593-2602, 2008.

NASCIMENTO, L.A. et al. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online braz j nurs** [internet], v. 13, n. 3, p. 311-20, 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4702>>. Acesso em: 20 de dez. 2014.

NETTO, F. G. et al. Impactos socioambientais na situação de saúde da população brasileira: Estudo de indicadores relacionados ao saneamento ambiental inadequado. **Rev. Tempus Actas Saúde** [periódico na internet], v. 4, n. 4, p. 1-19, 2009. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/745/754>>. Acesso em 20 de dez. 2014.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2000.

NUNES, M. F. O.; NORONHA, A. P. P. Self-efficacy for occupational activities and professional interests in students. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 1, p. 102-115, 2009.

ODIN, R.A. Questão do público: uma abordagem semiopragmática, In: RAMOS, F. (Org). **Teoria contemporânea do cinema**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2005.

O'LEARY, A. Self-Efficacy and health. **Behavior Research and Therapy**, v. 23, n. 4, p. 437-451, 1985.

OLIVEIRA, C. S. M. et al. Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no Município de Jordão, Estado do Acre, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v. 27, n. 5, p.1008-1020, 2011.

OLIVEIRA, J. F.; AMARAL, J. B.; OLIVEIRA, K. F.; GONÇALVES, J. R. L. Evaluation of the impact of oral vaccine against human rotavirus in brazil. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 107-115, 2014.

OLIVEIRA, M. M. C.; BARBOSA, A. L.; GALVÃO, M. T. G.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Technology, environment and interactions in health promotion to the newborn and his family. **Rev. Rene**, v.10, n. 3, p.44- 52, 2009.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa**. 2006. 115f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, M. B.; SOARES, A. B. Autoeficácia, Raciocínio Verbal e Desempenho Escolar em Estudantes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 33-39, 2011.

OLIVEIRA, T. C. R.; LATORRE, M. R. D. O. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 102-111, 2010.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. **Int. J. Epidemiol.**, v.1, n. 32, p. 518-26, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Clinical Management of Acute Diarrhoea**. 2004.

Organização Mundial da Saúde. Mortality Country Fact Sheet 2006. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_searo_idn_indonesia.pdf>. Acesso em: 30 de set. 2009.

_____. **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2014.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 231-37, 2008.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. (Org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Colaboradores: Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed, p. 97-114, 2008.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-223, 1998.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F., GÜNTHER, W. M. R. Diarrhea in children and sanitation and housing conditions in periurban areas in the city of Guarulhos, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 188-197, 2012.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n.5, p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, I. V.; CABRAL, I. E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v.12, n.2, p. 224-229, 2008.

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

POCHE, Cheryl; YODER, Paul; MILTENBERGER, Raymond. Teaching self-protection to children using television techniques. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 21, n. 3, p. 253-261, 1988.

PODEWILS, L. J et al. **Acute, Infectious Diarrhea Among Children in Developing Countries**. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, v. 15, n. 1, p. 155-168, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRUSS-ÜSTÜN, A. et al. **Unsafe water, sanitation and hygiene, in Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease due to Selected Major Risk Factors**. Ed. Geneva, 2004.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.55-63, jan./mar. 2008.

RAMOS, I. C. **Promoção da saúde mental de adolescentes renais crônicos: a tecnologia leve no cuidado de enfermagem**. 2013. Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n. 1, p. 113-116, 2008.

RODRIGUES, A. M. M. Por uma Filosofia da Tecnologia. In: Grinspun MPSZ, organizador. **Educação Tecnológica: desafios e perspectivas**. 2. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2001.

RODRIGUES, A. P. et al. Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 586-93, 2013.

RODRIGUES, I. G.; RUSCALLEDA, R. M. I. Satisfaction with life and sense of self-efficacy for falls in the elderly. **Rev Bras Clin Med**, v.7, n. 6, p. 413-417, 2009.

SALVADOR, P. T. C.; ALMEIDA, T. J.; ALVES, K. Y. A.; DANTAS, C. N. The rotavirus disease and the oral human rotavirus vaccination in the Brazilian scenario: an integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 567- 574, 2011.

SALVETTI, M. G., PIMENTA, C. A. M. CHRONIC PAIN AND THE BELIEF IN SELF-EFFICACY. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodologia de Pesquisa**, 3. ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SEGOVIA-DÍAZ, L. M. G. **Impacto de uma intervenção comunicativa na capacidade funcional dos idosos institucionalizados**. 2008. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SENA, L.V.; MARANHÃO, H.S.; MORAIS, M.B. Avaliação do conhecimento de mães sobre terapia de reidratação oral e concentração de sódio em soluções sal-açúcar de preparo domiciliar. **J. Pediatr.**, v. 77, n. 6, p. 481-486, 2001.

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

SILVA, J. C. et al. Parasitism due to *Ascaris lumbricoides* and its epidemiological characteristics among children in the State of Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 1, p. 100-102, 2011.

SILVA, L. P.; SILVA, R. M. G. Occurrence of enteroparasites in centers education child of the municipality of patos of Minas, MG, Brazil. **Biosci. J.**, v. 26, n. 1, p. 147-151, 2010.

SMITH, B. J.; TANG, K. C.; NUTBEAM, D. WHO health promotion glossary: new terms. **Health Promot. Int.**, v. 21, n. 4, p.340-5, 2006.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. Day-to-day child care in rural communities in the State of Bahia, Brazil: a qualitative approach. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 4, p. 463-472, 2008.

SOBSEY, M.D. Inactivation of health-related microorganisms in water by disinfection processes. **Water Sci. Technol.**, v. 21, n. 3, p. 179-195, 1989.

SOUSA, G. R. S.; OLIVEIRA, E. A. R.; LIMA, L. H. O.; SILVA, A. K. L.; FORMIGA, L. M. F.; ROCHA, S. S. Profile of children with diarrhea in a public hospital. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 2, p. 34-39, 2013.

SOUZA, G. A; SILVA, A. M. M.; GALVÃO, R. Self-efficacy as a mediator of improvement in oral health clinical indices. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 16, n. 1, p. 57-62, 2002.

SOUZA, R. F. What is a randomized clinical trial? **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 42, n. 1, p. 3-8, 2009.

Stata Co-operation, College Station, Texas, USA. Statistics South Africa (Stats SA), & UNDP. (2010). **Millennium development goals, country report (MDGR) South Africa (2010)**. Disponível em: <URL: http://www.statssa.gov.za/news_archive/Docs/MDGR_2010.pdf> Acesso em: 25 de out. 2012.

TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotina de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias**. 2. ed. ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R.; SOUZA, J. A. Association between sanitation services coverage and epidemiological indicators in Latin America: a study with secondary data. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 6, Dec., 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012001400005>. Acesso em: 28 de fev. 2014.

TORRES, R. M. C. et al. Use of local level indicators for the spatial analysis of morbidity due to diarrhea and its relation with lifestyle conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1441-1450, 2013.

UCHÔA, J. L. **Autoeficácia das mulheres no ciclo gravídico-puerperal em amamentar**. 2012. 108f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2012.

VALENTE, M. M. Q. P. **Efeitos de uma intervenção de enfermagem voltada à promoção do método dos dias fixos**. 2014. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.

VANDERLEI, L.C.M.; SILVA, G.A.P. Diarreia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 50, n. 3, p. 276-281, 2004.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Integrative Review of the Nursing Interventions Used for the Early Detection of Cervical Uterine Cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011.

VASCONCELOS, C.T.M. **Efeitos de uma intervenção educativa na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame de Papanicolau**. 2008. 81f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

VASCONCELOS, I. A. **Validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2014. 52f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.

VISSER, S. et al. Study of the association between socio-environmental factors and the prevalence of intestinal parasitosis in the suburbs of the city of Manaus in the state of Amazonas, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3481-3492, 2011.

XIMENES, N. F. R. G. et al. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev Soc Bras Enferm Ped.**, v. 10, n. 2, p. 51-9, 2010.

WAKE, M.M.; TOLESSA, C. Reducing diarrhoeal diseases: lessons on sanitation from Ethiopia and Haiti. **International Nursing Review**, v.59, n.1, p.34-39, 2012.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley & Sons, 1981.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
CSF JOÃO ELÍSIO HOLANDA**

CARTA CONVITE

Gostaríamos de lhe convidar a comparecer Escola Presidente Vargas no dia _____ de _____ (_____) às _____ horas (_____) para participar de uma pesquisa sobre como evitar diarreia no seu filho. Para participar, é necessário que a senhora possua telefone, seja fixo ou celular, a fim de mantermos contato com a senhora.

Por favor, não falte! Sua presença é muito importante para nós!

AGRADECEMOS POR SUA PRESENÇA NESTE DIA,

Equipe de Pesquisa.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Senhora,

Você está sendo convidada por Ludmila Alves do Nascimento, orientanda da profa. Lorena Barbosa Ximenes, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Programa de Educação em Saúde para a Promoção da Autoeficácia Materna na Prevenção da 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 aplicar um vídeo educativo para motivá-la a evitar que seu filho adoça por diarreia. 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 de entrar na sala para assistir ao vídeo, realizaremos uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para evitar diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora assistirá a um vídeo educativo falando sobre como evitar diarreia nas, posteriormente, a senhora será convidada novamente a responder algumas questões sobre sua confiança para evitar diarreia do seu filho. Um mês e dois meses depois de a senhora ter assistido ao vídeo, ligaremos para o telefone da senhora e realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho e investigaremos se seu filho teve diarreia nesse intervalo de tempo.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para assistir ao vídeo 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 a responsável pela pesquisa ou comigo 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:** 88616181

Nome: Ludmila Alves do Nascimento **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160. **Telefone para contato:** 3366-8448

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, 1127, Rodolfo Teófilo. 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: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Nome da testemunha: _____ Data: _____ Assinatura: _____
____/____/____

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

APÊNDICE C

CENAS A SEREM ABORDADAS DURANTE A INTERAÇÃO DA PESQUISADORA COM AS MÃES DO ESTUDO.

01	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	CENA 6. Cena na qual a enfermeira menciona que “o primeiro cuidado é manter a higiene dos seus filhos (...)” e Antônia refere que suas filhas nunca tiveram diarreia porque em sua casa todo mundo lava as mãos com água e sabão (...) antes de comer.
02	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	CENA 9. Enfermeira ensina as mães a lavarem verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.
03	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	CENA 8. Maria fala para Luiza que sempre se deve conferir o prazo da validade, pois alimentos fora do prazo podem propiciar a proliferação de microrganismos. Luiza responde dizendo que também vai começar a atentar para o prazo de validade.
04	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	CENA 6. Antônia menciona que sempre lava bem as mãos com água e sabão, antes de pegar nos alimentos ou de preparar a comida (...)
05	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	CENA 12. Enfermeira fala da importância da limpeza da casa. CENA14. Maria compartilha com as demais mães que sempre deixa limpos a louça, a pia e a mesa para não contaminar os alimentos com os germes.
06	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	CENA 11. Antônia fala da necessidade de ter cuidados com os alimentos preparados, deixando-os tampado ou coberto com um pano para evitar o contato com insetos como moscas.

07	Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.	CENA 14. Maria fala que apenas amamenta seu filho, Pedro, porque ele tem menos de 6 meses. A enfermeira ratifica que a criança deve mamar exclusivamente até os seis meses de idade para que se evitem doenças.
08	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	CENA 6. Luiza fala que os filhos de Dona Maria tomam mais de um por dia, sempre que eles se sujaram ou vão brincar na rua, vão logo tomar banho.
09	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	CENA 7. Antônia menciona que sempre lava bem as mãos com água e sabão (...) antes dar a comida para seus filhos.
10	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	CENA 4. Mostra uma criança colocando um celular na boca enquanto a enfermeira fala que a diarreia é causada por micróbios que estão nos objetos, no chão, nos alimentos que não são lavados, em todo canto.
11	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	<p>CENA 11. Luiza pergunta à enfermeira sobre o acondicionamento de alimentos na geladeira; e a mesma ensina como os alimentos devem ser guardados para serem consumidos posteriormente.</p> <p>CENA 14. Sandra fala que não joga comida no lixo e a enfermeira ensina como os restos de alimentos devem ser acondicionados na geladeira, desde que não tenham sido mexidos com utensílio sujo (com restos salivares, por exemplo).</p>
12	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus cinco anos de idade.	CENA 16. Luiza menciona que nunca deixa as vacinas de seus filhos atrasarem, e a enfermeira a parabeniza e explica sobre a vacina contra o rotavírus.
13	Eu sou capaz de oferecer o	CENA 14. A enfermeira lembra que a


	aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.	partir dos 6 meses, o aleitamento materno deve ser continuado, juntamente com outros alimentos complementares e água.
14	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	CENA 14. Maria fala que para evitar o acúmulo de sujeira na cozinha, lava a louça logo após seu uso.
15	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	CENA 7. Luiza lembra que ela também lava as mãos com água e sabão depois de mexer na lixeira.
16	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	CENA 15. Maria ensina como faz para cortar as unhas do seu filho, mantendo-as sempre curtas e limpas. E a enfermeira explica a importância desse ato.
17	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	CENA 13. Maria e Luiza conversam sobre a importância de desprezar o lixo na rua em sacos amarrados e em locais elevados para impedir que animais venham a rasgar e espalhar o lixo pela rua.
18	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	CENA 13. Diálogo em que Maria lembra Luiza de colocar o lixo na rua, pois o caminhão de coleta já estava perto de passar.
19	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	CENA 6. Antônia refere que suas filhas nunca tiveram diarreia porque em sua casa todo mundo lava as mãos com água e sabão antes e depois de ir ao banheiro.
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).	CENA 14. Sandra fala que apesar de em sua casa ser tudo muito simples, seus filhos comem alimentos saudáveis, como arroz, feijão, macarrão, ovo, carne, frango ou peixe, verduras, frutas. A enfermeira ratifica a importância dessa alimentação para o crescimento saudável da criança.
21	Eu sou capaz de manter a	CENA 12. Mateus pergunta se pode

	minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	brincar de carrinho no chão e sua mãe, Luiza responde que, conforme aprendeu na palestra educativa com a enfermeira, ele deve brincar no chão da casa se o chão estiver bem limpo.
22	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	CENA 13. Mateus pede à Luiza, sua mãe, para jogar bola no campo e a mesma pede que ele não tire seu calçado na rua. Maria complementa sobre a necessidade de ele não entrar em casa, depois de jogar no campo, com os sapatos sujos, para que com isso não acabasse sujando novamente a casa.
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.	CENA 7. Enfermeira complementa as mães lembrando que devem lavar as mãos com água e sabão antes e depois de ajudar seus filhos a se limparem, depois do xixi ou do cocô.
24	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	CENA 14. Antônia e Luiza compartilham suas realidades com relação ao tratamento da água destinada ao consumo humano, seja com filtro de barro, seja pela fervura da água ou do uso de hipoclorito de sódio ou água sanitária. A enfermeira dá orientações sobre o preparo da água com o hipoclorito de sódio e sobre a necessidade de lavagem periódica das velas do filtro para que a família beba uma água segura.

APÊNDICE D

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

CHECK LIST

PASSO A PASSO		
1º	Se apresente à mãe (nome, instituição) e fale sobre a pesquisa.	
2º	Fale sobre o que será apresentado no vídeo educativo e o tempo de duração do mesmo. Que caso tenham alguma dúvida, podem ficar à vontade para perguntar.	
3º	Ressalte que caso haja dúvidas enquanto assistem ao vídeo, poderão tirá-las após o término do mesmo.	
4º	Aperte o play para que o vídeo comece. Aguarde em silêncio até o fim do mesmo.	
5º	Ao término do vídeo, aperte o pause.	
6º	Pergunte o que acharam do vídeo, possíveis dúvidas e elucide-as logo em seguida.	
7º	Caso não surjam dúvidas ou permaneçam em silêncio na sala, converse com elas acerca das principais cenas abordadas no vídeo (principalmente as que se referem às menores pontuações da EAPDI obtidas anteriormente por JOVENTINO, 2013 e previamente à aplicação da intervenção).*	
8º	Caso seja necessário repita as cenas que elas tiveram dúvidas, de forma a facilitar o aprendizado das mesmas.	
9º	Pergunte se ainda há alguma dúvida, se querem falar algo ou se têm alguma sugestão.	
10º	Relembre que, ao sair da sala, os coletadores estarão esperando por elas para responderem há algumas perguntas.	
11º	Relembre que elas receberão uma ligação telefônica durante dois meses.	
12º	Agradeça imensamente por sua participação.	
13º	Reorganize a sala e o vídeo para a próxima sessão.	

*Cenas cujos escores dos itens da EAPDI são menores

APÊNDICE E

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

QUESTÕES NORTEADORAS DA RODA DE CONVERSA

- O que vocês acharam do vídeo?
- Vocês têm alguma pergunta a fazer? Se sim, qual (quais)?
- Caso não haja manifestação por parte das mulheres, optar-se-á em abordar as cenas cujos itens da escala obtiveram escores menores no estudo de Joventino (2010)*.
- Em relação à cena visualizada (cena apresentada no Power Point junto com o item) o que vocês acham dela? De que forma ela pode ajudar vocês no entendimento do cuidado prestado à criança? Vocês têm alguma dúvida?
- Vocês querem falar mais algo ou perguntar algo que não tenhamos discutido?
- Obrigada e lembrem-se que ainda irão responder novamente ao instrumento quando saírem da sala e que irão receber ligações telefônicas por dois meses.

APÊNDICE F

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

CENAS COM ESCORES MENORES NA EAPDI

01	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	CENA 6. Cena na qual a enfermeira menciona que “o primeiro cuidado é manter a higiene dos seus filhos (...)” e Antônia refere que suas filhas nunca tiveram diarreia porque em sua casa todo mundo lava as mãos com água e sabão (...) antes de comer.
02	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	CENA 9. Enfermeira ensina as mães a lavarem verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.
03	Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.	CENA 14. Maria fala que apenas amamenta seu filho, Pedro, porque ele tem menos de 6 meses. A enfermeira ratifica que a criança deve mamar exclusivamente até os seis meses de idade para que se evitem doenças.
	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.	CENA 14. A enfermeira lembra que a partir dos 6 meses, o aleitamento materno deve ser continuado, juntamente com outros alimentos complementares e água.
04	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	CENA 4. Mostra uma criança colocando um celular na boca enquanto a enfermeira fala que a diarreia é causada por micróbios que estão nos objetos, no chão, nos alimentos que não são lavados, em todo canto.
05	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	CENA 14. Antônia e Luiza compartilham suas realidades com relação ao tratamento da água destinada ao consumo humano, seja com filtro de barro, seja pela fervura da água ou do uso de hipoclorito de sódio ou água sanitária. A enfermeira dá orientações sobre o preparo da água com o hipoclorito de sódio e sobre a necessidade de lavagem periódica das velas do filtro para que a família beba uma água segura.

ANEXOS

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

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

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

1	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	1	2	3	4	5
2	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	1	2	3	4	5
3	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1	2	3	4	5
4	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	1	2	3	4	5
5	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	1	2	3	4	5
6	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	1	2	3	4	5

7	Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.	1	2	3	4	5
8	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	1	2	3	4	5
9	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	1	2	3	4	5
10	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	1	2	3	4	5
11	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	1	2	3	4	5
12	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	2	3	4	5

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

13	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.	1	2	3	4	5
14	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a	1	2	3	4	5

mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.					
15 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5
16 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	1	2	3	4	5
17 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	1	2	3	4	5
18 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	1	2	3	4	5
19 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	1	2	3	4	5
20 Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	1	2	3	4	5
21 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	1	2	3	4	5
22 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	1	2	3	4	5
23 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	1	2	3	4	5

24 Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	1	2	3	4	5
---	----------	----------	----------	----------	----------

Telefones:

ANEXO B

Melhor Horário para o
telefonema: _____

Código da
Participante:

FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DA DIARREIA

A. Dados Demográficos:

1. **Nome** **da** **Mãe:**

2. **Idade** **(Mãe):** _____ 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\$ 510.00)

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

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

11. Sexo: 1. Masc 2. Fem **12. A criança estuda atualmente?** 1. Sim 2. Não
3. Nunca estudou

13. Quantas gestações a mãe teve? _____ **14. Quantos abortos a mãe teve?** _____

15. Quantas crianças nasceram vivas? _____ **16. Quantos estão vivos?**

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

B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

18. Tipo de casa? 1. Taipa 2. Tábua 3. Tijolo com reboco 4. Mista 5. Tijolo sem reboco

19. Qual o tipo de piso do domicílio? 1. Cerâmica 2. Cimento 3. Terra 4. Tábua

20. Qual o destino do lixo da sua residência?

1. Coleta regular/periódica 2. Lançado a céu aberto/rio 3. Queimado 4. Enterrado
5. Outros. Especificar: _____

21. Existem moscas no domicílio? 1. O ano inteiro 2. No inverno (período chuvoso)

3. Às vezes (independente da época do ano) 4. Nunca aparece

22. A água que abastece a casa é proveniente de onde?

1. Rede pública/encanada 2. Chafariz 3. Bomba 4. Poço/cacimba 5. Cisterna

6. Lagoa, riacho ou rio 7. Açude 8. Carro-pipa 9. Outro.
Especificar: _____

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

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

25. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?

1. Apenas ferve a água 2. Apenas filtra a água 3. Ferve e filtra a água

4. Trata com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: _____

5. Coa através de um pano

6. Outro tratamento. Especificar:

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

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

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

29. Qual o tipo de esgoto da casa?

1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto 4. Desconhecido
5. Outro. Especificar: _____

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

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

C. Saúde da Criança

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

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

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

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

36. Você Amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?

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

5. Outro. Especificar: _____

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

SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 40.

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

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

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

5. Outros: _____

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

1. Lava com água
2. Lava com água e sabão
3. Ferve/Esalda o bico

4. Ferve/Esalda o bico e a mamadeira
5. _____

Outros: _____

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

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

5. Outros. Especificar: _____

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

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

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

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

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

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

Outros: _____

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

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

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

- Sim 2. Não

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

- Não 3. Desconhecido

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

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

2. Não

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

3. Fruta constipante. Qual? _____

Outros: _____

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

- Não

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

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

55. Quando a criança apresenta diarreia você:

1. Suspende a alimentação normal da criança 2. Continua oferecendo a mesma alimentação
3. Procura melhorar a alimentação e hidratar mais

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

1. Sim 2. Não

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

- 1. Comida mal cozida
- 2. Água contaminada
- 3. Comida gordurosa
- 4. Quentura/calor
- 5. Dentição
- 6. Mãos e objetos sujos na boca
- 7. Desmame precoce
- 8. Susto ou mau-olhado
- 9. Gripe, virose, infecção
- 10. Medicamentos
- 11. Vermes
- 12. Contaminação de alimentos por moscas, sujeira
- 13. Outros.
- Especificar: _____
- 14. Não sabe

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

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

- 1. Familiares
- 2. Enfermeiros
- 3. Médicos
- 4. Agentes comunitários de saúde
- 5. Televisão
- 6. Amigos e vizinhos
- 7. Rádio
- 8. Experiência pessoal
- 9. Palestras, cartazes nos serviços de saúde
- 10. Outros. Especifique: _____

Observações: _____

ANEXO C- FORMULÁRIO REDUZIDO (ROTEIRO DE PERGUNTAS AO TELEFONE)

DEFINIÇÃO DE DIARREIA: TRÊS OU MAIS EVACUAÇÕES AMOLECIDAS EM UM PERÍODO DE 24 HORAS

1. Nos últimos 15 dias, seu filho (a) apresentou diarreia? Por favor, olhe o calendário que a senhora recebeu no nosso primeiro encontro. Tem algum dia que a senhora marcou que seu filho tenha tido diarreia? 1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU NÃO PULE PARA A PERGUNTA 21

2. Se sim, Quantos dias? _____

3. Quantas vezes por dia, em média? _____

4. Como eram as fezes?

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

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

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

6. No começo da diarreia, seu filho estava mais agitado do que normal?

1. Sim 2. Não

7. Depois ele foi ficando mais molinho, mais lento do que o normal?

1. Sim 2. Não

8. Durante esse período que ele teve diarreia, houve algum dia em que ele não respondia a você quando você falava ou tocava nele? 1. Sim 2. Não

9. Nesses dias em que seu filho estava com diarreia, você notou se os olhos dele estavam diferentes do habitual? Os olhos estavam fundos?

1. Sim 2. Não

10. Em relação a forma que seu filho bebia líquidos nos dias em que estava com diarreia, você acha que ele bebia:

1. Não conseguia beber/engolir
2. Bebia apenas com ajuda, se alguém colocasse em sua boca
3. Bebia demonstrando muito sede, com muita vontade
4. Bebia normalmente, como o de costume

11. Quando seu filho teve diarreia, você o levou a algum serviço de saúde?

1. Sim 2. Não

12. Se sim, Qual?

1. Posto de saúde 2. UPA 3. Hospital público 4. Hospital particular
5. Outros _____

13. Quantas vezes você levou seu filho a esse serviço nesses últimos quinze dias?

_____ vezes

14. Seu filho chegou a ficar internado por conta da diarreia? 1. Sim 2. Não

15. A criança tomou algum remédio receitado pelo médico ou somente soro?

1. Remédio 2. Antibiótico 3. Soro 4. Não sabe/Não lembra

16. Você fez alguma receita caseira quando a criança estava com diarreia?

1. Sim 2. Não.

17. Se sim, que receita caseira você realizou?

1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira

3. Fruta constipante. Qual(is)? _____

Outros: _____

18. Você ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO), de pacotinho, para o seu filho em casa? 1. Sim 2. Não

19. Você lembra como preparou?

1. 1 saquinho para 1 litro de água

2. Outros

20. Você chegou a levar seu filho quando ele estava com diarreia a alguma rezadeira, curandeira ou benzedeira? 1. Sim 2. Não

21. Você recebeu visita de algum profissional de saúde ou do agente comunitário de saúde nesses últimos 15 dias? 1. Sim 2. Não

22. Se sim, ele lhe deu alguma orientação sobre como evitar diarreia infantil? 1. Sim
2. Não

**ANEXO E- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DA
ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL – EAPDI**

APLICAÇÃO FACE-A-FACE

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA QUEM APLICARÁ A ESCALA - EAPDI

A avaliação da autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil se dará pela aplicação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) construída e validada por Joventino (2010). Cada item da escala será mensurado pelas notas atribuídas pelas mães a cada um dos 24 itens da escala, tanto do grupo controle como do grupo de intervenção. Ressalta-se que a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos, ou seja, de discordo totalmente a concordo totalmente.

Antes da aplicação da escala oriente a participante sobre como ela deve compreender o instrumento, bem como informe o significado dos extremos da escala, por exemplo, o **número 5 significa que ela está bastante segura, enquanto que o número 1 indica que não se sente nada segura** para realizar em seu cotidiano aquele ato preventivo de diarreia infantil.

É fundamental que você diga a cada mulher que **“não existem respostas certas ou erradas”** e que a todo o momento lembre-se de que se trata de uma **escala que mede a confiança/segurança da mãe para prevenir diarreia** em seu filho, mede **o quanto ela se sente capaz de prevenir diarreia em seu filho**, não estando, portanto, relacionada ao conhecimento que a mãe possui acerca da prevenção de diarreia.

Lembre-se sempre de que o conhecimento não garante que a mulher realize em seu dia-a-dia práticas promotoras da saúde do seu filho. Porém, caso a mulher tenha autoeficácia, as chances de atuar cotidianamente na prevenção da diarreia infantil serão mais elevadas.

PASSO A PASSO DA APLICAÇÃO DA EAPDI

1º Passo: Na coleta de dados por meio da escala face-a-face, é necessário que antes de tudo você se **apresente à mãe**, mencionando ser estudante da UFC, que está desenvolvendo uma **pesquisa sobre a confiança da mãe para evitar diarreia em seu filho**. Veja que utilizamos o termo EVITAR para que a linguagem seja o mais simples possível, não gerando dúvidas nessas mulheres.

2º Passo: Ressalte que essa pesquisa envolverá tanto esse momento de entrevista no posto de saúde, quanto entrevistas por meio de ligações telefônicas. Nesse momento, aproveite para certificar-se de que a mulher possui número de telefone fixo em sua casa ou número de celular dela mesmo ou de alguém que more com ela. Pergunte-a qual o melhor horário para entrar em contato com a mesma durante os próximos três meses. Informe que as ligações serão de quinze em quinze dias.

3º Passo: Na coleta de dados presencial (1ª aplicação da EAPDI), inicialmente, leia juntamente com a mãe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elucidando quaisquer dúvidas que por ventura surjam, ressaltando os benefícios e possíveis malefícios da pesquisa. Oriente-a, se concordar em participar do estudo, a assinar o Termo de Consentimento, deixando uma via do mesmo com a própria mãe e a outra com você (pesquisador).

4º Passo: Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que **não existe resposta certa ou errada**, pois na verdade queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.

5º Passo: Diga a ela que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, afinal, em geral, as mães sabem o que seus filhos deveriam fazer para não adoecer. Mas, mesmo sabendo disso, nem sempre as mães conseguem fazer com que as crianças realmente tomem medidas que evitem a diarreia, da mesma forma que às vezes as mães sabem que devem tomar alguns cuidados de higiene, mas nem sempre se sentem capazes de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia-a-dia.

6º Passo: Então, diga que para cada uma das 24 perguntas, ela terá 5 opções para responder e sempre relacionadas a **quanto você se sente confiante para evitar diarreia em seu filho**. Entregue a ela as opções de resposta impressas em tamanho ampliado e diga: “você possui em mãos, as opções de resposta, veja comigo. As opções vão de 1, que significa que você discorda totalmente do que eu disse; 2 que você apenas discorda; 3 que você às vezes concorda com aquele item; 4 que você concorda com o que eu disse e 5 que você concorda totalmente com o item”.

7º Passo: Torna-se necessário que exemplifique para facilitar a compreensão da escala por parte das mães. Então, utilize um item da escala como exemplo. Vamos lá, o item “Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”. O que a senhora acha? Lembre-se que eu não quero saber se a senhora faz ou não isso no seu dia-a-dia, quero saber se a senhora se sente capaz de manter seu filho calçado fora de casa. Então, a senhora terá 5 opções de respostas como eu já havia dito:

ITEM QUE EU VOU PERGUNTAR:

Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.

Se a senhora responder _____ (ver coluna alternativa), é como se a senhora estivesse dizendo que _____ (ver coluna do significado correspondente).

NÚMERO DA OPÇÃO DE RESPOSTA	ALTERNATIVA	SIGNIFICADO
1	DISCORDO TOTALMENTE	A senhora não se sente de maneira alguma capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa, nunca se sente capaz de fazê-lo andar calçado fora de casa.
2	DISCORDO	A senhora não se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
3	ÀS VEZES CONCORDO	A senhora às vezes se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
4	CONCORDO	A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
5	CONCORDO TOTALMENTE	A senhora se sente completamente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.

AJUDAR A MÃE A ESCOLHER PRIMEIRO UMA OPÇÃO ENTRE AS 3 (CONCORDO, DISCORDO, AS VEZES) E SE ELA RESPONDER QUE CONCORDA OU DISCORDA, PERGUNTE SE ELA APENAS CONCORDA/DISCORDA OU SE CONCORDA/DISCORDA TOTALMENTE

8º Passo: A senhora tem alguma dúvida? Se tiver alguma dúvida, qualquer uma, pode dizer, eu estou aqui é para ajudá-la a entender mesmo. Pode falar... Sinta-se à vontade.

9º Passo: Se há alguma dúvida, elucide-a. Caso não haja nenhuma dúvida, pergunte a mãe se já poderão começar. Se a resposta for afirmativa, **comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário** de coleta de dados. Se a resposta for negativa, espere o melhor momento para iniciar a aplicação da escala, mostrando que ela é capaz de responder a esses itens.

10º Passo: Comece a ler o item da escala em negrito. Se perceber que a mãe respondeu com segurança, não é necessário explicar melhor o item. Mas, se perceber que ela ficou com alguma dúvida ou por um momento mais longo em silêncio, esclareça melhor o item por meio dessas sugestões que estão descritas abaixo em itálico e entre parênteses (OBS: Lembre-se de ir perguntando a resposta dela após a leitura de cada item):

ITEM (<i>Melhorando a compreensão do item</i>)	
3	<p>Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições)</i></p>
4	<p>Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária)</i></p>
5	<p>Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o seu filho).</i></p>
6	<p>Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos).</i></p>

<p>7 Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter limpo o local onde prepara a comida).</i></p>
<p>8 Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cobrir os alimentos e a água depois de se servir)</i></p>
<p>9 Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de amamentar seu filho por mais de 6 meses).</i></p>
<p>10 Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia).</i></p>
<p>11 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar suas mãos com água e sabão antes de alimentar o seu filho).</i></p>
<p>12 Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca).</i></p>
<p>13 Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de não oferecer para o seu filho a sobra de refeições anteriores).</i></p>

<p>14 Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de levar o seu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade).</i></p>
<p>15 Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida).</i></p>
<p>16 Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do seu filho após cada uso).</i></p>
<p>17 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira).</i></p>
<p>18 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cortar as unhas do seu filho quando necessário).</i></p>
<p>19 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de jogar o lixo da sua casa em sacos amarrados).</i></p>
<p>20 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter o seu domicílio limpo jogando o</i></p>

<p><i>lixo fora da casa).</i></p>
<p>21 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro).</i></p>
<p>22 Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de oferecer uma alimentação saudável para o seu filho após deixar de mamar, contendo frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).</i></p>
<p>23 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter a sua casa limpa antes do seu filho andar/brincar no chão).</i></p>
<p>24 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter seu filho calçado fora de casa).</i></p>
<p>25 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de limpar o seu filho, quando ele faz xixi ou cocô).</i></p>
<p>26 Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao seu filho).</i></p>

11º Passo: Ao término da aplicação da escala, explique a ela que agora irá fazer algumas perguntas mais relacionadas à vida dela, de sua família e à saúde do seu filho. Explique que não demorará muito e inicie a coleta do formulário. **LEMBRE-SE DE ANOTAR TODOS OS POSSÍVEIS CONTATOS TELEFÔNICOS DESSA MÃE PARA QUE POSSAMOS DAR CONTINUIDADE AO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA. ANOTE NO PRÓPRIO FORMULÁRIO DE COLETA.**

12º Passo: Ao término da aplicação do formulário, lembre-a de que irá ligar para ela algumas vezes, recapitule o melhor horário e os números de telefone. Agradeça imensamente por sua participação e entregue a pasta explicando cada item que esta contém (a escala e o cartão acompanhamento). Explique que a escala é apenas para ela ir seguindo cada item conforme você for perguntando a ela por telefone. O cartão acompanhamento é um por mês, dessa forma, presencialmente você deverá preencher os espaços na parte superior de início e término da contagem desse referido mês. Você irá explicar à mãe que cada cartão de acompanhamento corresponde a um mês, e existem 3 cartões na pasta, correspondendo a 3 meses, além disso, resalte que cada semana possui uma coloração diferenciada, de modo que cada cor corresponde a uma semana diferente. Explique que ela só precisará marcar com um “X” no dia que a criança teve diarreia, manhã, tarde ou noite (recapitule com a mãe o que é diarreia).

ANEXO F- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL – EAPDI

APLICAÇÃO POR TELEFONE (EAPDI E FORMULÁRIO REDUZIDO)

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA QUEM APLICARÁ A ESCALA - EAPDI

A avaliação da autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil se dará pela aplicação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) construída e validada por Joventino (2010). Cada item da escala será mensurado pelas notas atribuídas pelas mães a cada um dos 24 itens da escala, tanto do grupo controle como do grupo de intervenção. Ressalta-se que a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos, ou seja, de discordo totalmente a concordo totalmente.

Antes da aplicação da escala oriente a participante sobre como ela deve compreender o instrumento, lembre-a que é o mesmo instrumento que foi aplicado no posto de saúde, no primeiro encontro de vocês. Informe o significado dos extremos da escala, por exemplo, o número 5 significa que ela está bastante segura, enquanto que o número 1 indica que não se sente nada segura para realizar em seu cotidiano aquele ato preventivo de diarreia infantil.

É fundamental que você diga a cada mulher que **“não existem respostas certas ou erradas”** e que a todo o momento lembre-se de que se trata de uma **escala que mede a confiança/segurança da mãe para prevenir diarreia** em seu filho, mede **o quanto ela se sente capaz de prevenir diarreia em seu filho**, não estando, portanto, relacionada ao conhecimento que a mãe possui acerca da prevenção de diarreia.

Lembre-se sempre de que o conhecimento não garante que a mulher realize em seu dia-a-dia práticas promotoras da saúde do seu filho. Porém, caso a mulher tenha autoeficácia, as chances de atuar cotidianamente na prevenção da diarreia infantil serão mais elevadas.

PASSO A PASSO DA APLICAÇÃO DA EAPDI

1º Passo: Na coleta de dados por meio da escala por telefone, é necessário que antes de tudo você lembre a essa mulher o seu nome e aquela ocasião no posto onde se conheceram. Relembre-a de que haviam combinado que você iria ligar para ela posteriormente, como hoje por exemplo, para fazer o acompanhamento da saúde da criança. Agradeça desde já por ela ter atendido o telefone e por ela ter dado o número correto, e diga que isso só demonstra o quanto ela é uma pessoa que gosta de ajudar e colaborar com os outros, mencione que isso é uma característica muito importante em alguém... Relembre sobre o que é a pesquisa: **confiança da mãe para evitar diarreia em seu filho.**

2º Passo: Pergunte se ela está muito ocupada ou se vocês poderiam conversar um pouco... Se não puder atender no momento, já combine um outro horário para ligar para ela e mais uma vez ressalte o quanto a ajuda dela é importante para o andamento da nossa pesquisa.... E se ela puder no momento, prossiga nos passos, e peça para que ela pegue a pasta que foi entregue no dia do encontro no posto de saúde.

3º Passo: Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que **não existe resposta certa ou errada**, pois na verdade queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.

5º Passo: Diga a ela que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, afinal, em geral, as mães sabem o que seus filhos deveriam fazer para não adoecer. Mas, mesmo sabendo disso, nem sempre as mães conseguem fazer com que as crianças realmente tomem medidas que evitem a diarreia, da mesma forma que às vezes as mães sabem que devem tomar alguns cuidados de higiene, mas nem sempre se sentem capazes de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia-a-dia.

6º Passo: Então, diga que para cada uma das 24 perguntas, ela terá 5 opções para responder e sempre relacionadas a **quanto você se sente confiante para evitar diarreia em seu filho.** Peça que ela pegue a escala que está dentro da pastinha que ela recebeu no dia do nosso encontro no posto de saúde. Pergunte se ela se sente à vontade para ajuda-la na leitura de alguns itens da escala.

7º Passo: Peça que ela pegue a escala na pasta e inicie pedindo que ela leia com você os números de opções de respostas e seus significados correspondentes. Explique depois que vocês lerem todas as opções de respostas que o 1, significa que você discorda totalmente do

que eu disse; 2 que você apenas discorda; 3 que você às vezes concorda com aquele item; 4 que você concorda com o que eu disse e 5 que você concorda totalmente com o item”.

8º Passo: Pergunte se ela lembra como é a escala ou se ela tem alguma dúvida em relação ao entendimento da mesma. Caso ela tenha dúvida, exemplifique para facilitar a compreensão da escala por parte das mães. Então, utilize um item da escala como exemplo. Vamos lá, o item “Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”. O que a senhora acha? Lembre-se que eu não quero saber se a senhora faz ou não isso no seu dia-a-dia, quero saber se a senhora se sente capaz de manter seu filho calçado fora de casa. Então, a senhora terá 5 opções de respostas como eu já havia dito:

ITEM QUE EU VOU PERGUNTAR:

Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.

Se a senhora responder _____ (ver coluna alternativa), é como se a senhora estivesse dizendo que _____ (ver coluna do significado correspondente).

NÚMERO DA OPÇÃO DE RESPOSTA	ALTERNATIVA	SIGNIFICADO
1	DISCORDO TOTALMENTE	A senhora não se sente de maneira alguma capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa, nunca se sente capaz de fazê-lo andar calçado fora de casa.
2	DISCORDO	A senhora não se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
3	ÀS VEZES CONCORDO	A senhora às vezes se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
4	CONCORDO	A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
5	CONCORDO TOTALMENTE	A senhora se sente completamente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.

9º Passo: A senhora tem alguma dúvida? Se tiver alguma dúvida, qualquer uma, pode dizer, eu estou aqui é para ajuda-la a entender mesmo. Pode falar... Sinta-se à vontade.

10º Passo: Se há alguma dúvida, elucide-a. Caso não haja nenhuma dúvida, pergunte a mãe se já poderão começar. Se a resposta for afirmativa, comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário reduzido de coleta de dados. Se a resposta for negativa, espere o melhor momento para iniciar a aplicação da escala, mostrando que ela é capaz de responder a esses itens.

11º Passo: Durante a entrevista as dúvidas em relação ao conteúdo dos itens da escala poderão ser esclarecidas. Em cada item, inicie a leitura, mas deixe a mãe finalizar a leitura de cada item. Assim, teremos a certeza de ela está acompanhando com atenção. Obviamente que isso somente será possível se a mãe souber ler e se estiver disposta a ler com você. Diga que não importa se ela for ler devagarzinho, o que importa é que ela está participando... Vamos iniciar?

OBS: A parte em negrito logo após as reticências (...) é para a mãe ler com a sua ajuda. Caso ainda surja alguma dúvida, leia a versão do item que está em itálico logo abaixo e entre parênteses. Lembre-se de ir perguntando a resposta dela após a leitura de cada item.

ITEM <i>(Melhorando a compreensão do item)</i>	
1	Eu sou capaz de fazer... (com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições). <i>(A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições)</i>
2	Eu sou capaz de lavar... (as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária). <i>(A senhora se sente capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária)</i>
3	Eu sou capaz de observar... (o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho). <i>(A senhora se sente capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o seu filho).</i>
4	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos... (com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos).

<p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos).</i></p>
<p>5 Eu sou capaz de manter limpo... (o local onde preparo a comida).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter limpo o local onde prepara a comida).</i></p>
<p>6 Eu sou capaz de cobrir os alimentos... (e a água depois de me servir).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cobrir os alimentos e a água depois de se servir)</i></p>
<p>7 Eu sou capaz de... (amamentar meu filho por mais de 6 meses).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de amamentar seu filho por mais de 6 meses).</i></p>
<p>8 Eu sou capaz de dar... (mais de um banho no meu filho por dia).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia).</i></p>
<p>9 Eu sou capaz de lavar... (as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar suas mãos com água e sabão antes de alimentar o seu filho).</i></p>
<p>10 Eu sou capaz de evitar... (que meu filho coloque objetos sujos na boca).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca).</i></p>
<p>11 Eu sou capaz de... (não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores).</p>

<p><i>(A senhora se sente capaz de não oferecer para o seu filho a sobra de refeições anteriores).</i></p>
<p>12 Eu sou capaz de levar o meu filho... (para se vacinar, até seus 5 anos de idade).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de levar o seu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade).</i></p>
<p>13 Eu sou capaz de... (oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida).</i></p>
<p>14 Eu sou capaz de lavar... (com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do seu filho após cada uso).</i></p>
<p>15 Eu sou capaz de lavar as mãos... (com água e sabão após mexer na lixeira).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira).</i></p>
<p>16 Eu sou capaz de... (cortar as unhas do meu filho quando necessário).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cortar as unhas do seu filho quando necessário).</i></p>
<p>17 Eu sou capaz de jogar... (o lixo da minha casa em sacos amarrados).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de jogar o lixo da sua casa em sacos amarrados).</i></p>

<p>18 Eu sou capaz de manter... (o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter o seu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa).</i></p>
<p>19 Eu sou capaz de lavar... (as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro).</i></p>
<p>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)).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de oferecer uma alimentação saudável para o seu filho após deixar de mamar, contendo frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).</i></p>
<p>21 Eu sou capaz de manter... (a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter a sua casa limpa antes do seu filho andar/brincar no chão).</i></p>
<p>22 Eu sou capaz de... (manter meu filho calçado fora de casa).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter seu filho calçado fora de casa).</i></p>
<p>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).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de limpar o seu filho, quando ele faz xixi ou cocô).</i></p>
<p>24 Eu sou capaz de... (ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou</i></p>

comprar água mineral para oferecer ao seu filho).


12º Passo: Ao término da aplicação da escala, peça que ela guarde a escala na pasta e explique a ela que agora irá fazer algumas perguntas mais relacionadas à saúde do filho dela e que não demorará muito. Peça que pegue de dentro da pasta o roteiro do acompanhamento (é aquele que possui algumas figuras de um menino no sanitário). Pergunte-a se ela marcou que o filho dela teve diarreia em algum dia da semana passada, marcada com a cor _____; e logo após pergunte se ele teve diarreia em algum dia dessa semana, marcada na cor _____. Inicie a coleta do formulário (FORMULÁRIO REDUZIDO), lembre-se de recapitular caso tenha ficado com dúvida em alguma questão do formulário.

12º Passo: Ao término da aplicação do formulário, lembre-a de que irá ligar para ela depois de 15 dias, recapitule o melhor horário para você estar ligando e se há possibilidade do número de telefone mudar, bem como se existe uma segunda opção de número de telefone. Agradeça imensamente por sua participação. Diga o quanto ela é importante para a nossa pesquisa e para que possamos de alguma forma tentar reduzir a mortalidade de crianças por diarreia.

**ANEXO G– PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DA
ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL – EAPDI**

CHECK LIST POP REDUZIDO


APLICAÇÃO FACE-A-FACE

PASSO A PASSO		
13º	Se apresente à mãe (nome, instituição) e fale sobre a pesquisa.	
14º	Fale sobre os momentos da pesquisa: presencial e por telefone (por três meses, quinzenais). Certifique-se de que ela tem telefone e o melhor horário você ligar.	
15º	Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando uma via na pasta da mãe.	
16º	Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada , pois na verdade queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.	
17º	Explique que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, mas sim se elas se sentem capazes de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia-a-dia.	
18º	Explique o formato da escala e opções de resposta.	
19º	Exemplifique como responderia a escala tomando um item como esse exemplo: “Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”.	
20º	Pergunte se ela tem alguma dúvida e elucide-a.	
21º	Comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário de coleta de dados.	
22º	Comece a ler o item da escala em negrito. Se perceber que a mãe respondeu com segurança, não é necessário explicar melhor o item. Mas, se perceber que ela ficou com alguma dúvida ou por um momento mais longo em silêncio, esclareça melhor o item por meio das sugestões que constam no POP completo.	

23º	Explique que fará a coleta de outro formulário. E logo no início, anote os contatos telefônicos dela.	
24º	Recapitule o melhor horário para você ligar e os números de telefone.	
13º	Agradeça imensamente por sua participação.	
14º	Entregue a pasta explicando cada item que esta contém (a escala e o cartão acompanhamento) e como ela irá utilizar cada um.	

**ANEXO H – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DA
ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL – EAPDI**

**CHECK LIST POP REDUZIDO
APLICAÇÃO POR TELEFONE COM A
EAPDI E FORMULÁRIO REDUZIDO**

PASSO A PASSO		
1º	Relembre a essa mulher o seu nome e aquela ocasião no posto onde se conheceram. Relembre-a de que haviam combinado que você iria ligar para ela posteriormente. Agradeça desde já por ela ter atendido o telefone. Mostre o quanto ela é importante para nós.	
2º	Pergunte se ela está muito ocupada ou se vocês poderiam conversar um pouco: Se Sim (marque outro horário); Se Não (continue).	
3º	Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada , pois na verdade queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.	
4º	Explique que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, mas sim se elas se sentem capazes de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia-a-dia.	
5º	Peça que ela pegue a escala na pastinha, explique o formato da escala e opções de resposta. Pergunte se ela se sente à vontade para ajuda-la na leitura de alguns itens da escala.	
6º	Exemplifique como responderia a escala tomando um item como esse exemplo: “Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”.	
7º	Pergunte se ela tem alguma dúvida e elucide-a.	
8º	Comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário de coleta de dados.	
9º	Em cada item, inicie a leitura, mas deixe a mãe finalizar a leitura de cada item. Assim, teremos a certeza de ela está	

	acompanhando com atenção. Obviamente que isso somente será possível se a mãe souber ler e se estiver disposta a ler com você. Diga que não importa se ela for ler devagarzinho, o que importa é que ela está participando... Vamos iniciar?	
10º	Explique que fará a coleta de outro formulário. E logo no início, anote os contatos telefônicos dela.	
11º	Peça que pegue de dentro da pasta o roteiro do acompanhamento (é aquele que possui algumas figuras de um menino no sanitário). Pergunte-a se ela marcou que o filho dela teve diarreia em algum dia da semana passada, marcada com a cor _____; e logo após pergunte se ele teve diarreia em algum dia dessa semana, marcada na cor _____.	
12º	Inicie a coleta do formulário (FORMULÁRIO REDUZIDO).	
13º	Recapitule o melhor horário para você ligar e os números de telefone.	
13º	Agradeça imensamente por sua participação.	

ANEXO I- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 162/12

Fortaleza, 11 de maio de 2012.

Protocolo COMEPE n°: 106/12

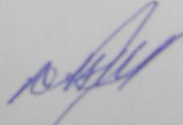
Pesquisador responsável: Lorena Barbosa Ximenes.

Título do Projeto: "Elaboração e validação de vídeos educativos para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 10 de maio de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,



Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFCE