



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

LEIDIANE MINERVINA MORAES DE SABINO

**CARTILHA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO**

FORTALEZA

2016

LEIDIANE MINERVINA MORAES DE SABINO

**CARTILHA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 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. Maria Dalva Santos Alves

Coorientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes

FORTALEZA

2016

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

-
- S121c Sabino, Leidiane Minervina Moraes de.
Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação. / Leidiane Minervina Moraes de Sabino. – 2016.
169 f.: il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves.
1. Diarreia Infantil. 2. Autoeficácia. 3. Estudos de Validação. 4. Enfermagem. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 618.923427

LEIDIANE MINERVINA MORAES DE SABINO

**CARTILHA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para conclusão do Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves
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 Régia Christina Moura Barbosa Castro
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima
Membro Suplente – Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, por me dar forças sempre e iluminar a minha vida. À minha família, um presente de Deus em minha vida e fonte de motivação sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda a sua bondade e por ter me guiado até hoje pra uma profissão tão bonita e gratificante como é a Enfermagem. Pelo seu infinito amor e por ter colocado em minha vida pessoas tão importantes que fizeram com que eu me tornasse a pessoa que sou hoje.

Aos meus pais, Leonília Maria e José Vicente, por sempre acreditarem em mim e por terem me apoiado em todas as decisões que tomei na minha vida profissional enquanto Enfermeira. Por toda a educação e tempo dispensado para que eu me tornasse uma pessoa mais humana e simples e por sempre terem tornado dos meus sonhos os seus próprios sonhos.

À minha irmã, Leila Minervina, pela convivência, pelo amor e carinho oferecidos, e por sempre ter sido um exemplo para mim. Ainda comemoraremos muitas vitórias juntas, minha irmã. Torço pelo seu sucesso.

Agradeço pelo amor incondicional da minha família, pois é por ela que vivo e encontro o sentido da vida.

Ao meu amigo e namorado Laerty Pinheiro, por sempre ter sido um verdadeiro companheiro e ter me apoiado na realização do sonho de ser Enfermeira, mestre e futuramente doutora. Por toda atenção e amor que sempre teve comigo e por sempre acreditar em mim.

A todos os amigos, por terem me motivado ao longo desses anos, sempre acreditado em mim, demonstrado carinho e dispensado atenção para saber como estava o andamento desse trabalho e comemoraram comigo a sua conclusão.

À minha orientadora Prof.^a Maria Dalva dos Santos Alves, por todos os momentos de aprendizado que vivenciamos.

Aos membros da banca, por terem avaliado com tanto esmero esse trabalho e ajudado para que o resultado final fosse o melhor possível.

Em especial à minha Coorientadora Prof.^a Lorena Barbosa Ximenes, por ter me acolhido, por ter me ajudado na realização desse trabalho e por ter contribuído para a minha formação acadêmica. Por todo o seu empenho, a sua confiança e a sua paciência, que foram fundamentais para a construção desse trabalho. Não tenho palavras suficientes para demonstrar toda a gratidão que tenho. Obrigada!

Às pessoas que contribuíram na elaboração da cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”, sobretudo Prof.^a Emanuelle, Prof.^a Jardeliny e Prof.^a Lorena, pois com a ajuda e o apoio de vocês o desenvolvimento desse trabalho foi leve e gratificante. À Joanna da Freitas Rocha, por ter realizado a ilustração e diagramação da cartilha com tanto empenho e compromisso.

Aos juízes docentes e técnicos e às mães que participaram da pesquisa e que realizaram sugestões fundamentais para a conclusão desse estudo.

À Funcap, pela bolsa concedida, a qual me proporcionou realizar esse trabalho.

E, por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desse trabalho. Muito obrigada!

“Sem a curiosidade que me move, que me inquieta e que me insere na busca, não aprendo nem ensino.”

(Paulo Freire)

RESUMO

A diarreia infantil persiste entre as principais causas de hospitalizações e mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade. Dessa forma, faz-se necessária a elaboração de materiais educativos que busquem elevar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Objetivou-se elaborar e validar uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil pelos juízes de conteúdo, juízes técnicos e população-alvo. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, em que foi elaborada a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”, utilizando-se como referencial teórico a Teoria de Autoeficácia de Bandura e como materiais de pesquisa a Escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”. Para a validação da cartilha, participaram do estudo 30 juízes de conteúdo, sendo 15 juízes com experiência docente e 15 juízes com experiência assistencial; três juízes técnicos com experiência em *design* gráfico; e 31 mães de crianças menores de 5 anos de idade. 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. A cartilha foi elaborada em oito tópicos (como saber se a criança está com diarreia; como cuidar da higiene do seu filho; saiba como cuidar da sua higiene; a limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; veja como cuidar da alimentação do seu filho; saiba a importância da vacinação para seu filho; como cuidar da criança com diarreia), seguindo-se o que a literatura recomenda para linguagem, ilustração e *layout*. Os juízes de conteúdo e técnicos validaram a primeira versão da cartilha. Em relação à validação, os juízes de conteúdo atribuíram IVC global de 0,88 para clareza de linguagem, 0,91 para pertinência prática e 0,92 para relevância teórica. Na avaliação realizada com o instrumento Suitability Assessment of Materials (SAM), os juízes de conteúdo classificaram a cartilha como “superior”, com uma média de 88,7%. Os juízes técnicos validaram a cartilha com um IVC global de 0,96 para clareza de linguagem, 1,00 para pertinência prática e 1,00 para relevância teórica. A avaliação dos juízes técnicos a partir do SAM classificou o material como “superior”, com uma média de 90,1%. A população-alvo validou a segunda versão da cartilha. A cartilha foi considerada clara por 86,9% das mães e relevante por 95,6%. O IVC global da cartilha foi de 0,99, revelando excelente nível de concordância entre as mães. A avaliação das mães no que se refere à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitação cultural e persuasão também obteve resultados satisfatórios. A versão final da cartilha foi concluída com 32 páginas, a partir das sugestões feitas pelos juízes de conteúdo, juízes técnicos e população-alvo. Conclui-se que a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” foi considerada válida quanto ao conteúdo e aparência para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Palavras-chave: Diarreia infantil. Autoeficácia. Estudos de validação. Cartilha educativa. Enfermagem. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The infantile diarrhea persists between the main causes of hospitalization and death among children under 5 years old. Therefore, it is necessary the elaboration of educational material that searches to increase the maternal self-efficacy in the infantile diarrhea prevention. An educational booklet was aimed to be created and validated by content judges, technical judges and the target audience to promote maternal self-efficacy in the prevention of infantile diarrhea. It's about a methodological development study in which an educational booklet "You can prevent your child from diarrhea!" was elaborated using the Bandura's self-efficacy theory as theoretical referential and using the scale of maternal self-efficacy for infantile diarrhea prevention and the movie "Infantile Diarrhea: you can prevent it" as research material. For the booklet's validation, 30 content judges (15 with teaching experience and 15 with healthcare experience), 3 technical judges with graphic design experience and 31 mothers with kids under 5 years old. The data was analyzed in the *Statistical Package for the Social Sciences* version 20.0. The study was approved by the Ethics in Research Committee of the Federal University of Ceará. The booklet was draw up in eight topics (how to know if a child has diarrhea; how to take care of your child's hygiene; how to take care of your hygiene; the cleaning of the environment helps to prevent diseases; let's learn how to wash produce; how to take care of your child's feeding; know the importance of vaccination for your child; how to take care of a child with diarrhea) following what the literature recommends for language, illustration and layout. The content and technical judges validated the first version of the booklet. Regarding the validation, the content judges have given a global Content Validity Index (CVI) of 0.88 for language clarity, 0.91 for practical relevance and 0.92 for theoretical relevance. The content judges classified the booklet as "superior", with an average of 88,7%, in the evaluation taken with the Suitability Assessment of Materials (SAM) tool. The technical validated the booklet with a global CVI of 0.96 for language clarity, 1.00 for practical relevance and 1.00 for theoretical relevance. The technical judges classified the material as "superior", with an average of 90.1%, according to the SAM. The target audience validated the second version of the booklet. The booklet was considered clear for 86.9% of the mothers and relevant for 95.6%. The global CVI of the booklet was 0.99, showing an excellent level of agreement among the mothers. The mother evaluation according to comprehension, attractiveness, self-efficacy, cultural acceptance and persuasion also had satisfying results. The final version of the booklet was concluded with 32 pages from the suggestions of the content judges, technical judges and target audience. Its concluded that the educational booklet "You can prevent your child from diarrhea!" was considered valid according to content and appearance for the promotion of maternal self-efficacy in the prevention of infantile diarrhea.

Key-words: Diarrhea, Infantile. Self-Efficacy. Validation Studies. Educational Booklet. Nursing. Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma apresentando a elaboração e validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2016	36
Figura 2	Diagramação representativa da cartilha educativa. Fortaleza, 2016	60
Figura 3	Ilustração da capa da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”. Fortaleza, 2016	62
Figura 4	Ilustração do primeiro tópico da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”. Fortaleza, 2016	66
Gráfico 1	Clareza dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, 2016	100
Gráfico 2	Relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, 2016	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conjunto de requisitos para definição de juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016	41
Quadro 2	Conjunto de requisitos para definição de juízes assistenciais de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016	42
Quadro 3	Conjunto de requisitos para definição de juízes técnicos proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016	46
Quadro 4	Relação entre os itens da EAPDI, as cenas do vídeo educativo e os assuntos abordados na cartilha. Fortaleza, 2016	53
Quadro 5	Sugestões realizadas pelos juízes de conteúdo. Fortaleza, CE, Brasil, 2016	71
Quadro 6	Sugestões realizadas pelos juízes técnicos. Fortaleza, 2016	93
Quadro 7	Sugestões realizadas pelas mães. Fortaleza, CE, Brasil, 2016	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos juízes docentes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016	67
Tabela 2	Caracterização dos juízes assistenciais de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016	68
Tabela 3	Distribuição dos IVC's de cada página, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016	69
Tabela 4	Frequência de pontuações para cada domínio de avaliação do SAM (N=30) de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016	83
Tabela 5	Somatório total dos escores do SAM a partir da avaliação dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016.	88
Tabela 6	Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016	90
Tabela 7	Distribuição dos IVCs de cada página, segundo a análise dos juízes técnicos. Fortaleza, 2016	91
Tabela 8	Frequência de pontuações para cada domínio de avaliação do SAM (N=3) de acordo com os juízes técnicos. Fortaleza, 2016	96
Tabela 9	Somatório total dos escores do SAM a partir da avaliação dos juízes técnicos. Fortaleza, 2016	98
Tabela 10	Distribuição dos IVCs de cada página, segundo a análise das mães. Fortaleza, 2016	101
Tabela 11	Distribuição das respostas obtidas pelas mães segundo os domínios de avaliação do material educativo. Fortaleza, 2016	106

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Diarreia infantil: indicadores de saúde.....	15
1.2	Educação em saúde na prática do enfermeiro.....	19
1.3	Cartilha como estratégia para ações de educação em saúde.....	24
2	OBJETIVOS	34
3	MATERIAL E MÉTODO	35
3.1	Tipo de estudo.....	35
3.2	Elaboração e validação da cartilha educativa.....	35
3.2.1	<i>Elaboração da cartilha educativa.....</i>	36
3.2.2	<i>Validação da cartilha educativa.....</i>	39
3.2.2.1	<i>Validação da cartilha com os juízes.....</i>	40
3.2.2.1.1	<i>Validação da cartilha com os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais).....</i>	40
3.2.2.1.2	<i>Validação da cartilha com os juízes técnicos.....</i>	45
3.2.2.2	<i>Validação da cartilha com a população.....</i>	47
3.2.3	<i>Análise dos dados.....</i>	49
3.3	Aspectos éticos.....	50
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	52
4.1	Elaboração da cartilha educativa.....	52
4.2	Validação da cartilha com os juízes.....	66
4.2.1	<i>Validação da cartilha com os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais).....</i>	66
4.2.2	<i>Validação da cartilha com os juízes técnicos.....</i>	90
4.3	Validação da cartilha com a população.....	99
5	CONCLUSÃO.....	113
6	RECOMENDAÇÕES E DIFICULDADES.....	116
	REFERÊNCIAS	117
	APÊNDICES.....	131
	ANEXOS.....	152

1 INTRODUÇÃO

1.1 Diarreia infantil: indicadores de saúde

Tem-se observado mudanças no panorama de mortalidade infantil após a elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que teve entre suas metas a necessidade de redução da mortalidade infantil em dois terços no período de 1990 a 2015. No ano de 1970, a mortalidade infantil chegava a cerca de 145 casos por mil nascidos vivos, já, em 1990, passou para 90 casos por mil nascidos vivos, e em 2012 esta taxa encontrava-se em 48 casos por mil nascidos vivos, demonstrando-se, assim, que a meta proposta estava próxima de ser alcançada. No Brasil, essa proposta foi alcançada antes do previsto, havendo a redução da taxa de mortalidade infantil de 62 casos por mil nascidos vivos para 14 casos por mil nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2012 (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF, 2014).

Sabe-se que a pneumonia e a diarreia são as duas principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos, em todo o mundo (UNICEF, 2014), sendo a diarreia considerada um grave e frequente problema de saúde pública do século XXI, com alta morbimortalidade mundial (WARDLAW et al., 2010; BÜHLER et al., 2014a), pois o número estimado de crianças que morrem no mundo por diarreia antes de completar 5 anos é de 1,2 milhão (UNICEF, 2012).

A diarreia pode ser definida como aumento da frequência das eliminações fecais (mais de três por dia), quantidade de fezes aumentadas (mais de 200 g por dia) e fezes com consistência alterada (amolecida); e, geralmente, a diarreia está associada à urgência, ao desconforto perianal, à incontinência ou a uma combinação desses fatores (SMELTZER et al., 2011).

As complicações dos casos de diarreia ocorrem devido à desidratação e aos desequilíbrios hidroeletrólíticos instalados, estando relacionados com o tratamento e a assistência inadequada. A diarreia pode ter como consequência final o óbito, estando relacionado, principalmente, à desnutrição, pois os episódios diarreicos repetidos podem ocasionar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento estato-ponderal e, até mesmo, da evolução intelectual (BRASIL, 2006).

No ano de 2012 a pneumonia foi a primeira causa de mortalidade em crianças menores de 5 anos. Nesse mesmo período a diarreia foi considerada a segunda causa de mortalidade nessa população, atingindo percentual de 9% do total das 6,6 milhões de mortes no ano, com concentração maior em regiões mais pobres. Os maiores valores são registrados na região da África Subsaariana (UNICEF, 2014).

No ano de 2014, cerca de 1.400 crianças morreram vítimas de doenças diarreicas a cada dia, desencadeadas por água contaminada, falta de saneamento ou falta de higiene (UNICEF, 2014), estando esses motivos relacionados com 88% dos óbitos mundiais (WARDLAW et al., 2010).

Desde a década de 80, o padrão de mortalidade infantil geral e por diarreia tem sido considerado decrescente, tanto no Brasil (OLIVEIRA; LATORRE, 2010) como no mundo (BLACK et al., 2010). Mesmo frente à diminuição da mortalidade em menores de 5 anos, as Regiões Norte e Nordeste do Brasil ainda concentram a maioria dos óbitos de crianças nessa faixa etária (OPAS, 2009). Os dados acerca da mortalidade por diarreia infantil, no Brasil, no ano de 2009, revelam que as crianças menores de um ano são as mais vulneráveis e as Regiões Norte e Nordeste lideram as taxas mais elevadas de óbitos também nessa faixa etária, apresentando 4 a 5 vezes mais casos quando comparadas com a Região Sul (BRASIL, 2011a; BÜHLER et al., 2014b).

Estudo realizado em todas as capitais dos estados brasileiros, no período de 1995 a 2005, revela que ocorreram mais de 39 mil mortes e cerca de 1.500.000 internações relacionadas com diarreia em crianças menores de 5 anos, no Brasil (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). É importante destacar que os dados publicados em pesquisas ainda podem ser menores do que a realidade, visto que a diarreia não é uma doença de notificação compulsória, ocorrendo muitas vezes deficiência no registro dos dados (JOVENTINO et al., 2013a).

Os casos de diarreia são registrados semanalmente por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com vigilância, monitoramento e avaliação das condições de saúde da criança pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2013a). Dessa forma, a vigilância é feita pelo registro dos dados mínimos do doente (residência, idade, plano terapêutico) nas unidades de saúde (BRASIL, 2004).

No período de 2000 a 2010, ocorreram 22.933 mortes de crianças menores de 5 anos, devido à diarreia ou gastroenterite de origem infecciosa

presumível e 1.209.622 internações no Brasil, sendo identificado que a Região Nordeste foi responsável por 57% e 46% dos casos, respectivamente. Nesse mesmo período, observou-se redução do coeficiente de mortalidade infantil no Nordeste, porém essa região ainda é a responsável pelas maiores taxas de internação e mortalidade por diarreia no Brasil (MENDES et al., 2013a).

As crianças menores de um ano que residem no Norte e Nordeste do Brasil estão mais expostas ao risco de óbito por diarreia. Fato que pode ser associado, principalmente, às questões de pobreza e saneamento básico, sobretudo, esgotamento sanitário e abastecimento de água (BÜHLER et al., 2014b). Sabe-se que as piores condições sanitárias do Brasil se encontram nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BÜHLER et al., 2014a).

Observou-se que o Estado do Ceará está entre os piores da Região Nordeste no que se refere às condições de ambiente e saúde para prevenir diarreia em crianças (BÜHLER et al., 2014b).

De acordo com relatório da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no ano de 2013, 137 dos 184 municípios cearenses ultrapassaram o número de casos de diarreia registrados desde o período de 2007 a 2012, sendo registrados 280.127 casos de diarreia, o maior número desde o ano 2000 (FORTALEZA, 2014).

O Município de Fortaleza, no Estado de Ceará, apresentou tendência decrescente na taxa de mortalidade e de internação infantil por diarreia no período de 1995 a 2005 (OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

Dados mais atuais mostram que no ano de 2012 foram registrados 6.588 casos de diarreia em crianças menores de 5 anos, em Fortaleza. No ano seguinte, em 2013, registraram-se 7.356 casos de diarreia na referida população, revelando aumento dos casos. No ano de 2014, os casos diminuíram quando comparados com os anos anteriores, atingindo 4.017 casos registrados em crianças menores de 5 anos de idade (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2015).

Estudo realizado em Canindé, interior do Ceará, revelou que a diarreia estava entre as principais doenças relacionadas com as más condições da água oferecida para as crianças, sendo observada diminuição dos casos de diarreia quando a água recebeu tratamento adequado a partir da utilização de cisternas (JOVENTINO et al., 2010).

É importante destacar que a diarreia é uma doença de fácil manejo, não necessitando de tecnologias de custo elevado (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Assim,

mesmo com a diminuição das taxas mundiais de morbimortalidade dos casos de diarreia, é inaceitável a ocorrência de muitos casos ainda registrados, visto que é uma doença facilmente evitável (MENDES et al., 2013a).

Assim, buscando compreender a diminuição registrada nos casos dessa doença, se observa que o decréscimo dos casos de diarreia observados pode estar atribuído ao reflexo das estratégias nacionais de saúde pública, com a adoção de políticas importantes de atenção à saúde da criança, como o Estratégia Saúde da Família (ESF), a vacinação contra Rotavírus e o incentivo ao Aleitamento Materno (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010).

A vacinação é uma alternativa eficaz para prevenção de alguns casos de diarreia infantil. Está disponível nas unidades básicas de saúde a Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH), implantada no ano de 2006, no calendário básico de imunização das crianças. É preconizada a administração de duas doses, a primeira aos 2 meses e a segunda aos 4 meses. Essa vacina protege contra uma das formas graves de diarreia, causada pelo Rotavírus. Desse modo, percebe-se como o cuidado à saúde da criança e prevenção da diarreia pode envolver diversos setores, tendo sua importância também na Política Nacional de Imunização (BRASIL, 2006).

Considerando a realidade do Brasil, o Programa Bolsa Família também vem contribuindo para diminuição da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos de idade, principalmente no que se refere aos motivos mais relacionados com a pobreza, como desnutrição e diarreia (RASELLA et al., 2013). Por meio do Programa Bolsa Família, a população procura as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com maior frequência para vacinação, realização de exames e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos (SHEI et al., 2014). Assim, o enfermeiro da ESF tem a oportunidade de maior contato com a população assistida e momentos de orientações para manutenção da saúde da criança e prevenção da diarreia infantil.

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) teve grande importância para o cuidado à comunidade, pois esses programas buscam maior aproximação entre profissionais da saúde e população, com o intuito de tornar as pessoas empoderadas para aumentar o controle sobre a saúde, por meio de atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2002). Em 2001, o Ministério da Saúde

alterou a denominação do Programa para Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2009).

A atenção primária à saúde, com a ESF, passou a ter o desafio de desenvolver ações de cuidados integrais individuais e coletivos voltados para a população assistida pelo programa, respondendo aos preceitos e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b). A equipe multiprofissional passa a ter uma visão da população de forma contextualizada às suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais, e, dessa forma, as ações de saúde tornam-se cada vez mais direcionadas e eficazes (FERNANDES; BACKES, 2010).

Portanto, as equipes da ESF devem conhecer os conceitos de promoção da saúde e o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que resgatem a realidade sociocultural da população (ALVES; BOEHS; HEIDMANN, 2012).

A base conceitual da promoção da saúde busca o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos em relação ao processo saúde/doença. Logo, a promoção da saúde tem o intuito de preparar as pessoas para cuidar de si, aliada às ações educativas, fazendo uma união entre os significados de saúde e autonomia (SILVA et al., 2014).

Assim, a promoção da saúde pressupõe a participação da comunidade, incentivando as pessoas a reconhecerem o seu papel como promotoras de cuidados (NUNES et al., 2014), de forma que as atividades que busquem a capacitação de indivíduos ou grupos contribuam para proteção da saúde e para potencializar fatores protetores de saúde e recursos existentes, proporcionando condições de aprendizagem que melhorem o nível de letramento em saúde (LOUREIRO, 2009).

Nesse sentido, a promoção da saúde engloba tanto as atividades de educação em saúde como também as medidas necessárias para melhoria das condições de vida da população, motivando os indivíduos a tornarem-se empoderados e corresponsáveis nesse processo.

1.2 Educação em saúde na prática do enfermeiro

A educação em saúde pode ser compreendida como uma estratégia de promoção da saúde, pois possibilita a conscientização crítica sobre a realidade pessoal e coletiva. A partir dessas ações educativas, busca-se criar um plano de

ação para reconstrução da realidade de cada população. Desse modo, acredita-se que o desenvolvimento ocorre pela interação do sujeito com o meio em que vive (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

A educação em saúde compreende oportunidades para a aprendizagem, envolvendo desenvolvimento de habilidades do indivíduo e comunidade e uma melhoria da saúde e do conhecimento. A educação em saúde também está relacionada com motivação, habilidades e confiança necessária para a tomada de decisões que resultem em saúde. Assim, a educação em saúde envolve a comunicação de informações e desenvolvimento de competências (NUTBEAM, 1998).

Em uma concepção ampliada de saúde, a educação em saúde requer a participação de clientes na mobilização, capacitação e desenvolvimento de habilidades individuais e sociais para lidar com o processo saúde/doença (MACHADO; VIEIRA, 2009).

A educação em saúde é um campo de produção e espaço para construção de saberes destinados ao desenvolvimento humano, sendo esse processo de ensino e aprendizagem tanto para o profissional como para as pessoas que estão participando do processo de construção do conhecimento. Porém, muitos profissionais não priorizam as atividades educativas, desenvolvendo ações de cunho preventivo, que buscam o repasse de informações e não criam um espaço de discussão (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Bassicheto, Rea e Donato (2009) consideram que o grande obstáculo para o desenvolvimento de atividades educativas é a carência de profissional capacitado para guiar o grupo. Destarte, o facilitador deve ter compromisso ético e competência técnica para desenvolver as atividades, devendo ter experiência nessa função. Além disso, depois de capacitado, ele deve compartilhar conhecimentos e atualizações com a população, estabelecendo-se uma relação profissional-cliente, em substituição aos antigos paradigmas de que o enfermeiro é o detentor do saber e do poder, favorecendo, assim, a comunicação entre os envolvidos.

Destaca-se que a relação apropriada para a troca de conhecimentos deve ser pautada no diálogo, sendo esse o elemento principal dessa interação, que favorece o aprendizado e as atividades de promoção da saúde. Assim, o educando terá maior oportunidade de refletir sobre o seu estilo de vida e de sua família e tomar suas próprias decisões (HEIDEMANN et al., 2010).

O educador deve compreender que ensinar não significa transferir conhecimento, mas criar meios que possibilitem a construção do saber. A prática pedagógica educacional deve tornar-se ferramenta que possibilite ao educador assumir uma posição de “problematizador” da realidade, deixando-se para trás a rotina do educador “bancário”, em que os aprendizes recebem as informações passadas e seguem como reprodutores do discurso do educador, sem ter edificado a consciência crítica sobre as situações discutidas e problematizadas (FREIRE, 2002).

Isso posto, a incorporação da educação em saúde às práticas da Estratégia Saúde da Família mostra-se cada vez mais atual e necessária, devendo ocorrer a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo ato de criar e transformar (FERNANDES; BACKES, 2010).

As equipes de saúde devem esforçar-se para realizar as atividades educativas baseadas no diálogo, sempre buscando a corresponsabilidade entre a comunidade e o setor da saúde e incentivando a população a participar das atividades (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

Para que as ações de educação em saúde sejam desenvolvidas, é necessária a participação de três atores prioritários: os profissionais de saúde, que devem valorizar essa prática de prevenção de doença e promoção da saúde; os gestores, que devem apoiar esses profissionais; e a população, que precisa construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individual e coletivamente (FALKENBERG et al., 2014).

A educação em saúde deve estar inserida na prática assistencial do profissional de enfermagem, sendo necessário que o enfermeiro se coloque como educador em um processo de construção do conhecimento junto à população (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

No contexto da atenção básica, a educação em saúde está entre as principais ações a serem desenvolvidas pela equipe, com destaque ao processo de trabalho da equipe de enfermagem, pois as próprias bases conceituais da enfermagem preconizam a função do enfermeiro como um educador, afinal não há cuidar sem educar, e vice-versa (FERNANDES; BACKES, 2010). Assim, o enfermeiro deve avaliar seu papel como educador no que se refere à contribuição da formação da consciência crítica da população no que tange às suas potencialidades

e fragilidades e, dessa forma, construir um conhecimento contextualizado com a realidade (SILVA et al., 2014).

A educação e a saúde são categorias indissociáveis, visto que grande produção intelectual da Educação na Enfermagem e na Saúde é reflexo do que a Enfermagem vem desempenhando (BACKES et al., 2013).

Para que o enfermeiro possa assumir o papel de educador, ele deve ter conhecimento sobre os princípios de ensino e aprendizagem, para assumir de forma efetiva e eficaz suas responsabilidades na assistência prática. Por outro lado, o desenvolvimento de estratégias educativas não se restringe às dificuldades enfrentadas apenas pelo enfermeiro, mas também pelo público assistido, pois este também possui limitações, as quais podem estar relacionadas às dificuldades cognitivas; às características pessoais do aprendiz, como prontidão, motivação e adesão; à negação da necessidade de aprender; dentre outros (BASTABLE, 2010).

Assim, as atividades de educação em saúde podem ser implantadas na tentativa de modificar um cenário por meio da mudança de comportamento dos envolvidos nas ações (SANTOS; PENNA, 2009).

Existem atividades educativas que podem ser desenvolvidas no cenário da atenção básica, com espaços de aprendizagem, prevenção de agravos e também para convivência e socialização (FORTUNA et al., 2013).

Os profissionais devem planejar suas ações muito além de um olhar curativista da eliminação de doenças, visualizando como mais importante o compromisso com a promoção da saúde e a mudança de comportamento das pessoas (FERNANDES; BACKES, 2010).

Dessa forma, as atividades educativas auxiliam no processo de escolha da população, visto que as pessoas estarão orientadas e conscientes da sua importância no processo de cuidar da própria saúde, auxiliando na tomada de decisões (SANTOS; PENNA, 2009).

É importante que os profissionais de enfermagem possuam conhecimentos e habilidades para buscar modificar e engajar a população com atividades mais abrangentes que estejam voltadas para a promoção da saúde (CASEY, 2007).

Nesse sentido, no contexto da diarreia infantil, os profissionais devem estimular nos cuidadores a incorporação de habilidades para que seja possível a mudança de comportamento na prática.

Frente a essa realidade, percebe-se a importância de o enfermeiro realizar atividades de cunho educativo para buscar promover a saúde das crianças, por meio da sensibilização dos familiares e cuidadores, pois são estes, principalmente a figura materna, que exercem papel fundamental no cuidado com as crianças na profilaxia da diarreia infantil (JOVENTINO, 2010).

As habilidades maternas para o manejo e a prevenção da diarreia infantil devem ser construídas nas consultas com os profissionais, cabendo ao enfermeiro o desenvolvimento de atividades educativas para orientar as mães em como proceder no cuidado à criança com diarreia, e assim intervir, gerando a promoção da saúde dessa população (JOVENTINO et al., 2013a). Observou-se que a realização de atividades educativas com mães alcança resultados positivos no que se refere à maior confiança da mãe para prevenir a diarreia da criança e também na diminuição dos casos de diarreia (JOVENTINO et al., 2015).

Sabe-se que as crianças sempre são cuidadas por um adulto, mais comumente pelos pais, sendo importante que seus cuidadores sejam capazes de evitar a diarreia infantil. Muitas vezes, os cuidadores possuem conhecimento de como evitar a instalação dessa doença, mas as crianças continuam adoecendo e necessitando de internamento hospitalar (REGO et al., 2014).

Por isso, as estratégias em busca de reduzir a morbimortalidade infantil devem estar voltadas para engajar as mães no cuidado ao controle das doenças diarreicas, de forma que ela e o filho sintam-se fortemente encorajados e possam ser responsáveis pelo cuidado e pela manutenção da saúde (CARUSO; STEPHENSON; LEON, 2010).

Estudo acerca do desenvolvimento de habilidades maternas para o manejo da diarreia infantil por meio de atividades educativas foi realizado em Cuba, destacando-se que, antes das intervenções de cunho educativo, 20,8% tinham o conhecimento adequado de como conduzir os casos de diarreia infantil. Ao término das atividades propostas, 91,6% das mães possuíam conhecimento adequado, evidenciando a importância de estratégias educativas para a construção do saber (SILVA et al., 2009).

Como as atividades educativas estão comumente associadas ao enfermeiro, é possível a formação de vínculo desse profissional com a população, de forma que o enfermeiro passa a ser visto como um profissional comprometido em

promover atividades diferenciadas, criativas e, ao mesmo tempo, acolhedoras (SILVA et al., 2014).

À vista disso, é possível compreender que o trabalho educativo não é uma tarefa simples, pois não se limita ao repasse de informações aos usuários em relação ao cuidado de si e de sua família. O processo educativo vai muito além, sendo uma prática compartilhada, de troca de saberes, a ser desenvolvida no cotidiano do trabalho em saúde (SANTOS; PENNA, 2009).

Os serviços de saúde apresentam dificuldades na escassez de recursos físicos, humanos, estruturais e materiais, o que pode tornar a prática educativa monótona, desestimulante e repetitiva, tanto para o profissional como para a população. Frente a essa realidade, acredita-se que a associação das habilidades do profissional educador com materiais de ensino dinamiza o processo de educação em saúde, tornando o uso da tecnologia educacional um recurso facilitador para a construção do saber no cenário da saúde (FONSECA et al., 2011).

Assim, os enfermeiros podem utilizar de tecnologias educativas nas atividades de educação em saúde, para sensibilizar as famílias na adoção de comportamentos saudáveis em busca da melhoria das condições de vida das pessoas.

1.3. Cartilha como tecnologia para estratégias de educação em saúde

Entre as transformações que vêm ocorrendo no mundo, pode-se citar o avanço tecnológico como um processo que vem contribuindo para facilitar e auxiliar as ações diárias das pessoas. Essas transformações também ocorrem no campo da Enfermagem, no qual se podem utilizar as tecnologias em diferentes contextos, tanto no assistencial quanto no educacional (LOPES et al., 2009).

Atualmente, é ampla a discussão sobre as tecnologias relacionadas ao setor da saúde. Dentre as práticas realizadas pelos enfermeiros, é comum a utilização de tecnologias, a qual é compreendida dentro de uma concepção de tecnologia como produto e como processo. Na tecnologia como produto, estão abordadas as informatizações, informações e artefatos, e na tecnologia como processo, os recursos relacionados ao ensino e à aprendizagem do indivíduo (AQUINO et al., 2010).

As tecnologias podem ser divididas em leve, leve-dura e dura. Nesse sentido, são compreendidas, respectivamente, como a constituição de relações para a implementação do cuidado (vínculo, gestão de serviços e acolhimento); a construção do conhecimento por meio de saberes estruturados (teorias, modelos de cuidado, cuidado de enfermagem); a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos (MERHY, 2002).

A crescente evolução das tecnologias apresenta novas possibilidades de uso desses materiais no cotidiano do trabalho em instituições de ensino e saúde (FONSECA et al., 2011). A Enfermagem vem ganhando destaque na utilização das tecnologias, com oportunidades de implementá-las e/ou desenvolvê-las para maior crescimento da profissão (BARRA et al., 2006).

Como membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro desempenha a função de educador e promotor da saúde, fazendo uso das diversas tecnologias para promoção, manutenção e recuperação da saúde, exercendo com criatividade e competência a arte do cuidar (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A inserção das tecnologias no âmbito da educação em saúde auxilia o enfermeiro em sua relação com o cliente e aponta alternativas para melhoria da educação (MENDES et al., 2013b), auxiliando na compreensão do conhecimento para os indivíduos que participam do processo educativo, fazendo com que conhecimentos anteriormente desconhecidos se tornem algo comum e acessível para a população (BARROS, et al., 2012).

A utilização de tecnologias educativas na prática da enfermagem permite que exista maior relação entre o profissional e o cliente, pois o enfermeiro poderá utilizar a tecnologia para tentar esclarecer dúvidas e formar meios de enfrentamento diante de alguma dificuldade manifestada. Assim, a comunicação acontecerá de forma mais direcionada e permitirá maior troca de informações entre os envolvidos (DODT, 2011).

A Enfermagem, além de ciência é arte, necessitando de profissionais criativos e comprometidos capazes de assumir o desafio de educar para a saúde. Assim, pode-se fazer uso ou mesmo elaborar diversas tecnologias educativas como recursos que auxiliam na formação do saber (BARROS et al., 2012). Dessa forma, o enfermeiro poderá contribuir para o empoderamento da clientela com vistas à manutenção da saúde da população (FONSECA et al., 2011).

Assim, existem diversos tipos de tecnologias voltadas para a educação em saúde, chamadas de materiais educativos, como: cartazes, folhetos, panfletos, *folders*, livretos, cartilhas, álbuns seriados, vídeos; em que todos possuem como característica comum ter a proposta de oferecer informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (BERNIER, 1996; MONTEIRO; VARGAS, 2006).

É amplamente reconhecida e praticada nos serviços de saúde a realização de atividades para construção do conhecimento da população, o que motiva a produção de materiais educativos impressos, com diversas finalidades, como: orientar e adaptar comportamentos, promover a saúde, prevenir futuros acometimentos ou informar sobre riscos e estilos saudáveis de vida (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

De forma geral, os materiais impressos utilizados nas práticas de educação em saúde têm a finalidade central de divulgar conteúdos considerados importantes para prevenção ou tratamento de enfermidades (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

O material educativo impresso é um instrumento de promoção da saúde que auxilia no processo de educação em saúde, fazendo com que o cliente seja responsável pelo seu cuidado, possibilitando interação dialógica e construção do conhecimento multidimensional capaz de empoderar o cliente e a família (BARROS et al., 2012). O material escrito deve comunicar a ideia claramente, para assegurar o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

O processo de educação em saúde com materiais impressos parte da premissa de que a clientela é potencialmente criativa e sensível, e que o processo de educar-cuidar deve ocorrer em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e humana (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

Nesse sentido, a cartilha educativa apresenta-se como um instrumento de promoção da saúde facilitador do processo educativo (BARROS et al., 2012). Para tanto, a cartilha é uma ferramenta educativa que tem o formato de um livro e que traz informações claras e detalhadas sobre determinado assunto (VIANNA, 2008), servindo como fonte de conhecimento na forma escrita, estando disponível para vários membros da família, para utilizá-la em diversos momentos, tornando-se uma fonte de informações e um guia de leitura (TORRES et al., 2009).

As cartilhas são conhecidas principalmente pelo cunho educativo, porém, também possuem caráter pedagógico, representado pelas várias estratégias diferentes pelas quais tentam passar as informações, como a estrutura da capa, os textos e as imagens, além de outras características. Todas as etapas da sua elaboração precisam ser adequadas para que, juntamente com o texto, possam ser mais bem compreendidas (VIANNA, 2008).

Os profissionais de saúde criadores e produtores de materiais impressos para clientes precisam considerar que a mensagem seja bem planejada, correta, fácil de ler, compreensível e que atinja o público-alvo (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Toda leitura de cartilha deve ser inicialmente conduzida por um profissional, mesmo que ela seja entregue para o cliente, independentemente da temática ou a quem seja destinada. O profissional precisa discutir com o público-alvo a temática da cartilha, possibilitando que as informações sejam adquiridas corretamente, que as dúvidas possam ser esclarecidas e que a relação entre profissional e cliente possa tornar-se mais efetiva (MEINERT; MARCON; BARBOSA, 2011). O material educativo não substitui a realização de educação em saúde, mas soma valores ao processo educativo (BARROS et al., 2012).

Assim, o material educativo não pode somente ser entregue para a população, sendo necessária comunicação eficiente entre o profissional e as famílias, com trocas de experiências e formação de uma postura ativa dos participantes no processo de construção de seus conhecimentos (FONSECA et al., 2011).

Cartilhas são materiais educativos capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas (ECHER, 2005). Estudos enfatizam a importância da utilização de materiais educativos, como o de Reberte, Hoga e Gomes (2012), que desenvolveram uma cartilha educativa com foco na promoção da saúde de mulheres grávidas; e o de Meinert, Marcon e Barbosa (2011), que descreve a elaboração de uma cartilha educativa direcionada para portadores de diabetes mellitus, evidenciando que o uso desta ferramenta possibilitou melhor compreensão da doença por parte do cliente e da família.

Com o intuito de conhecer os materiais educativos impressos que são utilizados no âmbito da saúde da criança, realizou-se busca nas bases de dados PUBMED (*National Library of Medicine*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and*

Allied Heath Literature) e *Cochrane Library* para conhecer as pesquisas nacionais e internacionais realizadas nessa área, sendo encontrada a realização de trabalhos nas seguintes temáticas: cartilha para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro (FONSECA et al., 2004); cartilha sobre a promoção ao cuidado da criança (GRIPPO; FRACOLLI, 2008); cartilha acerca dos cuidados pós-transplante cardíaco pediátrico (FEITOZA, 2015); material educativo sobre saúde da criança em famílias ribeirinhas (TEIXEIRA et al., 2011); livro e fita cassete acerca da asma em crianças (JENKINSON et al., 1988); manual sobre diabetes mellitus tipo I na infância (ROGENSKI et al.; 2012); material impresso sobre uretrocistografia miccional (GEBARSKI et al., 2013); livros de história sobre nutrição e atividade física para pré-escolares (BELLOWS et al., 2013); livreto sobre os comportamentos do choro do bebê (FUJIWARA et al., 2012); e folhetos para a prevenção da cárie em crianças (ARORA et al., 2012).

Após breve descrição dos objetos de estudos das pesquisas que foram citadas anteriormente, pôde-se perceber que, mesmo tendo como foco a utilização de material impresso para a saúde da criança, não foram encontrados estudos que retratassem o assunto diarreia infantil.

Sabe-se que a disponibilidade de materiais educativos acerca da diarreia infantil poderia contribuir para a modificação nos índices de mortalidade por essa doença, pois auxiliaria na promoção da saúde da população por meio das atividades de educação em saúde. Além disso, a maioria dos estudos citados anteriormente não mencionava abordagem teórica utilizada na intervenção educativa. Apenas identificaram-se dois estudos que ressaltaram o uso de referencial teórico no material educativo, como o estudo de Fonseca (2004), que foi fundamentado no referencial teórico de Paulo Freire, e o de Feitoza (2015), que se baseou no referencial metodológico de Echer.

Nesse sentido, Doak, Doak e Root (1996) destacam que os materiais educativos devem ser construídos a partir de abordagens teóricas, as quais promovem maior conhecimento acerca do contexto de saúde em que os materiais serão aplicados, trazendo diversas vantagens para os educadores em saúde, pois fornecem um quadro previsível de planejar ações mais propensas a ter sucesso, oferecem um significado para apoiar e justificar uma intervenção, dispõem de um modelo para replicar uma intervenção educativa e propõem um processo sistemático de análise dos sucessos ou fracassos. Considerando a relevância de um aporte

teórico na construção de materiais educativos, os mesmos autores ressaltaram a Teoria da Autoeficácia de Bandura (1989) como uma das abordagens que podem ser utilizadas para a elaboração dos mesmos.

Na teoria social cognitiva de Bandura (1986), o pensamento e a ação humana são considerados produtos de uma inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e emocionais. Dessa forma, os indivíduos são agentes que podem fazer coisas acontecerem com seus atos e se envolvem de forma proativa em seu próprio desenvolvimento.

A autoeficácia ou confiança materna, no que se refere à habilidade da mãe para desempenhar satisfatoriamente os cuidados com o seu filho menor de 5 anos de idade, poderá resultar na redução dos casos de diarreia infantil no contexto familiar (JOVENTINO, 2010) e melhora na execução de qualquer ação ou comportamento relacionado à saúde (JOVENTINO et al., 2013b).

Nesse contexto, destaca-se o conceito de autoeficácia, sendo compreendida como o julgamento que as pessoas fazem das suas próprias capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desenvolvimento (BANDURA, 1986). As crenças de autoeficácia baseiam-se nas percepções que os indivíduos têm sobre suas próprias capacidades, sendo um determinante crítico de como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Bandura (1997) ressalta o papel das crenças de autoeficácia no funcionamento humano, enfatizando que os indivíduos se apoiam no que acreditam.

A autoeficácia é um componente da motivação, exercendo papel importante na aquisição e mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Logo, a autoeficácia é a capacidade de supor-se com habilidade de realizar com êxito uma ação concreta, sendo capaz de incentivar as pessoas a desenvolver habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano (ORIÁ, 2008).

Algumas pesquisas realizadas com a utilização de materiais educativos pautados na Teoria da Autoeficácia de Bandura têm evidenciado aumento da autoeficácia com o público participante, como o estudo de Dodt et al. (2013) e Javorski (2014), que aplicaram um álbum seriado com a temática de aleitamento materno, o primeiro com um grupo de puérperas no pós-parto imediato e o segundo com gestantes no terceiro trimestre de gestação, ambos logrando resultados positivos de aumento da autoeficácia no âmbito das habilidades maternas.

Bandura e Adams (1982) retratam as quatro fontes de informação que norteiam o desenvolvimento das crenças de autoeficácia: experiências de êxito, experiências vicárias ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos. É a combinação dessas quatro fontes que determinam a autoeficácia.

As experiências de êxito são importantes, pois as experiências anteriores podem deixar o indivíduo mais seguro ou mais temeroso, a depender do desfecho obtido (SALVETTI; PIMENTA, 2007). A fonte primordial para a autoeficácia é a experiência bem-sucedida, dessa maneira, êxitos em tarefas geram aumento da autoeficácia, enquanto que experiências de fracasso levam a uma baixa autoeficácia no desenvolvimento da tarefa em questão (BANDURA, 1997). Ao relacionar essa fonte com a temática da presente pesquisa, acredita-se que, quando a mãe coloca em prática as medidas preventivas para evitar a diarreia infantil e percebe uma melhoria de saúde do filho, tende a querer repetir as ações que a levaram a essa situação, mantendo comportamentos preventivos e elevando a autoeficácia (JOVENTINO, 2010).

As experiências vicárias retratam o estímulo a adotar posturas de promoção da saúde adequadas ao observar pessoas que vivenciaram a mesma experiência e obtiveram resultados positivos (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Assim sendo, compartilhar os esforços bem-sucedidos de outras pessoas é uma fonte importante de autoeficácia, principalmente se o indivíduo não possui experiência pessoal prévia (VAN DER BUL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Neste contexto, para a prevenção da diarreia infantil, uma mãe poderá utilizar outra mãe como modelo, pois, ao observar que outra mãe conseguiu prevenir a diarreia com as medidas preventivas adotadas, se sentirá motivada para adotar os mesmos cuidados (JOVENTINO, 2010).

A persuasão verbal pode ocorrer por meio de pessoas experientes e profissionais que podem convencer a pessoa de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Essa fonte é considerada relativamente fraca na determinação da autoeficácia quando comparada com as anteriores, visto que nem as experiências vicárias nem a persuasão verbal terão efeitos tão positivos se comparadas ao indivíduo experimentar o sucesso real e pessoal (BANDURA, 1997). Por conseguinte, para prevenção da diarreia infantil, os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, não devem apenas explicar medidas preventivas da diarreia, mas buscar incentivar as mães para que se sintam

capazes de prevenir a diarreia no filho e melhorarem o nível de autoeficácia (JOVENTINO, 2010).

As respostas fisiológicas também são um aspecto relevante, visto que ansiedade, medo, fadiga e dor influenciam negativamente na percepção de autoeficácia (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Destaca-se que a diminuição dos fatores estressores emocionais melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho (SALVETTI et al., 2007). Portanto, acredita-se que a diminuição dos estressores mentais e emotivos pode ser alcançada quando as mães adquirem autoeficácia e passam a sentirem-se capazes de prevenir a diarreia no filho (JOVENTINO, 2010).

Destarte, a autoeficácia materna pode ser influenciada pela experiência anterior da mulher em cuidar de crianças, compartilhamento de experiências com outras mães que vivenciaram situações semelhantes e encorajamento de pessoas significativas e de profissionais de saúde (LEAHY-WARREN; McCARTHY, 2010).

Dessa forma, considerando que a Teoria da Autoeficácia pode ser utilizada para aumentar a confiança pessoal para a realização de cuidados e adoção de hábitos de vida saudáveis e ressaltando a importância de inserir o conceito de autoeficácia materna no cuidado da criança, Joventino (2010) construiu uma escala para mensurar a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil e, posteriormente, um vídeo educativo (JOVENTINO, 2013) que enfoca a prevenção da diarreia infantil pautada na autoeficácia materna.

A Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil – EAPDI, desenvolvida por Joventino (2010), trata-se de uma escala Likert e possui 24 itens divididos em dois domínios, sendo eles: práticas alimentares/gerais, com nove itens; e higiene da família, com 15 itens. A escala foi validada por juízes e mães, atingindo IVC de 0,96, sendo constatado que a EAPDI é confiável, válida e capaz de avaliar a autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Além disso, verificou-se que níveis elevados de autoeficácia materna evidenciados pela aplicação da EAPDI configuram-se em fator protetor para ocorrência de diarreia infantil (JOVENTINO et al., 2013c).

A EAPDI foi construída à luz da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e pode ser utilizada por enfermeiros, para que possuam dados que embasem intervenções e orientações para uma população específica (JOVENTINO, 2010)

Além disso, destaca-se a elaboração e validação do vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”, como uma tecnologia a ser utilizada em estratégias educativas para o aumento da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil (JOVENTINO, 2013).

O vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” foi construído a partir da EAPDI e da Teoria da Autoeficácia de Bandura. O vídeo retrata situações comuns em que mães demonstram no seu cotidiano como conseguem prevenir doenças diarreicas nos filhos, mesmo em contextos ambientais, socioeconômicos e sanitários mais simples. Além disso, retrata experiências vivenciadas por mães e ratificadas pelas orientações da enfermeira do quanto são capazes de melhorar a autoeficácia em prevenir diarreia infantil.

O vídeo abordou os dois domínios da EAPDI, práticas alimentares/gerais e higiene da família, bem como todos os itens da escala. Assim, destaca-se que cada item da escala corresponde às cenas do vídeo. Os itens que geraram menor valor de autoeficácia materna em estudo anterior (item 11 e 15 da EAPDI) (JOVENTINO, 2010) foram abordados com maior clareza no vídeo (JOVENTINO, 2013).

Ao implementar a utilização do vídeo educativo citado, Joventino (2013) constatou que as mães que haviam recebido as orientações sobre a prevenção da diarreia infantil com o auxílio do vídeo educativo tinham alcançado maior autoeficácia materna no assunto abordado, mesmo três meses após a realização da intervenção educativa ter sido realizada.

Frente a essa realidade, de obtenção de resultados de elevada autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil a partir do vídeo educativo desenvolvido por Joventino (2013), julgou-se relevante a elaboração de outros materiais educativos que tenham como objetivo aumentar a autoeficácia materna e que também estejam baseados na Teoria de Autoeficácia de Bandura.

Além disso, seguindo as recomendações da pesquisa de Joventino (2013), que aponta a diarreia infantil como uma patologia multicausal e multifatorial, destaca-se a necessidade de programas, intervenções e estratégias com enfoque na prevenção desse agravo.

Assim, o estudo foi elaborado pautado no seguinte questionamento: A cartilha elaborada a partir dos pressupostos da autoeficácia foi considerada válida

quanto ao conteúdo e aparência para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil?

Diante destas considerações, pode-se ressaltar que a realização deste estudo foi relevante, pois oportunizou o desenvolvimento de uma cartilha educativa que aborda a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, a qual estará disponível para a mãe e demais membros da família, resultando em um material impresso que elevará a confiança materna e possibilitará a construção do saber.

É importante salientar que os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros atuantes na atenção básica, poderão dispor de um material impresso que auxiliará na proteção e promoção da saúde das crianças, refletindo os benefícios na redução dos casos de internação e morbimortalidade por diarreia infantil.

2 OBJETIVOS

- Elaborar uma tecnologia educativa do tipo cartilha para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil;
- Validar a cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, quanto ao conteúdo e aparência, por juízes de conteúdo e técnicos;
- Avaliar o material educativo utilizando o instrumento Suitability Assessment of Materials (SAM) por juízes de conteúdo e técnicos;
- Validar a cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil quanto à sua aparência pelas mães de crianças menores de 5 anos de idade;
- Avaliar o material educativo quanto à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão pelas mães de crianças menores de 5 anos de idade.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo de desenvolvimento metodológico, o qual se refere à elaboração, validação e avaliação de um instrumento e técnica de pesquisa que possa posteriormente ser utilizado por outras pessoas (POLIT; BECK, 2011). Esse delineamento metodológico consiste na elaboração e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que possam ser implementadas e avaliadas em ambiente educacional e assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços (RODRIGUES, 2007).

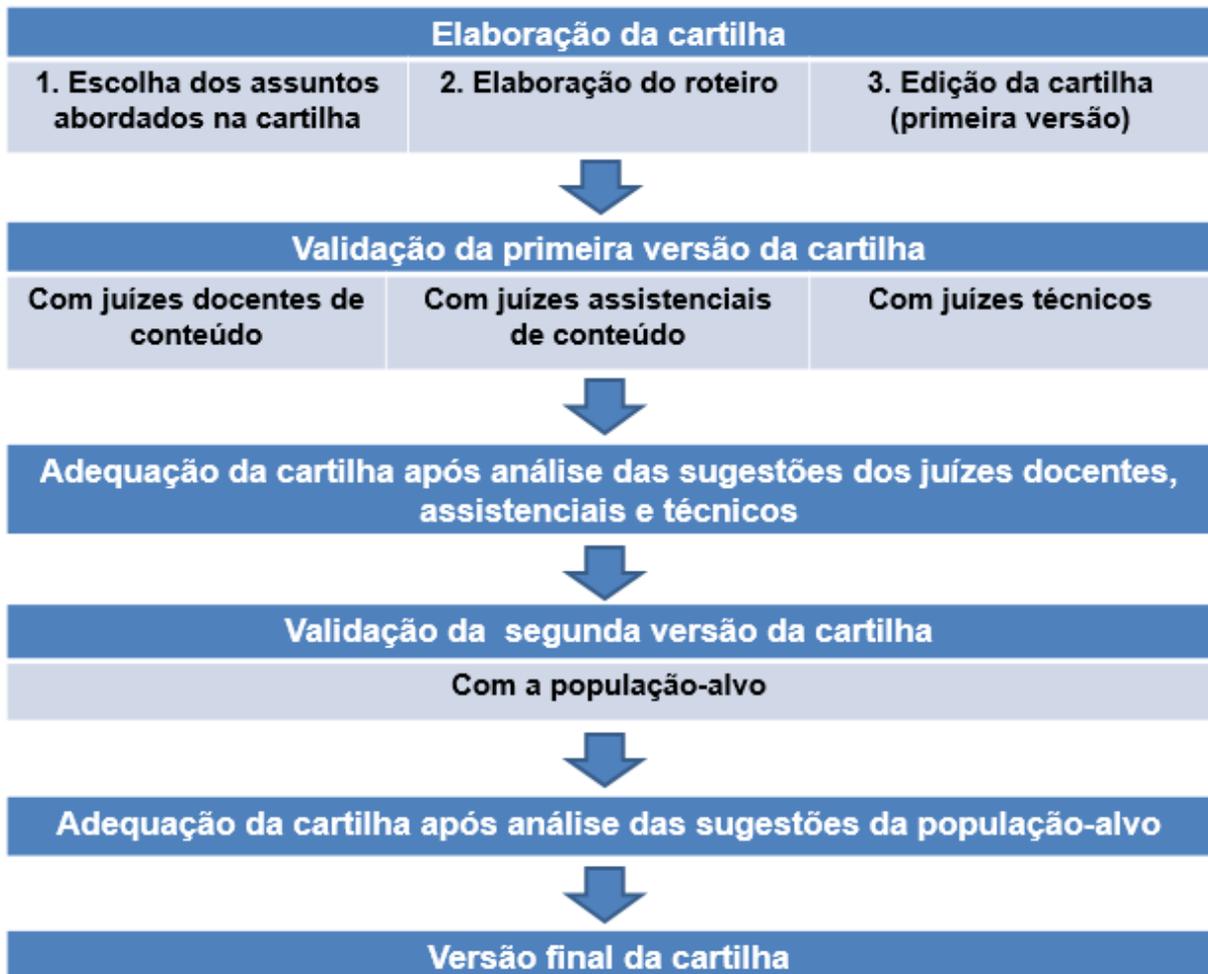
No que se refere à realidade acadêmica, principalmente na área da enfermagem, estudos deste tipo estão sendo desenvolvidos, tendo crescido o interesse em pesquisas que abordem a elaboração e a validação de materiais educativos, como cartilhas, *folders*, guias de orientação, álbuns seriados, escalas, dentre outros. Esses materiais têm como objetivo primordial a sua utilização na prática assistencial, de forma que possam orientar os cuidados dos profissionais com foco na melhoria da qualidade do atendimento prestado ao indivíduo, à família e à comunidade (FREITAS, 2010; PRADO, 2011; BARROS, 2015; LIMA, 2014).

Assim, para este estudo, foram realizadas a elaboração e a validação de uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

3.2 Elaboração e validação da cartilha educativa

Para melhor detalhamento da elaboração e validação do material educativo, a Figura 1 retrata os passos que foram realizados.

Figura 1 - Fluxograma apresentando a elaboração e validação da cartilha educativa. Fortaleza, 2016



Fonte: Sabino (2016).

3.2.1 Elaboração da cartilha educativa

O referencial teórico que permeou a elaboração da cartilha educativa foi a Teoria de Autoeficácia de Bandura (1989). Essa Teoria também norteou a elaboração da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), construída e validada por Joventino (2010), e do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, o qual foi elaborado e validado também por Joventino (2013). Destaca-se que a EAPDI e o vídeo citado foram utilizados como materiais de busca para o levantamento das informações contidas na cartilha.

É importante destacar que, para a elaboração da EAPDI, Joventino (2010) baseou-se na psicometria segundo os princípios de Pasquali (2003), tendo sido uma das etapas de sua elaboração a realização de um levantamento bibliográfico sobre

prevenção da diarreia infantil nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed); *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *The Cochrane Library* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Nesse sentido, Lobiondo-Wood e Haber (2001) reportam que para ser realizada a elaboração de um material que retrate adequadamente a realidade, é oportuno que o universo de conteúdo forneça estrutura e base de constructo.

Dessa forma, para a elaboração da cartilha educativa, fez-se um esboço inicial da elaboração textual (roteiro) do conteúdo com os assuntos específicos que foram abordados em cada página da cartilha, de acordo com o roteiro do vídeo educativo proposto por Joventino (2013), o qual foi validado por juízes de conteúdo e técnico.

Para a elaboração da cartilha foi realizada uma associação entre os itens da EAPDI, as cenas do vídeo educativo e os assuntos retratados em cada página da cartilha. Sendo assim, exemplifica-se como se procedeu no processo de elaboração das páginas da cartilha: 1. Item 4 da EAPDI: Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos; 2. Cena 6 do vídeo: Antônia menciona que sempre lava bem as mãos com água e sabão, antes de pegar nos alimentos ou preparar a comida (...); 3. Página 11 da cartilha: aborda a higiene das mãos antes de manipular os alimentos.

Após esse processo de associação, foi elaborado o roteiro, com a seleção das possíveis cenas ilustrativas. Depois dessa fase, foi realizado contato com profissional técnico capacitado para a elaboração da diagramação da cartilha, de forma que as figuras fossem atrativas, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural da população-alvo. Destaca-se que o referido profissional teve acesso ao vídeo educativo construído por Joventino (2013), sendo apresentadas as filmagens para melhor adequação da realidade da população também no material impresso.

Para a elaboração dos desenhos, foi utilizado o programa Adobe Ilustrador CS3 e para a diagramação, o programa Adobe InDesign CS3, de forma que, após a elaboração de cada página com as figuras e textos propostos, o material foi encaminhado para a pesquisadora, para que a mesma realizasse uma avaliação prévia do material confeccionado.

Para adequabilidade da comunicação escrita utilizada na cartilha educativa, foram utilizados como referencial teórico-metodológico os estudos de Doak, Doak e Root (1996), Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e os guias práticos *Simply Put* (2009) e *A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials* (2010), que ressaltam aspectos que devem ser considerados na elaboração de materiais educativos impressos, como linguagem, ilustração, *layout* e *design* do material educativo.

Para a elaboração do material educativo buscou-se utilizar uma linguagem clara, simples e direta para melhor compreensão do conteúdo exposto. Para instruções escritas, um recurso para leitura de palavras é escrever sentenças curtas, usando palavras comuns e na voz ativa, conforme utilizado na cartilha. As frases foram escritas de modo que indivíduos com baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o material, visto que uma linguagem difícil poderia dificultar a compreensão do conteúdo exposto (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

O uso de ilustrações no material educativo teve o intuito de explicar ou enfatizar ideias importantes do texto, sendo apresentadas ilustrações de boa qualidade, alta definição e familiares ao público-alvo. No que se refere ao *layout* e *design*, a capa da cartilha apresentou imagens, cores e textos atrativos, de forma que o público-alvo capte a mensagem principal ao visualizar o material. Além disso, as informações da cartilha foram apresentadas com a fonte 16, no mínimo, em tópicos e subtópicos, usando recursos como títulos, subtítulos, negritos e marcadores, com o intuito de facilitar a compreensão da mensagem pelos leitores (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Após a delimitação dos assuntos, das frases e dos parágrafos utilizados na cartilha, a mesma passou pelo teste de legibilidade de Flesch. A legibilidade de um texto refere-se à facilidade com que ele pode ser lido. Diversas características interferem no processo de leitura do texto, como vocabulário utilizado e estrutura das frases (SILVA; FERNANDES 2009). Para tanto, foram criadas fórmulas para determinar de maneira objetiva a legibilidade de um texto, dentre elas, o teste de legibilidade de Flesch, simples e muito utilizado para calcular a facilidade de leitura de um texto (MARTINS et al., 1996).

O teste foi aplicado em cada parágrafo/frase da cartilha e, posteriormente, na cartilha completa, adotando-se como referência os seguintes índices: 100-75: muito fácil; 74-50: fácil; 49-25: difícil; 24-0: muito difícil (MARTINS et al., 1996).

Destaca-se que as frases classificadas como “difícil” ou “muito difícil” foram reescritas para melhor compreensão pela população à qual se destina. Ressalta-se que o teste de legibilidade de Flesch foi aplicado pela própria pesquisadora, por ser um teste fácil de ser realizado e disponível para ser aplicado a partir do *Word*.

3.2.2 Validação da cartilha educativa

Após a elaboração da cartilha educativa, foi necessário validá-la, por meio da apreciação de comitê composto por juízes, os quais possuíam saberes variados em níveis e contextos diferentes. Com isso, pretendeu-se comparar os objetivos da cartilha com o conteúdo, analisando abrangência e representatividade. Destaca-se que, dependendo dos resultados, os conteúdos foram mantidos, revisados ou eliminados (LACERDA; MAGALHÃES; REZENDE, 2007).

O termo “validade” remete a um tipo especial de acurácia, sendo o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY et al., 2008). A validação é uma etapa indispensável ao processo de elaboração de instrumentos, visto que permite verificar se as medidas representadas no mesmo são válidas e confiáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), conferindo maior credibilidade ao material que se pretende utilizar (DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012).

Dentre os tipos de validação, optou-se, neste estudo, pelas análises de conteúdo e de aparência. A primeira é realizada para que se possa verificar se os conceitos estão representados de modo adequado, bem como se os itens são representativos (POLIT; BECK, 2011). A análise de aparência é necessária para que os juízes possam avaliar clareza e compreensão para a população à qual se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Além da validade de conteúdo e de aparência, Doak, Doak e Root (1996) reforçam a importância da avaliação de materiais educativos como uma forma de avaliar a dificuldade e adequação dos materiais escritos. Os mesmos autores ressaltam a utilização dentre os métodos citados do instrumento *Suitability Assesment of Materials* (SAM) como um dos instrumentos que pode ser utilizado para avaliação de materiais educativos impressos. O SAM destaca-se por abordar uma avaliação mais rigorosa e quantificada de materiais, a ser utilizado em qualquer meio. Neste sentido, o presente estudo também realizou a avaliação do material construído por meio do uso do instrumento SAM.

O instrumento SAM foi construído em 1993 e validado com 172 profissionais de saúde de vários países e culturas diferentes e alunos da *University of North Carolina School of Public Health and Johns Hopkins School of Medicine*. O instrumento consiste em um *check-list* com seis categorias (1. conteúdo, 2. linguagem adequada para a população; 3. ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; 4. *layout* e tipografia; 5. estimulação para aprendizagem e motivação; 6. adequação cultural) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Ressalta-se que diversos estudos já realizaram a avaliação de materiais educativos com a utilização do SAM (TUOT et al., 2013; LEBRUN et al., 2013; TAYLOR-CLARKE et al., 2012).

3.2.2.1 Validação da cartilha com os juízes

Após a elaboração da cartilha, esta foi encaminhada simultaneamente para validação por três grupos de juízes: grupo 1 – juízes com experiências na área da docência, os quais foram denominados de juízes docentes de conteúdo; grupo 2 – juízes com experiência na área da assistência, nomeados de juízes assistenciais de conteúdo; e grupo 3 – juízes com experiência na área de *design* gráfico, intitulados de juízes técnicos.

3.2.2.1.1 Validação da cartilha com os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais)

Para identificação e recrutamento dos juízes de conteúdo, foram utilizados os critérios de Jasper (1994), de forma que o autor aponta que um especialista em determinada área deve atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes; e possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.

Para a presente pesquisa, estipulou-se que os juízes de conteúdo deveriam atender a pelo menos dois dos critérios descritos por Jasper (1994), para que assim pudessem ser considerados como especialistas na área temática. Dessa forma, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram

estabelecidas, de modo que o participante deveria atender a, no mínimo, uma das características instituídas para o requisito em que se enquadra. Destaca-se que esta forma de seleção também foi realizada no estudo de Mota (2014).

Os Quadros 1 e 2 apresentam o conjunto de requisitos para definição de juízes de conteúdo docentes e assistenciais, respectivamente, conforme recomendações de Jasper (1994), assim como as características referentes a cada requisito, elaboradas para o presente estudo, e adotadas para identificar e selecionar os peritos em Saúde da Criança/Diarreia Infantil para avaliação da cartilha educativa.

Quadro 1 - Conjunto de requisitos para definição de juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência docente na área de interesse*; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*; - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
Possuir habilidade especial em	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*;

determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter autoria em artigo(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em periódico(s) classificados pela CAPES; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	- Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: Saúde da Criança, Diarreia Infantil, Saúde da família/coletiva/pública, Doenças infecciosas e parasitárias. Fonte: Sabino (2016).

Quadro 2 - Conjunto de requisitos para definição de juízes assistenciais de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*;

assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em resumos(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: Saúde da Criança, Diarreia Infantil, Saúde da família/coletiva/pública, Doenças infecciosas e parasitárias. Fonte: Sabino (2016).

No que se refere ao número de juízes que devem participar do processo de validação, não existe padronização que indique este número, de forma que há autores que sugerem a quantidade correta. Pasquali (1997) propõe que esse número pode variar entre seis e 20 sujeitos; Lynn (1986) refere um quantitativo entre três e 10 juízes; Fehring (1986) recomenda 25 a 50 especialistas. Além disso, é válido destacar a necessidade de uma quantidade ímpar de juízes, a fim de evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982). No presente estudo, foi seguida a recomendação de Fehring (1986) para a escolha do número de juízes participantes,

tendo participado da validação da cartilha 30 juízes de conteúdo (15 juízes docentes de conteúdo e 15 juízes assistenciais de conteúdo).

É importante ressaltar que inicialmente foram convidados 22 juízes docentes de conteúdo, entretanto somente 19 aceitaram participar da pesquisa e 15 devolveram o material no período estipulado pela pesquisadora. No que diz respeito aos juízes assistenciais de conteúdo, foram convidados 21 juízes, tendo todos aceitado participar da pesquisa, contudo somente 15 devolveram o material no tempo determinado pela pesquisadora. A validação da cartilha realizada pelos juízes de conteúdo ocorreu no período de agosto e setembro de 2015.

A amostra de juízes docentes e assistenciais de conteúdo foi realizada por meio de amostragem de rede ou bola de neve, a qual, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), é uma estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras, como nesse caso, em que se exigem características muito específicas dos juízes. Assim, quando encontrou-se um sujeito que se enquadrava nos critérios de elegibilidade estabelecidos, foi solicitado ao mesmo que indicasse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Aos juízes que preencheram os critérios de elegibilidade, respeitando aos requisitos mínimos propostos por Jasper (1994), foi enviada uma Carta-Convite (APÊNDICE A), via e-mail, correio postal ou pessoalmente, explicitando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem da mesma. Após aceitação, foram disponibilizadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), para que confirmassem formalmente a participação no presente estudo; uma sinopse sobre a teoria de autoeficácia (ANEXO A); um questionário de caracterização dos juízes, adaptado de Joventino (2010) (ANEXO B); um instrumento de validação (APÊNDICE C), um instrumento de avaliação (ANEXO C) e uma cópia da cartilha educativa. Ressalta-se que foi disponibilizado aos juízes um período de 10 dias para responder à avaliação da cartilha. Para os participantes que não atenderam a esse período, foi feito novo contato e prorrogado o prazo por mais 10 dias, sendo excluídos da pesquisa os que não enviaram o material até o segundo prazo estipulado.

A sinopse sobre a teoria da autoeficácia (ANEXO A) foi disponibilizada para que todos os juízes pudessem compreender melhor o referencial teórico utilizado na elaboração da cartilha educativa (JOVENTINO, 2010).

No questionário de caracterização dos juízes foram disponibilizadas as informações sobre a vivência acadêmica e profissional, bem como experiência com a temática estudada (ANEXO B) (JOVENTINO, 2010).

O instrumento de validação da cartilha (APÊNDICE C) foi realizado mediante uma escala de Likert, cujo resultado mostrou a equivalência de conteúdo. Nesse momento, as figuras e os textos da cartilha foram avaliados em três critérios: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Além disso, o instrumento apresentou uma coluna destinada às sugestões dos juízes.

Para auxiliar no preenchimento adequado, os juízes receberam instruções quanto aos critérios que precisavam ser analisados: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. As respostas foram avaliadas segundo grau de concordância aos critérios, de forma que 1 representa “pouquíssima”, 2 representa “pouca”, 3 representa “média”, 4 representa “muita” e 5 representa “muitíssima”.

O instrumento para avaliação da cartilha educativa foi o SAM (ANEXO C), sendo avaliado o conteúdo; linguagem adequada para a população; ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação; e adequação cultural. Para cada item das seis categorias avaliadas, foi atribuída classificação de “superior”, “adequado” ou “inadequado”.

3.2.2.1.2 Validação da cartilha com os juízes técnicos

Os juízes técnicos que foram selecionados para o estudo também realizaram a validação da cartilha. A seleção dos juízes técnicos ocorreu igualmente por meio de amostragem de rede ou bola de neve. Os juízes que se enquadravam nos critérios de Jasper estabelecidos indicaram outros profissionais para participarem da pesquisa.

Os critérios avaliados para participar do estudo estão elencados no Quadro 3 e também seguiram os requisitos de Jasper (1994). Para esta fase da escolha dos participantes, estipulou-se que os profissionais deveriam atender a dois requisitos, com pelo menos uma característica em cada um dos requisitos em que se enquadra.

Quadro 3 - Conjunto de requisitos para definição de juízes técnicos proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da cartilha educativa. Fortaleza, 2016

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional com cartilha educativa e/ou material impresso por um período mínimo de 5 anos.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter experiência como avaliador de cartilhas educativas e/ou materiais impressos; - Ter autoria em resumos(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de

em um teste específico para identificar juízes.	Design da Informação.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: cartilha educativa e/ou material impresso. Fonte: Sabino (2016).

O número de juízes técnicos seguiu estudo anterior de Joventino (2013), com a escolha de três juízes, atendendo, também, ao proposto por Lynn (1986). Ressalta-se que 19 juízes foram convidados, mas somente quatro aceitaram participar e três devolveram o material em tempo hábil. A validação da cartilha realizada pelos juízes técnicos ocorreu no período de agosto e setembro de 2015.

O processo de contato com os juízes técnicos ocorreu enviando carta-convite (APÊNDICE D) via *e-mail*. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa receberam o material completo de avaliação da cartilha, contendo TCLE (APÊNDICE E); sinopse sobre a teoria de autoeficácia (ANEXO A); o questionário de validação (APÊNDICE C) e avaliação da cartilha (ANEXO C); o questionário de caracterização do profissional, contendo informações sobre a vivência acadêmica e profissional e experiência com cartilhas e materiais educativos (APÊNDICE F), adaptado de Joventino (2013); e a cartilha educativa. O prazo solicitado para devolução do material foi de 10 dias. Caso o participante não tenha atendido ao prazo de devolução do material, foram disponibilizados mais 10 dias, sendo excluído da pesquisa após esse período. Ressalta-se que todos os instrumentos utilizados foram adaptados a partir do estudo de Joventino (2013).

3.2.2.2 Validação da cartilha com a população

Após validação pelos juízes de conteúdo e técnico, foram analisadas as sugestões recomendadas e realizado novo contato com o profissional técnico responsável pela ilustração e diagramação da cartilha, para que o mesmo realizasse

as modificações e adequação do material para que pudesse ser utilizada a nova versão da cartilha. Em seguida, a cartilha foi validada pela população, visto que essa avaliação realizada pela população-alvo confere maior confiança ao instrumento educativo construído, de modo que se verifica se está compreensível para o grupo de pessoas ao qual se destina. Esse grupo realizou a validação de aparência da cartilha educativa.

A validação da cartilha junto aos indivíduos que vivenciam ou vivenciaram o tema nela abordado é uma atividade necessária, visto que os mesmos são o foco da atividade que se pretende realizar após a elaboração do material educativo (LIMA, 2014). Portanto, trata-se de um momento importante, que possibilita verificar o que não foi compreendido, o que deve ser acrescentado ou aperfeiçoado, além de se perceber algum distanciamento entre o que foi exposto e o que foi compreendido pela população-alvo (FONSECA et al., 2004; RODRIGUES et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2015).

Dessa forma, participaram deste momento do estudo as mães de crianças menores de 5 anos de idade, que eram atendidas no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual se localiza na Secretaria Executiva Regional III do Município de Fortaleza/CE e é pertencente à Universidade Federal do Ceará. Ademais, foram adotados como critérios de inclusão: mães com pelo menos um(a) filho(a) com idade inferior a 5 anos, atendidas na instituição citada; e como critério de exclusão adotou-se: mães com dificuldade de compreensão para avaliar a cartilha educativa, seguindo os mesmos critérios de Nascimento (2015).

No que concerne ao tamanho amostral, seguiram-se as recomendações de Fehring (1986), ou seja, um número de 25 a 50 sujeitos para validação de tecnologias/instrumentos. Desse modo, obteve-se um total de 31 mães, ressaltando-se que o número ímpar de sujeitos é utilizado em busca de evitar empates nas respostas e nos questionamentos dúbios (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008; NASCIMENTO et al., 2015).

Foram convidadas a participar as mães que estavam aguardando atendimento no CEDEFAM, logo, a amostragem deste grupo foi não probabilística por conveniência. Destaca-se que algumas mães convidadas para participarem da pesquisa recusaram-se por apresentarem pouca habilidade na leitura e por falta de tempo ou interesse. Àquelas que aceitaram foi apresentado o objetivo do estudo e, em seguida, solicitada a concordância por meio da assinatura em duas vias do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), ficando uma das vias com a própria mãe. A validação da cartilha realizada pelas mães ocorreu no período de outubro e novembro de 2015.

Dessa forma, a mãe foi convidada para ir a uma sala reservada e iniciar a leitura da cartilha na presença da pesquisadora e, em seguida, o instrumento de coleta de dados foi aplicado pela própria pesquisadora.

O tempo médio de leitura da cartilha foi de 8 minutos e 48 segundos, com um tempo mínimo de 5 minutos e máximo de 17 minutos. Em relação ao tempo de duração da aplicação do instrumento, variou de 12 a 31 minutos, com uma média de 22 minutos e 6 segundos.

O instrumento utilizado para validação junto à população-alvo (APÊNDICE H) corresponde a um formulário construído por Nascimento et al. (2015), o qual foi adaptado (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; NEGRETTO, 2011) e validado, que contemplou os seguintes domínios: compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão do material educativo. Ainda neste formulário, havia um *checklist* quanto à clareza, à relevância e ao grau de relevância das páginas da cartilha educativa, contendo também um espaço destinado para sugestões (DODT, 2011), além da caracterização sociodemográfica das mulheres (JOVENTINO et al., 2013d).

Após aplicação da cartilha com a população-alvo, foram analisadas as sugestões e houve um novo contato com o profissional responsável pela ilustração e diagramação da cartilha, para que os ajustes necessários fossem realizados.

3.2.3 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados, processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e apresentados em tabelas e gráficos. Para análise da validade de conteúdo da cartilha educativa, foi usado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado com base em três equações matemáticas: o S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala), S-CVI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 – realmente relevante, e 4 – muito relevante, por todos os juízes) e o I CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006). O IVC varia de -1 a 1 e considera-se válido o item cuja concordância entre os

juízes seja igual ou maior que 0,80 (NORWOOD, 2006). Ressalta-se, desta forma, que 0,8 é o valor mínimo como critério de decisão de permanência do item avaliado. Assim, essa informação não significa afirmar que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas houve relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos dos demais (ORIÁ, 2008).

Quanto à validade de aparência, considerou-se como critério de pertinência pelo menos 75% de concordância entre cada grupo de participantes (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; SALMOND, 1994). Os resultados do questionário dissertativo foram organizados com base na síntese das respostas, de modo que a análise foi feita de maneira descritiva e discutida segundo a literatura pertinente.

Os dados referentes ao teste de legibilidade de Flesch foram analisados a partir do referencial de Martins et al. (1996), que atribui as seguintes classificações de acordo com os índices obtidos: 100-75: muito fácil; 74-50: fácil; 49-25: difícil; 24-0: muito difícil.

Os dados obtidos pela aplicação do questionário SAM foram organizados no programa *Excel*. Os escores do SAM são avaliados como “superior”, valendo 2 pontos; “adequado”, 1 ponto; e “inadequado”, 0 ponto, conforme critérios objetivos incluídos no instrumento que possibilitam tanto o cálculo da média dos valores quanto a análise percentual. Assim, de acordo com a quantidade de fatores que fizeram parte do instrumento, foi feita análise percentual dos escores alcançados, conforme orienta Doak, Doak e Root (1996), de modo que, se a cartilha alcançar de 70% a 100% dos escores, será considerada material educativo “superior”; de 40 a 69%, “adequado”; e de 0 a 39%, “inadequado”.

3.3. Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado sob o Parecer nº 1.116.855, obedecendo aos princípios éticos na realização de pesquisas, conforme a Resolução 466/12, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde (ANEXO D) (BRASIL, 2012).

A pesquisadora informou aos juízes e às mães acerca dos objetivos da presente pesquisa, solicitando que eles assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B, E e G), o qual foi emitido em duas vias,

ficando uma com o participante e a outra, com a pesquisadora. Foram assegurados o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações e a liberdade para não participar da pesquisa a qualquer momento.

Os princípios bioéticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados, garantindo a autonomia, não maleficência, beneficência e justiça dos participantes envolvidos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Elaboração da cartilha educativa

A cartilha educativa trata-se de um material educacional impresso, que tem como intuito elevar a autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Para a elaboração do material educativo foram utilizados os itens da EAPDI e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, os quais foram elaborados seguindo os pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (JOVENTINO, 2013). Ainda, é oportuno salientar que a cartilha também abordou as quatro fontes de informação de autoeficácia (experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos), que segundo Bandura e Adams (1982) influenciam no desenvolvimento e na percepção de autoeficácia.

Optou-se apresentar o conteúdo da cartilha educativa em oito tópicos, com as seguintes temáticas:

1. **Como saber se a criança está com diarreia:** abordam-se as principais características apresentadas pela criança com diarreia;
2. **Como cuidar da higiene do seu filho:** identificam-se ações comuns das famílias que a mãe é capaz de realizar para prevenir a diarreia (higienizar as mãos da criança, dar banho, cortar das unhas, evitar que a criança coloque objetos sujos na boca, lavar os utensílios da criança e mantê-la calçada);
3. **Saiba como cuidar da sua higiene:** retratam-se os momentos em que a mãe deve higienizar as mãos;
4. **A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças:** informações sobre a higiene da casa e dos brinquedos da criança, os cuidados com o lixo, a manutenção da limpeza do local onde prepara os alimentos e a proteção dos mesmos depois de preparados e o armazenamento de sobras de comidas;
5. **Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras:** explica-se a forma correta de higienizar as frutas e as verduras;
6. **Veja como cuidar da alimentação do seu filho:** nesse momento, são abordados assuntos referentes ao aleitamento materno exclusivo,

alimentação complementar, verificação do prazo de validade dos alimentos e cuidados com a limpeza da água de beber;

- 7. Saiba a importância da vacinação para seu filho:** enfoca-se a importância de manter as vacinas da criança atualizadas e destaca-se a vacina Rotavírus;
- 8. Como cuidar da criança com diarreia:** nesse tópico, abordam-se as ações que devem ser realizadas pelas mães quando a criança está com diarreia, a forma correta de preparo do soro de reidratação oral e os cuidados com a alimentação da criança quando a mesma está com diarreia.

Destaca-se que a elaboração de materiais em tópicos facilita a compreensão do seu conteúdo, visto que o desenvolvimento de uma ideia por vez contribui para que os leitores não fiquem confusos (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010). Além disso, ao dividir o material em tópicos é possível oferecer oportunidades ao leitor de pequenos sucessos, dividindo instruções longas e complexas em partes fáceis de entender. A apresentação das informações em tópicos também facilita o seu armazenamento na memória de longo prazo (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Como ressaltado anteriormente, a cartilha educativa foi elaborada a partir dos 24 itens da EAPDI e dos assuntos abordados nas cenas do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”. O Quadro 4 retrata a relação entre os itens da EAPDI, as cenas do vídeo educativo e os assuntos de cada página da cartilha.

Quadro 4 - Relação entre os itens da EAPDI, as cenas do vídeo educativo e os assuntos abordados na cartilha. Fortaleza, 2016

Item da EAPDI*		Cenas do vídeo educativo*	Assuntos da cartilha
1	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes	CENA 6. A enfermeira menciona que “o primeiro cuidado é manter a higiene dos seus filhos (...)” e Antônia refere que as filhas nunca tiveram diarreia porque em sua casa todo	PÁGINA 8. Higiene das mãos da criança antes

	das refeições.	mundo lava as mãos com água e sabão (...) antes de comer.	das refeições.
2	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.	PÁGINAS 16 e 17. Higiene correta das frutas e verduras.
3	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 micro-organismos. Luiza responde que também vai começar a atentar para o prazo de validade.	PÁGINA 20. Verificação do prazo de validade dos alimentos.
4	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 preparar a comida (...).	PÁGINA 11. Higiene das mãos antes de manipular os alimentos.
5	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	CENA 12. Enfermeira fala da importância da limpeza da casa. CENA 14. Maria compartilha com as demais mães que sempre deixa limpas a louça, a pia e a mesa para não contaminar os alimentos com os germes.	PÁGINA 14. Higiene do local onde a comida é preparada.
6	Eu sou capaz de cobrir os	CENA 11. Antônia fala da necessidade de ter cuidados com os	PÁGINA 14. Proteção dos

	alimentos e a água depois de me servir.	alimentos preparados, deixando-os tampados ou cobertos com um pano para evitar contato com insetos como moscas.	alimentos contra insetos depois de preparados.
7	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 6 meses de idade para que se evitem doenças.	PÁGINA 18. Período de aleitamento materno.
8	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 sujam ou vão brincar na rua, vão logo tomar banho.	PÁGINA 9. Banho da criança.
9	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 de dar a comida para os filhos.	PÁGINA 11. Higiene das mãos antes da alimentação da criança.
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.	PÁGINA 10. Evitar que a criança coloque objetos sujos na boca.
11	Eu sou capaz de não oferecer para	CENA 11. Luiza pergunta à enfermeira sobre o acondicionamento	PÁGINA 15. Forma correta

	o meu filho a sobra de refeições anteriores.	de alimentos na geladeira; e a mesma ensina como os alimentos devem ser guardados para serem consumidos posteriormente. 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).	de acondicionar sobras de alimentos preparados.
12	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 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.	PÁGINA 23. Cuidados com a vacinação da criança.
13	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.	PÁGINA 18. Período de aleitamento materno exclusivo.
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.	PÁGINA 10. Higiene dos utensílios da criança.

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.	PÁGINA 11. Higiene das mãos após 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 filho, mantendo-as sempre curtas e limpas. E a enfermeira explica a importância desse ato.	PÁGINA 9. Manutenção das unhas da criança curtas.
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 da pia em sacos amarrados e em locais elevados para impedir que animais venham a rasgar e espalhar o lixo pela rua.	PÁGINA 13. Desprezar o lixo corretamente.
18	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo, jogando o lixo fora de 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.	PÁGINA 13. Desprezar o lixo corretamente.
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.	PÁGINA 11. Higiene das mãos antes e após ir ao banheiro.
20	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após	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	PÁGINA 19. Inserção da alimentação complementar após os 6

	deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	peixe, verduras, frutas. A enfermeira ratifica a importância dessa alimentação para o crescimento saudável da criança.	meses de idade da criança.
21	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	CENA 12. Mateus pergunta se pode 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 este estiver bem limpo.	PÁGINA 12. Higiene da casa.
22	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	CENA 13. Mateus pede a 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 acabe sujando novamente a casa.	PÁGINA 10. Manutenção da criança com calçados.
23	Eu sou capaz de levar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele fizer xixi ou cocô.	CENA 7. Enfermeira lembra às mães que devem lavar as mãos com água e sabão antes e depois de ajudar seus filhos a se limparem, depois do xixi ou cocô.	PÁGINA 11. Higiene das mãos após ajudar a criança a se limpar quando ela for ao banheiro.
24	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a	CENA 14. Antônia e Luiza compartilham suas realidades em	PÁGINA 21 e 22. Cuidados

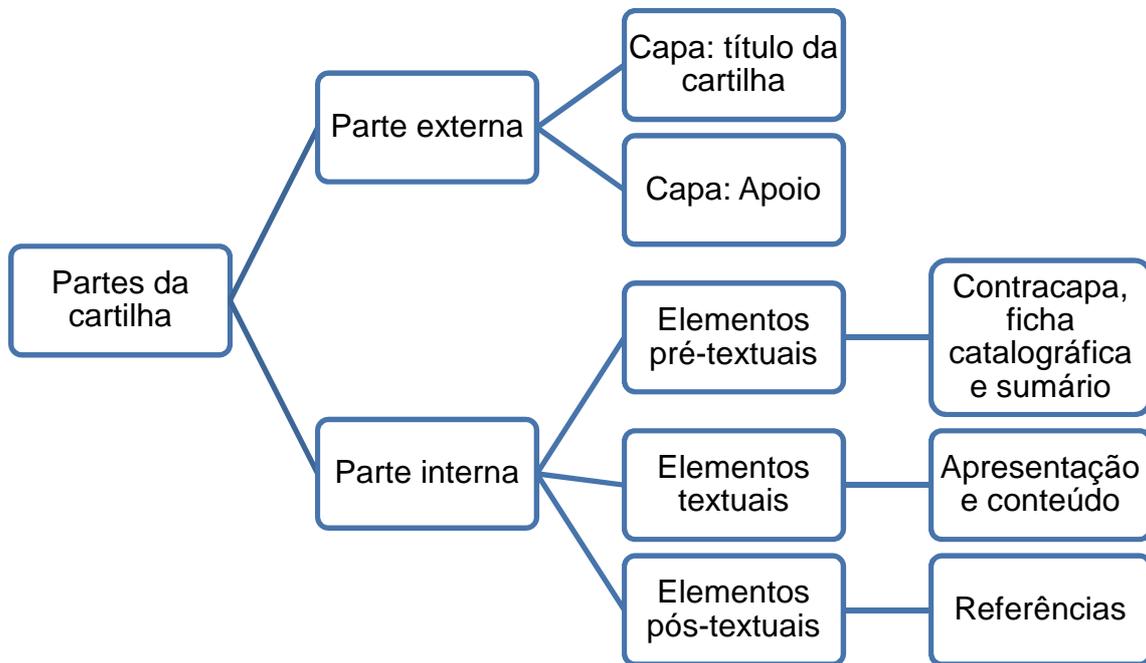
	<p>água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.</p>	<p>relação ao tratamento da água destinada ao consumo humano, seja com filtro de barro, seja pela fervura da água ou do uso de hipoclorito de sódio ou água sanitária. A enfermeira dá orientações sobre o preparo da água com hipoclorito de sódio e sobre a necessidade de lavagem periódica das velas do filtro para que a família beba uma água segura.</p>	<p>com a água de beber.</p>
--	--	---	-----------------------------

*Produção de Joventino (2013), autorizado pela autora.
 Fonte: Sabino (2016).

Além dos assuntos abordados na EAPDI, o vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” retrata ainda dois assuntos importantes: 1. os principais sinais e sintomas da diarreia e 2. a importância de levar a criança à Unidade Básica de Saúde logo no primeiro sinal de diarreia, para que ela possa receber orientações, bem como possa ter acesso aos sachês de soro de reidratação oral – SRO e como ele deve ser preparado e ofertado para a criança; sendo demonstrados os referidos assuntos, respectivamente, através das cenas 4 e 5 e da cena 16 do vídeo (JOVENTINO, 2013). Assim, optou-se também abordar essas temáticas na cartilha educativa, de forma que esses assuntos foram discutidos, respectivamente, na página 7 e nas páginas 24, 25 e 26.

Para facilitar o processo de elaboração da cartilha, optou-se em fazer a diagramação da mesma, seguindo o estudo de Barros (2015), conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Diagramação representativa da cartilha educativa. Fortaleza, 2016



Fonte: Sabino (2016).

A capa da cartilha educativa traz o título “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e os personagens principais que ilustram o material. Destaca-se que as primeiras páginas foram referentes às informações da cartilha, à ficha catalográfica, ao sumário e à apresentação da cartilha. Na contracapa identifica-se a instituição à qual o material está vinculado. Na ficha catalográfica estão os dados dos autores da cartilha e do profissional responsável pela ilustração e diagramação. As duas últimas páginas da cartilha foram destinadas às referências.

Buscando-se retratar o conteúdo da cartilha educativa, elaborou-se o seguinte texto no intuito de tornar mais clara a finalidade do material:

“Cartilha educativa que utiliza as fontes de promoção da autoeficácia materna para abordar a prevenção da diarreia infantil. A cartilha conta com uma personagem principal, chamada Luiza, e com dois personagens de grande destaque: Mateus (filho de Luiza) e Manuela (enfermeira do Posto de Saúde). A cartilha conta com imagens fictícias que buscam retratar a realidade das famílias que utilizarão o material. As principais imagens retratam a casa de Luiza, os arredores da casa de Luiza (rua) e o posto de saúde. A cartilha conta com experiências reais de como Luiza cuida do seu filho no dia a dia. A cartilha inicia com Luiza convidando a leitora

para aprender sobre como prevenir a diarreia infantil. São explicados os sinais que indicam que a criança está com diarreia, ressaltando que lactentes que estão apenas mamando podem ter fezes amolecidas, mas isso não deve ser considerado diarreia. A todo momento é evocada a linguagem de autoeficácia, enfatizando que a mãe é capaz de evitar a diarreia em seus filhos e com exemplos explicitados por Luiza: 1. Higiene das mãos com água e sabão, antes e depois de ir ao banheiro ou de limpar a criança, antes e depois de comer, antes de pegar nos alimentos ou de preparar a comida, antes de dar a comida para as crianças, depois de mexer na lixeira, depois de ajudar a criança a se limpar, quando faz xixi ou cocô; 2. Banho diário e quando necessário; 3. Corte das unhas quando necessário; 4. Higiene dos utensílios da criança; 5. Limpeza da casa e cuidados com o lixo; 6. Limpeza do local onde os alimentos são preparados e cuidados com o acondicionamento dos alimentos; 7. Lavagem de frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 8. Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida; 9. Alimentação saudável; 10. Observação do prazo de validade dos alimentos; 11. Cuidados com a água de beber; 12. Importância da vacinação, entre outros. Quanto ao manejo da diarreia infantil, destacaram-se na cartilha o preparo do soro de reidratação oral, o incentivo à hidratação da criança e a busca por atendimento no posto de saúde. A cartilha finaliza com a família reunida e Luiza afirmando que ela e a leitora são capazes de evitar a diarreia em seus filhos a partir dos cuidados contidos na cartilha e que os referidos cuidados são recompensados quando observam seus filhos felizes e saudáveis. Durante toda a cartilha utilizou-se linguagem de autoeficácia e ressaltaram-se experiências de êxito vivenciadas por Luiza, de forma que a experiência vicária foi contemplada em diversas páginas da cartilha. Além disso, existem mensagens diretas de Luiza para a leitora, ressaltando sua experiência de êxito e realizando a persuasão verbal por meio desse diálogo direto. As expressões e sentimentos de Luiza sempre são de confiança em realizar os cuidados propostos, de forma que possa prevenir a diarreia em seu filho”.

Conforme mencionado, a cartilha educativa foi construída tendo como referencial a Teoria de Autoeficácia de Bandura (1989). Dessa forma, é importante destacar que as convicções de eficácia são formadas a partir da interação entre as quatro fontes, influenciando nas ações e formação do pensamento, o que poderá afetar nos comportamentos adotados (BANDURA, 1997; BANDURA; ADAMS, 1982).

A autoeficácia funciona como uma fonte de motivação, pois à medida que é desenvolvida a autoeficácia, mais as pessoas intensificam seus esforços para atingir ou mesmo ultrapassar o resultado desejado (BANDURA, 2012).

No que se refere à elaboração do material educativo, na capa buscou-se retratar os principais personagens que estão presentes nas páginas da cartilha, sendo eles: enfermeira (Manuela), mãe da criança (Luísa) e criança (Mateus), conforme preconizam Moreira, Nóbrega e Silva (2003), que afirmam que a capa deve mostrar a mensagem principal do material e o seu público-alvo. A capa da cartilha educativa está ilustrada na Figura 3.

Figura 3 - Ilustração da capa da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”. Fortaleza, 2016



Fonte: Sabino (2016).

Destaca-se que se optou por utilizar personagens com características reais, conforme realizado no vídeo educativo construído por Joventino (2013). Pois para a construção do vídeo se fez uma enquete com 81 mães de crianças com idade inferior a 5 anos, e a maioria das participantes preferiu assistir a um vídeo que fosse

filmado com pessoas reais ao invés de desenhos animados, por isso buscou-se seguir o mesmo padrão para a elaboração da cartilha educativa.

Durante toda a elaboração da cartilha utilizou-se uma linguagem fácil, simples e direta, buscando-se seguir a proposta do vídeo educativo. Após a elaboração do roteiro da cartilha, o mesmo foi disponibilizado para o profissional de *design* para realizar a ilustração e diagramação do material.

Assim, buscou-se uma linguagem que pudesse melhorar a compreensão do conteúdo exposto. Nesse sentido, Doak, Doak e Root (1996) apoiam que as frases de um material educativo devem estar escritas de forma que indivíduos com baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o material, pois, quando a leitura está difícil e com linguagem rebuscada, eles lutam para ler e compreender a instrução, o que faz com que eles tornem-se desengajados e minimizem o senso de autoeficácia.

Dessa forma, é importante que os materiais educativos sejam escritos em nível e estilos apropriados para o público pretendido, para que assim as pessoas sintam-se capazes de assumir a responsabilidade pelo autocuidado e pela promoção da saúde. Logo, é importante que seja também avaliada a legibilidade de um texto, visto que não é somente a habilidade de ler que garante a compreensão da leitura, sendo importante também estar atento para a quantidade, clareza e complexidade da informação apresentada. A legibilidade de um texto refere-se à facilidade de leitura com que o texto pode ser lido, podendo ser utilizados testes e fórmulas para avaliar esse padrão (BASTABLE, 2010).

A partir do roteiro elaborado foi realizado o teste de legibilidade de Flesch com o objetivo de garantir que a leitura da cartilha estivesse adequada. A partir do índice atingido com a aplicação do teste é possível classificar o material como muito fácil (índice 100-75), fácil (74-50), difícil (49-25) e muito difícil (24-0) (MARTINS et al., 1996), sendo assim, aplicou-se o teste de legibilidade de Flesch em 44 (100%) parágrafos/frases da cartilha. Destes, 34 (77%) foram considerados como muito fáceis e 10 (23%) como fáceis. Na análise da cartilha completa, o teste revelou um índice de 91, estando dentro do intervalo de 75 a 100, o que classifica o material como muito fácil (MARTINS et al., 1996). Além disso, nenhuma das frases estava escrita na voz passiva, o que dificultaria a compreensão das mesmas. Nesse sentido, para instruções escritas, um recurso para facilitar a leitura de palavras é

escrever sentenças curtas, usando palavras comuns e na voz ativa (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Destaca-se que pessoas, mesmo com competência de letramento adequada, podem ter dificuldades com o letramento em saúde, o qual refere-se à habilidade de usar suas competências em circunstâncias relacionadas à saúde, como prevenir, controlar e tratar condições de saúde (CDC, 2009)

No que se refere às ilustrações presentes na cartilha, buscou-se uma maior aproximação com a realidade cultural da população a ser abordada. Assim, as ilustrações foram feitas a partir de fotos disponibilizadas pela pesquisadora e também a partir do cenário já retratado no vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”.

Se buscou retratar a realidade do cotidiano das famílias na cartilha, pois os indivíduos que participam de alguma abordagem educativa tornam-se mais propensos a adotar novos comportamentos quando existe uma relação de confiança e proximidade com sua realidade (LIMA et al., 2014). Dessa forma, um material bem elaborado e com informações de fácil entendimento repercute em um maior conhecimento e satisfação do paciente, favorecendo o desenvolvimento de ações para a tomada de decisões (POMMIER; GUEVEL; JOURDAN, 2010).

Os recursos visuais são essenciais para a transmissão de mensagens em saúde para os leitores. Porém, sua utilização requer cuidados, como a aproximação com o texto ao qual corresponde e a adequação cultural. A utilização das ilustrações atrai a atenção e ajuda o leitor a focar no que é importante (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A forma como o texto aparece no material também pode interferir na habilidade de leitura (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010). No que se refere ao *layout*, utilizou-se fonte Arial, com tamanho 16 pontos para o corpo do texto e 18 pontos para os subtítulos, indo de acordo com a literatura, que preconiza tamanho de fonte mínimo de 12 pontos e o aumento de 2 pontos nos subtítulos quando comparados com o corpo do texto (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010). Os subtítulos da cartilha foram apresentados em destaque, com cor diferente (azul), tamanho maior e em negrito.

Algumas informações ou palavras do corpo do texto da cartilha foram destacadas em negrito, para chamar a atenção do leitor durante a leitura. Todas as palavras do corpo de texto da cartilha foram escritas na coloração preta. As

orientações expostas também seguem as recomendações propostas pela literatura utilizada, indicando o uso de negrito em palavras ou frases que merecem destaque e a utilização de letras escuras em um fundo claro (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010; CDC, 2009).

Em algumas páginas utilizaram-se caixas de texto na coloração azul clara com o nome “atenção” para destacar informações importantes acerca do que foi abordado na página. Além disso, todas as páginas da cartilha foram numeradas.

Para cada novo tópico abordado, a primeira página é colorida, e nas demais a coloração predomina apenas nas informações que merecem maior destaque, para que assim o leitor não perca a atenção no foco central de cada página. Imagens de fundo podem distrair o leitor da mensagem principal, sendo importante também que 10% a 35% da página estejam em branco para permitir um descanso ao leitor durante a leitura (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010; CDC, 2009).

As imagens contidas na cartilha foram utilizadas para reforçar o que foi escrito ou facilitar sua compreensão, evitando-se imagens desnecessárias ou que desviassem a atenção do leitor para a mensagem central. Nesse sentido, Moreira, Nóbrega e Silva (2003), afirmam que deve-se limitar a quantidade de imagens para não sobrecarregar o material, bem como evitar o uso de ilustrações que tenham apenas a função decorativa no texto. Na Figura 4 está ilustrado uma página da cartilha para que seja observada as informações expostas.

Figura 4 – Ilustração do primeiro tópico da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”. Fortaleza, 2016

1. Como saber se a criança está com diarreia

Diarreia é quando a criança:

- Apresenta fezes amolecidas ou líquidas.
- Tem fezes em maior quantidade.
- Apresenta fezes 3 ou mais vezes ao dia.



ATENÇÃO

Quando a criança está apenas mamando, é comum que as fezes sejam amolecidas.

7

Fonte: Sabino (2016).

Por fim, a primeira versão da cartilha foi composta por 32 páginas, sendo 21 páginas destinadas ao conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e três páginas em branco que poderão ser utilizadas para a mãe escrever dúvidas ou destacar textos que achou importante.

4.2 Validação da cartilha com os juízes

4.2.1 Validação da cartilha com os juízes de conteúdo (docentes e assistenciais)

Para esta etapa do estudo selecionaram-se 30 juízes de conteúdo, sendo 15 juízes docentes de conteúdo e 15 juízes assistenciais de conteúdo. Os juízes validaram a primeira versão da cartilha.

Optou-se por realizar a caracterização dos juízes docentes e assistenciais de forma separada, pois, embora todos os juízes tenham realizado a análise de

conteúdo e aparência, os mesmos apresentaram características distintas que os fizeram participar do grupo dos docentes ou dos assistenciais.

Os juízes docentes de conteúdo apresentaram variação de idade entre 30 e 67 anos, com uma média de 41,27. Todos os participantes (N=15; 100%) eram do sexo feminino e apresentaram área de atuação no ensino, com variação de 2 a 41 anos de experiência e uma média de 13,53. Em relação à experiência com a temática diarreia e com a temática criança, variou entre zero a 34 anos em ambas, com uma média de 7,93 anos para a primeira e 10,47 para a segunda temática.

Todos os participantes (N=15; 100%) possuíam graduação concluída em enfermagem. Com relação às titulações, seis juízes (40%) apresentaram uma especialização concluída e três juízes (20%) apresentaram duas especializações concluídas. As especializações concluídas foram em áreas diversas, como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde da família, educação em saúde, metodologia do ensino e tecnologia educacional. Todos os juízes (N=15; 100%) possuíam mestrado concluído, sendo oito (53,4%) na área da enfermagem, dois (13,3%) em saúde pública, dois (13,3%) em saúde coletiva, dois (13,3%) em nutrição e um (6,7%) em educação. Em relação à conclusão do doutorado, todos os participantes possuíam o título de doutor, sendo 13 (86,7%) na área de enfermagem, um (6,7%) em saúde coletiva e um (6,7%) em nutrição.

Na Tabela 1 estão expostos os dados de caracterização dos juízes docentes de conteúdo, segundo os critérios de Jasper (1994), que embasaram o sistema de classificação de juízes adotado no estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos juízes docentes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016

Critérios de classificação dos juízes (N=15)	N	%
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	15	100,0
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	13	86,6
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	15	100,0
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	4	26,6

Fonte: Sabino (2016).

Com relação aos critérios de Jasper, todos os 15 juízes docentes de conteúdo atingiram no mínimo dois requisitos estabelecidos, conforme previsto para participação. Dessa forma, dois juízes (13,3%) atenderam a dois requisitos preestabelecidos, nove juízes (60%) enquadraram-se em três requisitos de Jasper e quatro juízes (26,7%) atenderam a quatro requisitos estabelecidos. Destaca-se que todos os juízes apresentaram os seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Quanto aos juízes assistenciais de conteúdo, possuíam idade entre 34 a 54 anos, com uma média de 39,86. Todos possuíam graduação (N=15; 100%) em enfermagem, com predominância de participantes do sexo feminino (N=13; 86,6%). Com relação à área de atuação no momento da pesquisa, 10 (66,7%) atuavam na ESF; dois (13,3%), em hospital; dois (13,3%), em ensino; e um (6,7%), na ESF e hospital. Ao avaliar a experiência profissional no campo assistencial da ESF observou-se variação de 6 a 20 anos entre os juízes, com uma média de 11,6 anos de experiência. No que se refere à experiência com diarreia e saúde da criança, variou de 6 a 20 anos, com uma média de 13,47 anos para a primeira e 13,6 anos para a segunda temática.

Em relação à formação complementar, os 15 juízes (N=15; 100%) possuíam especialização concluída, sobretudo em saúde da família (N=10; 66,7%), e nove deles (60%) possuíam duas especializações concluídas. Ademais, cinco (33,3%) juízes tinham mestrado concluído, quatro (26,8%) na área de enfermagem e um (6,7%) em saúde comunitária.

Na Tabela 2 estão descritos os dados de caracterização dos juízes assistenciais de conteúdo, de acordo com os critérios de Jasper (1994), que embasaram o sistema de classificação de juízes adotado no estudo.

Tabela 2 - Caracterização dos juízes assistenciais de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016

Crítérios de classificação dos juízes (N=15)	N	%
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	15	100
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	7	46,6

Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	10	66,6
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	2	13,3

Fonte: Sabino (2016).

Com relação aos critérios de Jasper, todos os 15 juízes que participaram da validação da cartilha atingiram os requisitos exigidos, sendo que 11 juízes (73%) enquadraram-se em dois requisitos estabelecidos e quatro juízes (27%) enquadraram-se em três requisitos. Dessa forma, de acordo com a distribuição da pontuação dos juízes, os dois requisitos mais prevalentes foram: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Para o processo de validação, avaliação e sugestões realizadas pelos juízes docentes e assistenciais de conteúdo, optou-se em apresentar e analisar os dados do grupo de forma geral, com os 30 juízes de conteúdo.

Ressalta-se que o processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, tendo em vista a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer sugestões para o seu aperfeiçoamento, sendo uma etapa utilizada também em outros estudos que elaboraram materiais educativos. (CAVALCANTE et al., 2015; LIMA et al., 2014; COSTA et al., 2013). Além disso, a participação de juízes no processo de validação pode elevar a aceitação e adesão dos pacientes na utilização de materiais educativos (SOUSA; TURRINI, 2012).

Os juízes realizaram a validação do material educativo a partir da avaliação de três aspectos: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Calculou-se o IVC de cada página, que está representado na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos IVCs de cada página, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016

Página/Assunto	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica
Capa	0,9	0,93	0,9
Apresentação	0,9	0,93	0,93

Página 7/ Definição de diarreia infantil	0,76	0,93	0,93
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	0,86	0,9	0,93
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	0,83	0,9	0,9
Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	0,83	0,9	0,9
Página 11/ Cuidados com a higiene da mãe	0,8	0,9	0,9
Página 12/ Limpeza do ambiente	0,96	0,96	0,93
Página 13/ Limpeza do ambiente	0,93	0,86	0,93
Página 14/ Limpeza do ambiente	0,96	0,96	0,96
Página 15/ Limpeza do ambiente	0,86	0,9	0,86
Página 16/ Lavagem das frutas e verduras	0,93	0,93	0,96
Página 17/ Lavagem das frutas e verduras	0,86	0,9	0,93
Página 18/ Alimentação	0,9	0,9	0,96
Página 19/ Alimentação	0,83	0,93	0,9
Página 20/ Alimentação	0,8	0,86	0,83
Página 21/ Alimentação	0,9	0,9	0,9
Página 22/ Alimentação	0,86	0,86	0,9
Página 23/ Vacinação	0,96	1	1
Página 24/ Condutas para o manejo da diarreia	0,96	0,96	0,96
Página 25/ Condutas para o manejo da diarreia	0,93	0,83	0,9
Página 26/ Momento de	0,96	1	1

finalização

TOTAL	0,88	0,91	0,92
--------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Sabino (2016).

Em relação à pertinência prática e à relevância teórica, todas as páginas obtiveram IVC maior do que 0,8. No que diz respeito à clareza de linguagem, apenas uma página obteve pontuação menor do que 0,8 (página 7). Ressalta-se que a página 7 foi modificada a partir das sugestões dos juízes expostas no quadro 5, não tendo sido sugerido por nenhum juiz a retirada da página. Além disso, a página não foi retirada por ter apresentado excelentes avaliações no que se refere à pertinência prática e relevância teórica.

Em seguida, calculou-se o IVC global para a cartilha educativa, tendo sido obtidos os valores de 0,88 para a clareza de linguagem, 0,91 para a pertinência prática e 0,92 para a relevância teórica, indicando excelente nível de concordância entre os juízes.

De acordo com a análise realizada pelos juízes, a cartilha educativa apresenta conteúdo e aparência pertinentes e válidos no que diz respeito à autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, o que foi evidenciado pelos índices adequados de IVC referentes à clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica de cada página da cartilha.

A literatura proposta por Norwood (2006), a qual foi seguida no presente estudo, considera um item válido quando o IVC é igual ou superior a 0,8. Esse parâmetro também foi utilizado em outros estudos de validação (JOVENTINO, 2013; VERAS, 2011).

Os juízes também realizaram sugestões para modificações na cartilha, que estão retratadas no Quadro 5. As sugestões dos juízes docentes de conteúdo (JD) e dos juízes assistenciais de conteúdo (JA) foram avaliadas para posterior modificação da cartilha.

Quadro 5 - Sugestões realizadas pelos juízes de conteúdo. Fortaleza/CE, Brasil, 2016

Página/Assunto da cartilha	Sugestões de mudança	Avaliação
Capa	A figura da mãe deve estar ao lado da	Acatado

	enfermeira (JD1, JD9).	
	Retirar o cabeçalho da capa e colocar na contracapa (JD3).	Acatado
	Figura deve fazer alguma alusão à diarreia (JD6).	Não acatado
	Trocar o nome “Posto de Saúde” por “Unidade de Saúde” (JD15).	Acatado
Apresentação	Substituir a palavra “doutora” por “enfermeira” (JD3, JD12).	Acatado
	Inserir a figura do pai na figura (JD11).	Não acatado
	Colocar o termo “Unidade de Saúde” (JA10).	Não acatado
	Acrescentar momento de apresentação entre mãe e enfermeira, bem como colocar outras mães na figura (JA5).	Não acatado
Página 7/ Definição de diarreia infantil	Incluir outros sintomas, como cólicas abdominais, fraqueza, visão caída, pele enrugada, odor nas fezes e cor (JD4).	Não acatado
	Substituir a palavra “fezes” por “cocô” (JA13).	Não acatado
	Melhorar a escrita (JA8, JA13, JA15).	Acatado
	Falar sobre as fezes amolecidas de crianças em aleitamento materno exclusivo (JD15).	Acatado
	Levar a página para depois que falar de higiene (JA5).	Não acatado
	Substituir a expressão “ir ao banheiro” por “apresenta fezes amolecidas” (JD8, JD14, JA13).	Acatado
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	Colocar frutas e verduras em um recipiente (JA6).	Acatado
	Trocar “você é capaz de incentivar” por	Não

	“incentive” (JD1, JA14).	acatado
	Trocar “incentivar” por “ensinar” (JD14).	Não acatado
	Trocar “micróbios” por “germes” (JD5).	Acatado
	Inserir uma página anteriormente com a enfermeira explicando como é possível prevenir a diarreia e só depois começar explicações sobre cada uma das formas de prevenção (JD8).	Não acatado
	Colocar a página após falar da higiene ambiental, pessoal e do filho (JA5).	Não acatado
	Colocar escova de dentes protegida (JA6).	Não acatado
	Ambiente não condiz com a realidade (JA13).	Acatado
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	O chuveiro deveria estar desligado enquanto a mãe ensaboia a criança, devido à crise de falta de água (JA7, JD1).	Acatado
	Colocar a criança no chuveiro, para não retratar desperdício de água (JD15).	Acatado
	Trocar a frase por “dê sempre dois banhos por dia no seu filho e outro se for necessário e corte as unhas” (JD1).	Não acatado
	Associar as informações com diarreia “você é capaz de prevenir a diarreia se” (JD13).	Não acatado
	Colorir mais a figura (JA15).	Não acatado
Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	Retirar a chupeta, porque além de contribuir para doenças como diarreia, provoca defeitos nos dentes (JD1).	Acatado
	Colocar figura da escovinha para lavar a mamadeira (JD4, JD12).	Acatado
	Colocar a criança em pé na terceira figura,	Acatado

	pois reporta mais higiene (JD6).	
	Colocar a criança no chão com o brinquedo próximo da boca na primeira figura (JD7).	Não acatado
	Trocar o termo “você é capaz”, pois está repetitivo (JA5).	Não acatado
	Trocar a figura do celular por outro objeto na primeira figura (JD11, JD12).	Acatado
	As figuras de chupeta e mamadeira vão ao encontro do que orientamos durante as consultas (JA7).	Acatado
	Padronizar a forma do verbo das páginas 9 e 10 (JA15).	Acatado
Página 11/ Cuidados com a higiene da mãe	Colocar cada momento retratado na forma de pergunta (JA5).	Não acatado
	Substituir o termo “manipular” por “pegar” (JD1).	Não acatado
	Colocar a figura de alimentos mais comuns (JD1).	Acatado
	Retirar a palavra “sua” ou “própria” do título (JD1).	Acatado
	Retratar que os cuidados são para a prevenção da diarreia (JD5).	Não acatado
	Colocar em negrito a frase “lavar suas mãos com água e sabão” (JD1).	Acatado
	Introduzir “após a troca de fraldas” (JD12).	Acatado
	Colocar sabonete em saboneteira (JA6).	Acatado
Página 12/ Limpeza do ambiente	Colocar as páginas que retratam a limpeza do ambiente em forma de história em quadrinhos (JA5).	Não acatado
	Retratar que é importante limpar os brinquedos da criança e mostrar brinquedos brilhando (JD1, JA6).	Acatado
	Deixar a mãe mais longe, para não dar a	Acatado

	ideia de ao mesmo tempo que a mãe limpa o bebê está próximo e poderá ter contato com os produtos de limpeza (JD7).	
	Inserir terminologia de autoeficácia “Você é capaz de manter a casa sempre limpa” (JD15, JA15).	Acatado
Página 13/ Limpeza do ambiente	Colocar o lixo em sacolas mais comuns, pois muitas famílias não possuem as sacolas retratadas (JA11).	Acatado
	Escrever “limpe os arredores da sua casa” (JD1).	Não acatado
	Abordar de outra forma a gestão do lixo, pois muitas vezes as famílias não possuem local reservado para lixo ou coleta (JD14).	Não acatado
Página 14/ Limpeza do ambiente	Adequar o ambiente da cozinha para a realidade das famílias que serão abordadas (JD1, JA13).	Acatado
	Trocar “evitar contaminar” por “evitar contaminação” (JD12).	Não acatado
Página 15/ Limpeza do ambiente	Adequar o ambiente da geladeira para a realidade das famílias que serão abordadas (JA11).	Acatado
	Pensar que muitas famílias podem não ter geladeira (JD1, JA11).	Acatado
	Inserir a informação de não comer alimentos preparados há muitos dias (JD4).	Não acatado
Página 16/ lavagem das frutas e verduras	Retirar o termo “meça” (JD6).	Não acatado
	O termo é geral “lave os alimentos com água e sabão”, isto pode levar uma mãe muito preocupada a lavar feijão, arroz e carne com água e sabão (JD1). Deixar claro os tipos de alimentos (JD14).	Acatado

	Frutas e verduras mais populares (JD1).	Acatado
	Colocar o nome água sanitária entre parênteses, depois de falar do hipoclorito de sódio (JD13).	Não acatado
	Reescrever item 3: misture a colher de hipoclorito de sódio em um litro de água (JA15).	Não acatado
Página 17/ lavagem das frutas e verduras	Colocar torneira mais simples (JD1).	Acatado
	Lavar novamente os alimentos em água corrente pode contaminar novamente (JD1).	Não acatado
	De acordo com referências atuais o tempo que as frutas e verduras devem permanecer de molho é dez minutos (JD15).	Acatado
	Retirar a informação sobre a água sanitária, pois muitas mães não sabem ler (JD14).	Não acatado
Página 18/ Alimentação	Adequar o ambiente, colocando a mãe vendo um álbum de fotos (JA7).	Acatado
	Utilizar linguagem mais simples (JD15).	Acatado
	Modificar título “Você é capaz de cuidar da alimentação do seu filho” (JA15).	Não acatado
Página 19/ Alimentação	Adequar o ambiente das refeições para a realidade das famílias (JD1, JD14, JA7)	Acatado
	Trocar a frase de atenção “Você é capaz” por “incentive” (JD1).	Não acatado
	Maior explicação entre transição do aleitamento materno exclusivo para alimentação complementar (JD4, JD8).	Acatado
	Substituir a palavra “pode” por “deve” na frase “ela pode continuar mamando” (JD11, JD13, JD15, JA10).	Acatado
Página 20/ Alimentação	Colocar a informação sobre a validade dos alimentos na página 19 (JA5).	Não acatado
	Sugiro abordar sobre os aspectos das	Não

	embalagens (JA1).	acatado
	Trocar a figura por um produto não enlatado (JD12, JD14).	Acatado
	Linguagem que reforce a autoeficácia “você é capaz” (JD15).	Acatado
	Colocar a frase “Alimentos vencidos/fora do prazo podem causar diarreia” (JD13).	Não acatado
Página 21/ Alimentação	Retirar copo de água embaixo do filtro, pois reporta à ideia de água parada (JA6).	Acatado
	Colocar uma pia abaixo do superzon (JD11).	Acatado
	Evitar água fervida, devido ao custo (JD1, JD12).	Não acatado
	Desenhar um frasco de água sanitária (JD13).	Não acatado
Página 22/ Alimentação	Figura da jarra é incomum na realidade da população (JA13).	Acatado
	Reescrever: “2 gotas de hipoclorito de sódio 2,5% em um litro de água” (JD12, JA15).	Acatado
Página 23/ Vacinação	Inserir a informação de quando levar a criança para se vacinar contra o Rotavírus (JD8, JD11).	Não acatado
	Trocar “você é capaz” por “mantenha” (JD1).	Acatado
	Dar mais destaque ao Rotavírus e não deixar em rodapé (JD6).	Não acatado
	Acrescentar cuidados com as fraldas da criança após tomar a vacina (JD8).	Acatado
	Colocar a figura da caderneta da criança em outros locais da cartilha (JD14).	Não acatado
	Colocar todas as frases que iniciem com “você é capaz no quadro azul” (JA13).	Não acatado
Página 24/	Substituir “você é capaz” por “previna”	Não

Conduas para o manejo da diarreia	(JD1).	acatado
	Substituir “tratamento” por “cuidados” (JD9).	Acatado
	Inserir os cuidados com a criança com diarreia, como a inserção de chás, sucos e aumento da ingesta hídrica (JA14).	Acatado
	Orientar o soro caseiro (JD9).	Não acatado
	Acrescentar informações sobre os cuidados com o aumento da ingesta de chás, sucos e água (JA14).	Acatado
	Inserir a informação de que o soro é distribuído no posto de saúde (JD11).	Acatado
Página 25/ Conduas para o manejo da diarreia	Colocar uma jarra mais comum (JA13).	Acatado
	Rever item 2, porque diz uma “garrafa” e a figura é de uma “jarra” (JD1).	Acatado
	Substituir “você mesma é capaz” por “prepare” (JD1).	Não acatado
	Ensinar o soro caseiro (JD6).	Não acatado
	Inserir uma página para os sinais de alerta (JD8).	Acatado
	Acrescentar a informação de que o soro deve ficar em ar ambiente (JD11).	Acatado
	Orientar oferecer líquidos adicionais, manter alimentação e orientar sinais de retorno imediato (JD15).	Acatado
Página 26/ Momento de finalização	Colocar brinquedos brilhando também, indicando a limpeza dos mesmos (JA6).	Acatado
	Como o tema é autoeficácia materna, sugiro retirar a figura do pai (JD6).	Não acatado
	Abordar a família em algum momento anterior (JD15).	Acatado
	Simplificar, pois tem muitas informações	Não

	(JD14).	acatado
--	---------	---------

Fonte: Sabino (2016).

Foram realizadas 104 sugestões pelos juízes de conteúdo, destas 58 foram acatadas e 46, não acatadas.

É importante destacar que a cartilha educativa teve modificações com o intuito de aproximá-la à realidade da população à qual se destina, pois uma tecnologia educativa com a finalidade de promoção e educação em saúde deve estar adaptada à realidade, buscando descrever e esclarecer o que a literatura traduz (OLIVEIRA; CARVALHO; PAGLIUCA, 2014).

Com relação aos comentários gerais e sugestões realizadas pelos juízes de conteúdo, as mesmas serão retratadas a seguir, iniciando a discussão pelas principais sugestões não acatadas.

Na página referente à apresentação, foi sugerida por JA5 a inserção de outras pessoas na ilustração, porém a sugestão não foi acatada por saber-se que todas as imagens contidas em um material educativo devem ter relação com o texto, evitando-se ilustrações que possam desviar a atenção do leitor para aspectos pouco importantes (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

No tópico acerca dos cuidados com a higiene da criança, JD1 e JA14 solicitaram a mudança na escrita, substituindo “você é capaz de incentivar” por “incentive”. No entanto optou-se por não modificar, visto que o material foi construído a partir da Teoria de Autoeficácia, sendo importante a terminologia utilizada, pois estudos revelam que a repetição de informações, frases ou pontos-chave também é importante para o processo de aquisição de conhecimentos e pode ser utilizada quando apropriado (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

Também foi sugerido por JA5 que as páginas referentes à limpeza do ambiente estivessem expostas como revista em quadrinhos, porém a sugestão não foi acatada por estudo anterior ter revelado que as mães preferem receber as informações de pessoas reais ao invés de desenhos animados (JOVENTINO, 2013).

Nas páginas referentes aos cuidados com a alimentação da criança, JA5 sugeriu a retirada da página que retrata a importância de verificar o prazo de validade dos alimentos e a inserção dessa informação em outra página. Porém não se realizou essa mudança, visto que os estudos mostram a importância de conferir essa informação nos produtos a fim de diminuir os casos de diarreia (ARAÚJO et al.,

2007). Além disso, é importante não colocar informações excessivas em uma mesma página, visto que o excesso de informações pode prejudicar o processo de compreensão do leitor e esconder mensagens prioritárias (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

No tópico que aborda as condutas para o manejo da diarreia foi sugerida por JD6 e JD9 a inserção de informações que ensinassem como o soro caseiro deve ser preparado. No entanto a sugestão não foi acatada, pois estudo realizado na Austrália detectou hiponatremia em crianças de 4 anos de idade internadas com diarreia, o que veio a comprovar que a ingestão de soro caseiro preparado em concentrações inadequadas pode causar hiponatremia e assim dificultar o restabelecimento do estado de saúde (HORNUNG, 1995). Dessa forma, a conduta atual é evitar o uso da solução sal-açúcar, pois muitas pessoas a preparam em concentrações inadequadas, sem a utilização de colher medida, podendo ocasionar a piora do quadro de desidratação infantil devido à hiponatremia (NASCIMENTO, 2015).

Também foi sugerida por JA5 a diminuição dos termos de autoeficácia ao longo da cartilha, porém não se realizou essa modificação, pois para o processo de compreensão e aquisição do senso de confiança é importante a repetição dessa terminologia.

Ressalta-se que a autoeficácia está relacionada com a convicção que se tem sobre a capacidade de adotar um comportamento que resulte na obtenção dos resultados desejados. Além disso, quanto maior a crença na própria eficácia, maior o desenvolvimento da motivação pessoal (BANDURA, 2012).

Nesse sentido, é importante destacar que pesquisas realizadas que desenvolveram atividades educativas a partir do constructo de autoeficácia alcançaram resultados positivos quanto à elevação da autoeficácia na promoção da saúde. No estudo de Colland (1993), foi observado aumento da autoeficácia em crianças asmáticas que participaram de atividades educativas mediadas por jogos ou materiais didáticos. Uma pesquisa desenvolvida na Espanha, por Perez-Blasco, Viquer e Rodrigo (2013), verificou aumento da autoeficácia materna em amamentar quando utilizou intervenções educativas que retratavam as experiências anteriores de êxito das mulheres quanto à amamentação.

Destaca-se que a decisão para as modificações na cartilha foi realizada pela pesquisadora principal e quatro pesquisadoras com estudos desenvolvidos na

área de diarreia infantil e autoeficácia materna. A seguir serão expostas algumas sugestões que foram acatadas.

Na capa, JD1 e JD9 sugeriram que Luiza deveria estar ao lado da enfermeira, visto que ela é a personagem principal da cartilha, sendo realizada a alteração proposta, pois sabe-se que a capa deve ser atrativa e deve estar exposto nela o público-alvo ao qual se destina (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

No tópico que retrata a definição da diarreia infantil, colocou-se a expressão “apresenta fezes amolecidas” em substituição a “ir ao banheiro”, conforme sugerido por JD8, JD14 e JA13, visto que muitas crianças não fazem suas eliminações intestinais no banheiro. Assim, é relevante considerar, para que se aprenda um novo conhecimento, que este deverá estar associado à realidade e experiências vivenciadas pela população-alvo (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Ainda em relação ao tópico referido, JD15 sugeriu que fosse acrescentada a informação sobre as fezes das crianças em aleitamento materno exclusivo, o que foi acatado. Acrescentou-se na página um quadro de “atenção” explicando que as crianças que apenas recebem o leite materno podem ter fezes amolecidas, o que não significa que a criança está com diarreia (BRASIL, 2001).

Ressalta-se que a página 7 obteve IVC inferior a 0,8 no que se refere à clareza da linguagem, sendo realizadas as modificações no corpo do texto para uma melhor compreensão, conforme destacado: primeira versão – Diarreia é quando a criança: apresenta fezes amolecidas, tem fezes em maior quantidade, vai ao banheiro 3 ou mais vezes ao dia; segunda versão – Diarreia é quando a criança: apresenta fezes amolecidas ou líquidas, tem fezes em maior quantidade, apresenta fezes 3 ou mais vezes ao dia.

No tópico referente aos cuidados com a limpeza do ambiente, JD1, JD15 e JA7 enfatizaram que a ilustração fosse modificada, visto que na figura a criança estava tomando banho e afastada do chuveiro, o qual estava ligado, o que poderia levar as mães ao desperdício de água. No mesmo tópico foi proposto por JD1 e JA7 que a figura da chupeta fosse retirada, pois vai de encontro ao que é orientado durante as consultas. As sugestões descritas foram acatadas, visto que as pessoas tendem a reproduzir o que viram em um material educativo que retrata a sua realidade (CDC, 2009). Além disso, alguns estudos realizados comprovaram a presença de coliformes fecais em chupetas, o que pode levar à contaminação da

criança e ocasionar o episódio diarreico (TOMASI et al., 1994; PEDROSO; SIQUEIRA, 1997; NELSON FILHO et al., 2006).

Foi sugerida por JA15 a padronização da forma verbal nas páginas 9 e 10 (dar mais de um banho no seu filho por dia; cortar as unhas do seu filho, quando necessário; evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca; lavar com água e sabão a mamadeira e copo do seu filho após cada uso; manter seu filho calçado), pois as duas páginas seguem o mesmo raciocínio, tendo sido acatada a sugestão, visto que mudanças das formas verbais em uma mesma explicação, ou no seguimento de um raciocínio podem dificultar a compreensão do leitor (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

No tópico referente à limpeza do ambiente, acrescentou-se a informação de limpar os brinquedos das crianças, conforme sugerido por JD1 e JA6, pois muitas costumam colocar objetos sujos na boca, podendo ser uma forma de contaminação (FLEMING; RANDLE, 2006).

Nas informações acerca da higiene das frutas e verduras, foi proposta por JD15 a atualização do tempo em que as mesmas devem permanecer de molho no hipoclorito de sódio. Nesse sentido, realizou-se a modificação conforme orientado pelo Manual dos dez passos para uma alimentação saudável, que propõe que as frutas e verduras devem permanecer de molho no hipoclorito de sódio por um período de dez minutos (BRASIL, 2013b).

Nas orientações retratadas no tópico da vacinação, JD8 sugeriu que fossem acrescentados no material os cuidados com as fraldas da criança após a mesma tomar a vacina contra o Rotavírus. A sugestão foi acatada e inserida a informação da importância da higiene das mãos após a criança ser vacinada, conforme orientação do informe técnico da vacina (BRASIL, 2006).

Alguns juízes também solicitaram modificações no ambiente retratado na cartilha (JD1, JD14, JA7, JA11, JA13), como no ambiente do banheiro e da cozinha da casa de Luiza, nos alimentos utilizados por ela e nas sacolas utilizadas para o descarte do lixo. As ilustrações foram modificadas e adaptadas à realidade da população, tendo em vista a necessidade de o material educativo assemelhar-se com a realidade vivenciada pela população (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

No tópico acerca das condutas para o manejo da diarreia, foi sugerida por JD8, JD15 e JA14 a inserção de informações que retratassem os cuidados com a

alimentação da criança com diarreia e os sinais de alerta a que a mãe deve estar atenta para retornar com a criança ao posto de saúde. A sugestão foi acatada e uma nova página construída abordando os aspectos solicitados. A orientação inserida também é retratada no vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”.

Para a inserção da nova página seguiu-se o roteiro do vídeo educativo citado, que corresponde às recomendações do Ministério da Saúde, que destaca os seguintes sinais de alerta: a criança não consegue beber nem mamar ou o faz com dificuldade; a criança estiver letárgica; se tiver febre ou a febre piorar; aparecer sangue nas fezes (BRASIL, 2003).

Para a avaliação da cartilha educativa foi utilizado um instrumento adaptado e validado, denominado *Suitability Assessment of Materials* (SAM – Avaliação de Adequação de Materiais) para a avaliação de materiais educativos, composto por 22 itens inclusos em seis 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. Destaca-se que a utilização do SAM pode revelar deficiências específicas na instrução de um material, o que reduz sua adequação (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Inicialmente o SAM era utilizado somente para a avaliação de materiais impressos, sendo vista atualmente a sua utilização tanto em materiais impressos como em outros materiais, como vídeos educativos e anúncios de televisão (KAPHINGST et al., 2004; FINNIE et al., 2010; MENDES et al., 2015).

A avaliação dos juízes de conteúdo a partir da utilização do formulário SAM está retratada na Tabela 4.

Tabela 4 - Frequência de pontuações para cada domínio de avaliação do SAM (N=30) de acordo com os juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016

Domínios:	2 escores (Superior) N (%)	1 escore (Adequado) N (%)	0 escore (Inadequa do) N (%)	TOTAL - média dos escores
1.Conteúdo				
a) Objetivo é evidente	23 (76,7)	7 (23,3)	-	88,3%

b) Conteúdo aborda comportamento	28 (93,3)	2 (6,7)	-	96,7%
----------------------------------	-----------	---------	---	-------

c) A proposta é limitada	24 (80,0)	6 (20,0)	-	90,0%
--------------------------	-----------	----------	---	-------

d) Resumo ou revisão	16 (53,3)	5 (16,7)	9 (30,0)	61,7%
----------------------	-----------	----------	----------	-------

2. Linguagem adequada para população

a) Grau de leitura	22 (73,3)	8 (26,7)	-	86,7%
--------------------	-----------	----------	---	-------

b) Estilo de voz ativa	25 (83,3)	5 (16,7)	-	91,67%
------------------------	-----------	----------	---	--------

c) Vocabulário utiliza palavras comuns	23 (76,7)	7 (23,3)	-	88,3%
--	-----------	----------	---	-------

d) Em primeiro lugar o contexto	26 (86,7)	4 (13,3)	-	93,3%
---------------------------------	-----------	----------	---	-------

e) Aprendizagem mediada por sinais avançados	27 (90,0)	3 (10,0)	-	95,0%
--	-----------	----------	---	-------

3. Ilustrações gráficas, listas e tabelas

a) Capa	24 (80,0)	6 (20,0)	-	90,0%
---------	-----------	----------	---	-------

b) Tipo de ilustrações	28 (93,3)	2 (6,7)	-	96,7%
------------------------	-----------	---------	---	-------

c) Relevância das ilustrações	28 (93,4)	1 (3,3)	1 (3,3)	95,0%
-------------------------------	-----------	---------	---------	-------

d) Listas, tabelas, gráficos e formas	26 (86,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	88,3%
---------------------------------------	-----------	---------	----------	-------

e) As legendas são utilizadas	23 (76,7)	4 (13,3)	3 (10,0)	88,3%
-------------------------------	-----------	----------	----------	-------

4. Layout e tipografia

a) Fatores de <i>Layout</i>	24 (80,0)	6 (20,0)	-	90,0%
-----------------------------	-----------	----------	---	-------

b) Tipografia	26 (86,7)	4 (13,3)	-	93,3%
---------------	-----------	----------	---	-------

c) Os subtítulos são utilizados	23 (76,7)	7 (23,3)	-	83,3%
---------------------------------	-----------	----------	---	-------

5. Estimulação para aprendizagem e motivação

a) Interação é incluída no	15 (50,0)	13 (43,3)	2 (6,6)	71,7%
----------------------------	-----------	-----------	---------	-------

texto e/ou nas figuras.

b) Padrões de comportamento desejados são modelados ou mostrados em termos específicos 26 (86,7) 4 (13,3) - 93,3%

c) Motivação/autoeficácia 23 (76,7) 7 (23,3) - 88,3%

6. Adequação Cultural

a) Jogo cultural – lógica, linguagem e experiência (LLE) 22 (73,3) 8 (26,7) - 86,7%

b) Imagem cultural e exemplos 27 (90,0) 2 (6,7) 1 (3,3) 93,3%

TOTAL 529 (80,1) 112 (16,8) 19 (2,9) **88,7%**

Fonte: Sabino (2016).

A avaliação geral da cartilha, a partir do somatório da média dos escores entre os itens revelou que o material foi considerado “superior”, com um percentual de 88,7%, visto que o percentual entre 70,0% e 100,0% caracteriza o material como “superior”, entre 40,0% e 69,0%, como “adequado” e entre 0,0% e 39,0%, como “inadequado” (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Sendo assim, pode-se verificar, a partir da análise do SAM, que somente um item foi classificado como “adequado”, sendo os demais itens avaliados como “superior”.

Dentre os itens avaliados, o que atingiu menor percentual foi presença de resumo ou revisão no material avaliado (61,6%) referente ao domínio conteúdo. E dos itens que atingiram maior pontuação foram os referentes ao conteúdo aborda comportamentos (96,7%), do domínio conteúdo, e tipo de ilustração (96,7%), do domínio ilustrações gráficas, listas e tabelas.

O domínio do conteúdo obteve a maioria da classificação “superior” entre os juízes, porém no item acerca do resumo ou revisão, nove juízes consideraram inadequado, o que resultou na avaliação geral do item como “adequado”, com 61,7%. Sabe-se que este item no instrumento SAM tem como finalidade dar ao leitor a oportunidade de ver os pontos principais em outras palavras, com exemplos ou imagens.

É importante ressaltar o número de páginas na elaboração da cartilha, visto que materiais longos podem desmotivar o leitor. Além disso, a divisão do material em tópicos foi a opção para este estudo, sendo os assuntos apresentados de forma dinâmica, possibilitando o fechamento de cada assunto. Ainda é importante ressaltar que as figuras contidas em cada página da cartilha buscaram auxiliar na revisão textual, contribuindo assim na aquisição do conhecimento. Frente ao exposto, a pesquisadora decidiu por não inserir páginas específicas de revisão ou resumo.

Em relação ao conteúdo, a cartilha educativa aborda ações que a mãe deve ser capaz de realizar para a prevenção da diarreia infantil. Além disso, a cartilha foi estruturada em tópicos, buscando facilitar o entendimento dos leitores.

Um estudo realizado na Jordânia revelou que as maiores dúvidas de mães que cuidam dos filhos quando os mesmos estão com diarreia estavam relacionadas com o momento adequado para procurar a unidade de saúde, o tratamento adequado, o controle e o uso de SRO (ABU-BAKER, 2012). Estudo realizado com mães que acompanhavam os filhos internados por diarreia revelou que os conhecimentos maternos acerca da patologia estavam baseados em crenças culturais e na sintomatologia da criança (REGO et al., 2014).

Dessa forma, ressalta-se ainda que é importante a utilização de materiais educativos que abordem o conteúdo retratado, pois muitas pessoas ainda atribuem a causa da diarreia a fatores sobrenaturais e erupções dentárias, o que revela uma carência de conhecimentos acerca do modo de transmissão da diarreia (VANDERLEI; SILVA, 2004).

Em relação ao domínio acerca da linguagem adequada para a população, todos os itens atingiram avaliação “superior” a partir da média da pontuação dos juízes. A linguagem do material foi utilizada de forma clara e que pudesse facilitar a compreensão das informações contidas no material, pois esse estilo de linguagem permite a transmissão de mensagens que buscam reforçar orientações e facilitar o trabalho da equipe de saúde na comunicação e no processo ensino/aprendizagem. Dessa forma, Armindo, Diniz e Schall (2011) ressaltam a importância da adequação da linguagem como um processo fundamental na comunicação da educação em saúde.

No domínio das ilustrações gráficas, listas e tabelas, todos os itens foram classificados como “superior” na avaliação geral, porém três itens receberam

avaliação “inadequada”. As ilustrações gráficas do material foram realizadas por um profissional capacitado, buscando-se fazer relação direta entre os assuntos e as ilustrações presentes no material, pois sabe-se que o processo de aprendizagem é reforçado quando o leitor observa em imagens o que está sendo exposto no texto. Nesse sentido, Doak, Doak e Root (1996) destacam que o objetivo das ilustrações é unicamente de aperfeiçoar a compreensão do leitor e não de servir como um enfeite dentro do material.

As ilustrações devem ser de qualidade e retratar adequadamente a realidade que se deseja expor, além de simples e culturalmente sensibilizadoras, possibilitando uma melhor memorização do conteúdo (MIALHE; SILVA, 2008).

No domínio acerca do *layout* e tipografia todos os itens foram considerados “superior”. No *layout* e tipografia utilizaram-se fontes em tamanho e cor adequados, além de utilizar marcadores e negritos quando necessário. Além disso, teve-se a preocupação de deixar espaço em branco em cada página do material, conforme orienta Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

No domínio acerca da estimulação para a aprendizagem e motivação, todos os itens receberam classificação “superior”, com apenas um item, referente à interação que é incluída no texto e/ou nas figuras, tendo obtido duas avaliações “inadequado”.

No quesito sobre a estimulação para a aprendizagem e motivação, uma das fontes de autoeficácia refere-se à experiência vicária, na qual a pessoa forma suas crenças a partir da observação de outras pessoas executando determinadas tarefas, o que findará por motivar o observador e o deixará mais confiante em realizar a mesma ação observada. Nesse sentido, a cartilha educativa poderá influenciar o leitor a adotar o mesmo comportamento de Luiza, motivando o desempenho de respostas similares às da personagem (PAJARES; OLAZ, 2008).

O domínio acerca da aceitação cultural recebeu avaliação “superior” em todos os itens, com apenas uma avaliação “inadequada” no que se refere à imagem cultural e exemplos. Esse domínio é importante para a avaliação do material, visto que a percepção das mães no que se refere às orientações transmitidas na cartilha deve estar de acordo com a realidade que vivenciam, pois só assim elas se sentirão motivadas a executar as ações no seu cotidiano. Dessa forma, o conhecimento das condições de vida da população é essencial, pois a cultura de um povo está ligada a

seus valores, hábitos, crenças e saberes diante do mundo em que vivem (FREIRE, 1999).

Na Tabela 5 são apresentados os dados da avaliação individual e geral dos juízes de conteúdo conforme o instrumento SAM.

Tabela 5 - Somatório total dos escores do SAM a partir da avaliação dos juízes de conteúdo. Fortaleza, 2016

Juiz de conteúdo	Conteúdo n (escores)	Linguagem adequada n (escores)	Ilustrações gráficas, listas e tabelas n (escores)	Layout e tipografia n (escores)	Estimulação para aprendizagem n (escores)	Adequação cultural n (escores)	Somatório do SAM n (escores)	Interpretação de acordo com o cálculo n (%)
JD1	8	9	10	6	6	3	42	95,4%
JD2	6	9	6	5	4	4	34	77,3%
JD3	8	9	10	6	6	4	43	97,7%
JD4	6	10	10	6	5	3	40	90,9%
JD5	5	6	8	6	6	4	35	79,5%
JD6	7	9	7	6	4	4	37	84,1%
JD7	8	10	10	5	5	4	42	95,4%
JD8	6	10	9	6	6	4	41	93,2%
JD9	6	10	9	4	4	4	37	84,1%
JD10	8	10	10	6	6	4	44	100,0%
JD11	8	10	10	6	6	4	44	100,0%
JD12	7	10	10	3	5	3	38	86,4%
JD13	5	9	10	6	5	4	39	88,6%
JD14	7	9	9	4	4	3	36	81,8%
JD15	7	10	10	6	5	4	42	95,4%
JA1	8	10	10	6	6	3	43	97,7%
JA2	5	6	9	4	3	3	30	68,2%
JA3	8	10	9	6	5	4	42	95,4%
JA4	6	8	10	5	3	3	34	77,3%
JA5	4	7	5	4	5	3	28	63,7%

JA6	8	10	10	6	6	4	44	100,0%
JA7	8	10	6	6	4	2	36	81,8%
JA8	6	9	9	5	4	4	37	84,1%
JA9	6	10	10	6	6	2	42	95,4%
JA10	7	9	9	6	5	4	40	90,9%
JA11	8	9	9	6	5	3	40	90,9%
JA12	7	10	10	6	6	4	43	97,7%
JA13	7	9	8	6	5	3	38	86,3%
JA14	7	8	10	6	6	2	41	93,1%
JA15	6	8	10	4	6	4	38	86,3%
TOT	215	273	272	163	152	104	39	88,7%
AL	89%	91%	90%	90%	84%	87%		

Fonte: Sabino (2016).

De acordo com a análise individual dos juízes, observou-se que apenas a avaliação de dois juízes assistenciais de conteúdo (N=2, 6,6%) obteve pontuação que considera o material como “adequado” (68,2%; 63,7%). As demais avaliações dos juízes (N=28, 93,3%) obtiveram pontuação que classifica o material como “superior”, com as porcentagens variando de 77,3% a 100,0%. Destaca-se ainda que três juízes (N=3, 10,0%) de conteúdo avaliaram a cartilha com nota máxima. O domínio que obteve maior aprovação entre os juízes foi o referente à linguagem adequada para a população.

No final da avaliação os juízes de conteúdo também atribuíram uma nota final de recomendação da cartilha, que variou de 8 a 10, com uma média de 9,26.

É importante destacar que o SAM também foi utilizado em outros estudos, como no de Mendes et al. (2015), que realizou a avaliação de seis vídeos educativos que abordavam a prevenção da diarreia infantil, considerando quatro vídeos “adequado” e dois vídeos “superior”; e no de Weintraub et al. (2004), que avaliou 29 materiais impressos acerca do câncer de próstata, obtendo como resultado um material “inadequado”, vinte e dois “adequado” e seis “superior”; sendo utilizada em ambos estudos a classificação conforme proposta pelo instrumento. Acrescenta-se ainda a maior credibilidade dada aos materiais que obtiveram avaliação “superior”, os quais poderão auxiliar no desenvolvimento de habilidades e favorecer a autonomia dos indivíduos (MENDES et al., 2015; WEINTRAUB et al., 2004).

Sendo assim, a cartilha educativa proposta neste estudo, a partir da avaliação dos juízes de conteúdo pelo SAM, foi considerada um material educativo “superior”, apresentando conteúdo, linguagem adequada para a população, ilustrações gráficas, *layout* e tipografia, estimulação para aprendizagem e motivação, e adequação cultural que podem favorecer a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

4.2.2 Validação da cartilha com os juízes técnicos

Para a validação técnica da cartilha selecionaram-se três juízes, que apresentaram uma variação de idade entre 25 e 30 anos, com uma média de 27,67. A área de atuação dos participantes no momento da pesquisa foi de dois (66,7%) em *design* gráfico e um (33,3%) em direção de arte, com tempo de atuação variando entre 5 e 7 anos, com uma média 5,66. Com relação à experiência com cartilha educativa, os juízes apresentaram de 0 a 2 anos de experiência, com uma média de 1,33. No que se refere à experiência com material impresso, o período variou de 5 a 6 anos, com uma média de 5,33.

Com relação à formação, um juiz (33,3%) apresentou graduação em música e dois juízes (66,7%), em publicidade e propaganda. Dois juízes (66,7%) apresentaram especialização concluída em *design* gráfico.

Os juízes foram classificados conforme os requisitos de Jasper (1994), que estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Fortaleza, 2016

Critérios de classificação dos juízes (N=15)	N	%
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	3	100,0
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	2	66,7
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	3	100,0
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	-	-

Fonte: Sabino (2016).

No que se refere aos critérios de Jasper para a seleção dos juízes técnicos, dois juízes (66,7%) enquadraram-se em três requisitos e um juiz (33,3%) enquadraram-se em dois requisitos. Os três juízes técnicos (100,0%) enquadraram-se em dois requisitos, sendo eles: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Destaca-se que é preconizado por Teixeira, Medeiros e Nascimento (2014) que, além do grupo de juízes especialistas no assunto, exista também um grupo de juízes avaliadores em *design* gráfico nos estudos de validação de materiais. Outros estudos também inseriram esses profissionais entre os juízes que avaliaram materiais educativos, sendo muito importante a participação dos mesmos, pois poderão contribuir na apresentação, ilustração, *layout* e diagramação do material (JOVENTINO, 2013; BARROS, 2015).

Os juízes realizaram a validação da primeira versão da cartilha utilizando o mesmo instrumento que os juízes de conteúdo, devendo avaliar a clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. As avaliações estão expostas na Tabela 7, pelo cálculo do IVC.

Tabela 7 - Distribuição dos IVCs de cada página, segundo a análise dos juízes técnicos. Fortaleza, 2016

Página/Assunto	Clareza da linguagem	Pertinência prática	Relevância teórica
Capa	1	1	1
Apresentação	1	1	1
Página 7/ Definição de diarreia infantil	1	1	1
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	1	1	1
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	1	1	1
Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	1	1	1
Página 11/ Cuidados com a higiene da mãe	1	1	1

Página 12/ Limpeza do ambiente	1	1	1
Página 13/ Limpeza do ambiente	1	1	1
Página 14/ Limpeza do ambiente	1	1	1
Página 15/ Limpeza do ambiente	1	1	1
Página 16/ Lavagem das frutas e verduras	1	1	1
Página 17/ Lavagem das frutas e verduras	1	1	1
Página 18/ Alimentação	1	1	1
Página 19/ Alimentação	1	1	1
Página 20/ Alimentação	1	1	1
Página 21/ Alimentação	0,66	1	1
Página 22/ Alimentação	1	1	1
Página 23/ Vacinação	0,66	1	1
Página 24/ Condutas para o manejo da diarreia	1	1	1
Página 25/ Condutas para o manejo da diarreia	1	1	1
Página 26/ Momento de finalização	1	1	1
TOTAL	0,96	1,00	1,00

Fonte: Sabino (2016).

Em relação ao IVC global, a clareza da linguagem atingiu IVC de 0,96 e a pertinência prática e a relevância teórica obtiveram IVC de 1,00. Apenas as páginas 21 e 23 não atingiram IVC 1,00, no que se refere à clareza de linguagem, porém os juízes não sugeriram que a página fosse retirada, tendo somente feito sugestões na página 23, as quais não foram acatadas após avaliação realizada, pois não atendiam aos referenciais acerca de diarreia infantil, saúde da criança ou autoeficácia materna.

Dessa forma, pode-se afirmar que de acordo com a análise dos juízes técnicos a cartilha educativa apresenta conteúdo e aparência pertinentes e válidos no que se refere à autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, o que foi evidenciado pela adequação dos índices de IVC referentes à clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica da cartilha, acima de 0,8, o que vem sendo preconizado pela literatura utilizada (NORWOOD, 2006).

Os juízes técnicos (JTs) também realizaram sugestões ao longo da cartilha, conforme exposto no Quadro 6.

Quadro 6 - Sugestões realizadas pelos juízes técnicos. Fortaleza, 2016

Página/Assunto da cartilha	Sugestões de mudança	Avaliação
Capa	Trocar o título “você, mãe, é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” (JT2).	Não acatado
	Inserir o nome da profissional no jaleco (JT2).	Acatado
Apresentação	Sem sugestões	-
Página 7/ Definição de diarreia infantil	Checar tamanho da fonte, pois parece maior (JT3).	Acatado
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	Figuras parecem repetitivas, colocar na segunda figura apenas as mãos sendo lavadas (JT2)	Não acatado
	Inserir uma introdução (JT3).	Não acatado
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	Trocar “você é capaz” por “também é importante” (JT2).	Não acatado
Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	Inserir balões para demarcar a fala (JT3).	Acatado
Página 11/ Cuidados com a	Sem sugestões	-

higiene da mãe		
Página 12/ Limpeza do ambiente	Sem sugestões	-
Página 13/ Limpeza do ambiente	Padronizar o “respiro” dos quadros do “atenção” (JT3).	Acatado
Página 14/ Limpeza do ambiente	Sem sugestões	-
Página 15/ Limpeza do ambiente	Sem sugestões	-
Página 16/ lavagem das frutas e verduras	Definir um padrão dos marcadores, se com negrito ou sem negrito (JT3).	Acatado
Página 17/ lavagem das frutas e verduras	Melhorar alinhamento do texto no quadro (JT3).	Acatado
Página 18/ Alimentação	Melhorar o “respiro” no balão da fala (JT3).	Acatado
Página 19/ Alimentação	Trocar “você é capaz de incentivar” por “incentive” (JT2).	Não acatado
Página 20/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 21/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 22/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 23/ Vacinação	Deixar mais nítido o que a mãe está segurando (JT3).	Não acatado
	Trocar o texto pela frase “atenção mães, vacinem os seus filhos contra o Rotavírus e	Não acatado

	ajudem seus filhos a evitarem diarreia” (JT2).	
Página 24/ Condutas para o manejo da diarreia	Sem sugestões	-
Página 25/ Condutas para o manejo da diarreia	Padronizar numeradores em relação ao uso do negrito (JT3).	Acatado
Página 26/ Momento de finalização	Sem sugestões	-

Fonte: Sabino (2016).

Além das sugestões descritas no Quadro 6, JT1 sugeriu que as figuras da cartilha fossem totalmente coloridas, não sendo acatada a sugestão. Assim, foram realizadas 16 sugestões, destas oito foram acatadas e oito não acatadas. A seguir serão discutidas algumas das sugestões propostas pelos juízes técnicos.

Na capa, foi sugerido por JT2 inserir o nome do profissional no jaleco, sendo acatada e realizada a modificação na ilustração, pois julgou-se necessário deixar claro o profissional em destaque, principalmente na capa, pois, como já citado, Moreira, Nóbrega e Silva (2003) destacam que na capa deve conter as informações principais do material elaborado.

Foi proposta por JT3 a inserção de balões para demarcar as falas no tópico acerca dos cuidados com a higiene da criança. Realizaram-se modificações na página, com a inserção de marcadores antes de cada frase, dando mais destaque ao que estava sendo exposto. Nesse sentido, autores afirmam que para que a mensagem contida em um material seja organizada deve-se fazer uso de recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Outra sugestão que merece destaque foi a de JT3: a padronização da margem dos quadros que continham o “atenção”. Ela foi acatada, visto que o *layout* da página também influencia no processo de legibilidade do texto (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

Além disso, JT1 propôs que todas as imagens fossem coloridas, porém a sugestão não foi acatada, visto que é indicado que as páginas de um material educativo contenham espaços em branco e que a coloração de todas as ilustrações poderia desviar a atenção do leitor para aspectos pouco importantes (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010; CDC, 2009). Assim, a decisão foi permanecer com a coloração apenas nos pontos mais importantes da ilustração.

Em relação à avaliação da cartilha realizada pelos juízes técnicos utilizando o instrumento SAM, na Tabela 8 estão retratados os resultados.

Tabela 8 - Frequência de pontuações para cada domínio de avaliação do SAM (N=3) de acordo com os juízes técnicos. Fortaleza, 2016

Domínios:	2 escores (Superior) N (%)	1 escore (Adequado) N (%)	0 escore (Inadequa do) N (%)	TOTAL - média dos escores
1. Conteúdo				
a) Objetivo é evidente	3 (100,0)	-	-	100,0%
b) Conteúdo aborda comportamento	3 (100,0)	-	-	100,0%
c) A proposta é limitada	3 (100,0)	-	-	100,0%
d) Resumo ou revisão	-	2 (66,7)	1 (33,3)	33,3%
2. Linguagem adequada para população				
a) Grau de leitura	3 (100,0)	-	-	100,0%
b) Estilo de voz ativa	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%
c) Vocabulário utiliza palavras comuns	3 (100,0)	-	-	100,0%
d) Em primeiro lugar o contexto	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%
e) Aprendizagem mediada por sinais avançados	3 (100,0)	-	-	100,0%
3. Ilustrações gráficas, listas e tabelas				

a) Capa	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%
b) Tipo de ilustrações	3 (100,0)	-	-	100,0%
c) Relevância das ilustrações	3 (100,0)	-	-	100,0%
d) Listas, tabelas, gráficos e formas	3 (100,0)	-	-	100,0%
e) As legendas são utilizadas	3 (100,0)	-	-	100,0%

4. Layout e tipografia

a) Fatores de <i>Layout</i>	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%
b) Tipografia	3 (100,0)	-	-	100,0%
c) Os subtítulos são utilizados	3 (100,0)	-	-	100,0%

5. Estimulação para aprendizagem e motivação

a) Interação é incluída no texto e/ou nas figuras.	-	3 (100,0)	-	50,0%
b) Padrões de comportamento desejados são modelados ou mostrados em termos específicos	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%
c) Motivação/autoeficácia	3 (100,0)	-	-	100,0%

6. Adequação Cultural

a) Jogo cultural – lógica, linguagem e experiência (LLE)	3 (100,0)	-	-	100,0%
b) Imagem cultural e exemplos	2 (66,7)	1 (33,3)	-	83,3%

TOTAL	55 (83,3)	9 (16,6)	1 (1,5)	90,1%
--------------	-----------	----------	---------	--------------

Fonte: Sabino (2016).

De acordo com a avaliação geral segundo o formulário SAM, a cartilha educativa foi classificada como “superior” com percentual de 90,1%. Na avaliação do material educativo, pode-se constatar que a grande maioria dos itens foi considerado “superior” (20 itens). Somente para o item interação é incluída no texto e/ou nas figuras, do domínio estimulação para aprendizagem e motivação, foi atribuída a classificação “adequada”, e o item presença de resumo ou revisão, do domínio conteúdo, obteve classificação “inadequada”.

Dentre os resultados é importante destacar que a avaliação realizada acerca da ilustração e do *layout* da cartilha obteve excelente pontuação pelos juízes técnicos, sendo esses os domínios que mais estavam associados com a área de atuação do grupo.

Na Tabela 9 são apresentados os dados da avaliação individual e geral dos juízes de conteúdo conforme o instrumento SAM.

Tabela 9 - Somatório total dos escores do SAM a partir da avaliação dos juízes técnicos. Fortaleza, 2016

Juiz técnico	Conteúdo n (escores)	Linguagem adequada n (escores)	Ilustrações gráficas, listas e tabelas n (escores)	Layout e tipografia n (escores)	Estimulação para aprendizagem n (escores)	Adequação cultural n (escores)	Somatório do SAM n (escores)	Interpretação de acordo com o cálculo n (%)
JT1	6	10	10	6	5	4	41	93,1%
JT2	7	8	9	5	4	3	36	81,8%
JT3	7	10	10	6	5	4	42	95,4%
TOT	20	28	29	17	14	11	39	90,1%
AL	83%	93%	97%	94%	78%	92%		

Fonte: Sabino (2016).

A avaliação individual dos juízes técnicos mostrou que todos fizeram uma avaliação que classificava o material como “superior”, com uma variação de 81,8% a 95,4%. O item que obteve maior avaliação entre os juízes técnicos correspondeu às ilustrações gráficas, listas e tabelas.

Em relação à nota de recomendação da cartilha, a pontuação variou de 9 a 10, com uma média de 9,66.

Os resultados expostos revelam que a avaliação dos juízes de conteúdo e dos juízes técnicos classificou a cartilha educativa como apropriada no que se refere à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. Além disso, a cartilha foi considerada “superior” a partir da aplicação do SAM, no que se refere ao conteúdo; linguagem adequada para população; ilustrações gráficas; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação; e adequação cultural.

Todas as sugestões dos juízes foram analisadas e o material foi aperfeiçoado para que assim a população pudesse realizar a validação do material. Dessa forma, a primeira versão da cartilha possuía 21 páginas de conteúdo, as quais foram avaliadas pelos juízes. Após sugestões dos juízes, a segunda versão foi concluída com 22 páginas de conteúdo.

A segunda versão da cartilha ficou composta por 32 páginas, sendo 22 páginas destinadas ao conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e duas páginas em branco.

4.3 Validação da cartilha com a população

Após a análise das sugestões dos juízes de conteúdo e juízes técnicos, a primeira versão da cartilha foi alterada a partir das sugestões acatadas. Fez-se novo contato com o profissional responsável pela ilustração e diagramação da cartilha e os ajustes necessários foram realizados. A segunda versão da cartilha, já com 22 páginas de conteúdo, foi validada por 31 mães. Participaram dessa etapa as mães de crianças menores de 5 anos de idade que buscaram atendimento no CEDEFAM no período da coleta de dados.

O processo de validação confere maior credibilidade aos materiais educativos no intuito de melhorar sua qualidade (RODRIGUES et al., 2013). Nesse sentido, reforça-se que, além da validação com juízes especialistas no assunto, também é importante a validação do material com pessoas leigas, visto que são elas que irão usufruir do material, além do que é importante conhecer a população à qual se destina o material (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; SOUSA; TURRINI, 2012; MARTINS et al., 2012). A validação de materiais educativos com pessoas leigas

também foi realizada em outros estudos (RODRIGUES et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2015).

As mães que participaram do processo de validação da cartilha apresentaram variação de idade entre 18 e 40 anos, com média de 25,29; a grande maioria era procedente de Fortaleza (N=30; 96,8%) e a maioria tinha o segundo grau completo (N=12; 31,7%); encontravam-se em união consensual (N=18; 58,1%) e eram donas de casa (N=13; 41,9%). Ainda, 12 (38,7%) moravam com quatro pessoas na residência e a renda familiar variava entre R\$ 500,00 e R\$ 5.000,00, com média de R\$ 1.847,00.

A cartilha foi avaliada pelas mães no que se refere à sua clareza, relevância e grau de relevância.

A clareza do material foi avaliada de forma positiva com 100,0% de concordância entre as mães em 20 páginas. As páginas 16 e 17, que abordam a lavagem das frutas e verduras, foi avaliada com 96,7% de concordância entre as mães no que se refere à clareza, com apenas uma mãe considerando que a página não estava clara. Na página 22, que aborda o uso do hipoclorito de sódio no tratamento da água de beber, duas mães não a consideraram clara, atingindo, assim, 93,5% de concordância quanto à clareza da página. Dessa forma, a clareza da cartilha foi avaliada satisfatoriamente por 86,9% das mães. A avaliação da clareza está exposta no Gráfico 1.

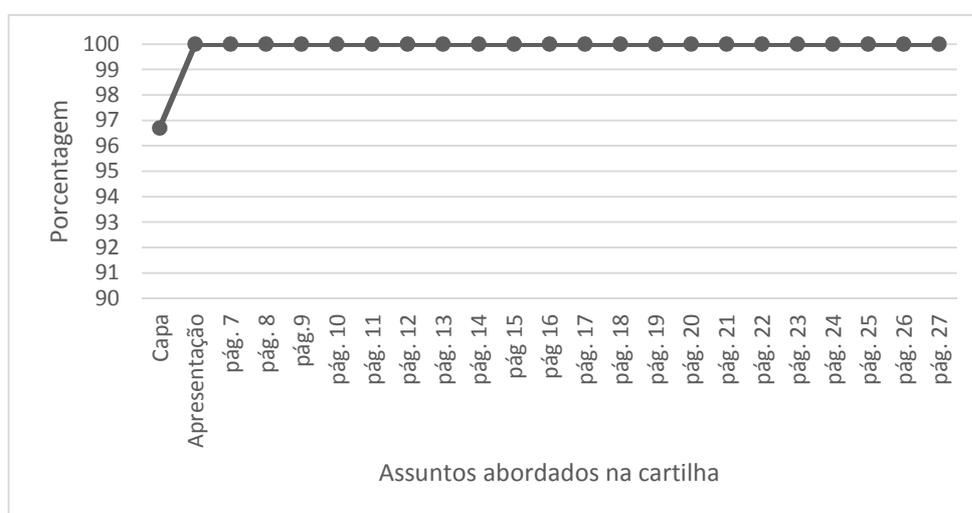
Gráfico 1 – Clareza dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, 2016



Fonte: Sabino (2016).

A relevância do material obteve pontuação máxima de 100,0% em 22 das páginas avaliadas. Apenas a capa foi avaliada como irrelevante por uma das mães que participou da pesquisa, obtendo 96,7% de aprovação entre as mães no que se refere à sua relevância. Assim, a relevância da cartilha foi avaliada de forma satisfatória por 95,6% das mães. A avaliação da relevância está retratada no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Relevância dos assuntos abordados na cartilha educativa. Fortaleza, 2016



Fonte: Sabino (2016).

Dessa forma, observa-se que a cartilha obteve excelentes avaliações no que se refere à clareza e à relevância do material.

O IVC da cartilha foi avaliado a partir do grau de relevância atribuído a cada página da cartilha. As mães realizaram a validação de aparência, a qual está exposta na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos IVCs de cada página, segundo a análise das mães. Fortaleza, 2016

Página/Assunto	IVC
Capa	0,93
Apresentação	1
Página 7/ Definição de diarreia infantil	1
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	1
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	1

Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	1
Página 11/ Cuidados com a higiene da mãe	1
Página 12/ Limpeza do ambiente	1
Página 13/ Limpeza do ambiente	0,97
Página 14/ Limpeza do ambiente	1
Página 15/ Limpeza do ambiente	1
Página 16/ Lavagem das frutas e verduras	1
Página 17/ Lavagem das frutas e verduras	1
Página 18/ Alimentação	1
Página 19/ Alimentação	1
Página 20/ Alimentação	1
Página 21/ Alimentação	1
Página 22/ Alimentação	1
Página 23/ Vacinação	1
Página 24/ Condutas para o manejo da diarreia	1
Página 25/ Condutas para o manejo da diarreia	1
Página 26/ Condutas para o manejo da diarreia	1
Página 27/ Momento de finalização	0,97
TOTAL	0,99

Fonte: Sabino (2016).

Das 23 páginas avaliadas, 20 páginas obtiveram IVC 1,00 e apenas três páginas não obtiveram avaliação máxima, com duas páginas atingindo 0,97 e uma página com 0,93. Em relação ao IVC global da cartilha, o valor foi de 0,99, apontando um ótimo nível de concordância entre as mães que avaliaram a cartilha.

Para a validade de aparência adotou-se o referencial proposto por Fernandes, Lacerda e Hallage (2006), que propõem um valor mínimo de 75% de concordância entre os participantes do estudo.

No Quadro 7 estão expostas as sugestões realizadas pelas mães (M).

Quadro 7 - Sugestões realizadas pelas mães. Fortaleza, 2016

Página/Assunto da cartilha	Sugestões de mudança	Avaliação
-----------------------------------	-----------------------------	------------------

Capa	Colocar a expressão “posto de saúde” em toda a cartilha (M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M12, M15, M16, M22).	Acatado
	Colocar um estetoscópio com a profissional (M4).	Não acatado
	Colocar a figura do pai (M23).	Não acatado
Apresentação	Sem sugestões	-
Página 7/ Definição de diarreia infantil	Mais informações sobre crianças que só recebem leite materno (M3).	Não acatado
	Dizer que as fezes com coloração amarelada são normais nas crianças que recebem apenas o leite materno (M22).	Não acatado
Página 8/ Cuidados com a higiene da criança	Sem sugestões	-
Página 9/ Cuidados com a higiene da criança	Sem sugestões	-
Página 10/ Cuidados com a higiene da criança	Falar que é importante escaldar os utensílios da criança (M6).	Não acatado
Página 11/ Cuidados com a higiene da mãe	Acrescentar “ao chegar da rua” (M22).	Não acatado
Página 12/ Limpeza do ambiente	Sem sugestões	-
Página 13/ Limpeza do ambiente	Sem sugestões	-
Página 14/ Limpeza do	Colocar a mãe tampando a panela (M4).	Não acatado

ambiente		
Página 15/ Limpeza do ambiente	Dizer que a comida precisa esfriar antes de ir para a geladeira (M26).	Não acatado
Página 16/ lavagem das frutas e verduras	Sem sugestões	-
Página 17/ lavagem das frutas e verduras	Sem sugestões	-
Página 18/ Alimentação	Dizer que o leite materno deve ser oferecido até os 2 anos ou mais (M22).	Não acatado
Página 19/ Alimentação	Citar mais alimentos que pode oferecer (M1).	Não acatado
Página 20/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 21/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 22/ Alimentação	Sem sugestões	-
Página 23/ Vacinação	Dizer os meses que toma a vacina (M3, M5, M6, M11).	Acatado
Página 24/ Condutas para o manejo da diarreia	Sem sugestões	-
Página 25/ Condutas para o manejo da diarreia	Inserir o soro caseiro (M22).	Não acatado
Página 26/ Condutas para o manejo da diarreia	Falar das crianças que só tomam o leite materno (M3).	Acatado
Página 27/ Momento de	Sem sugestões	-

finalização		
-------------	--	--

Fonte: Sabino (2016).

Foram realizadas 14 sugestões pelas mães, sendo três acatadas e 11 não acatadas. A seguir serão discutidas as principais sugestões feitas pelas mães.

Na capa foi solicitada por M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M12, M15, M16 E M22 a mudança do termo “unidade de saúde” por “posto de saúde”, sendo acatada a sugestão. Destaca-se que foi utilizado o termo “posto de saúde” durante toda a cartilha, por ser o termo mais utilizado e conhecido pela população, tendo em vista a importância de retratar a realidade da população no cenário da produção de materiais educativos (OLIVEIRA; CARVALHO; PAGLIUCA, 2014).

Foi sugerida por M1 a inserção de mais informações acerca de alimentos que podem ser consumidos pela criança no período da alimentação complementar, porém a sugestão não foi acatada, visto que esse assunto não é o foco do material educativo, estando especificada no material a necessidade de a mãe procurar um profissional da saúde para obter mais informações acerca dessa temática.

Nas orientações retratadas no tópico da vacinação, M3, M5, M6 e M11 sugeriram que fosse inserido o período de vacinação contra o Rotavírus, porém não foi colocado o período específico de 2 meses e 4 meses (BRASIL, 2006), pois os informes técnicos sofrem atualizações constantes. Dessa forma, em busca de tornar o conteúdo da cartilha atualizado, optou-se por inserir a informação orientando a mãe a procurar um profissional da saúde para saber o período correto de vacinação contra o Rotavírus.

Também foi proposto por M22 inserir as informações sobre a forma de preparar o soro caseiro, porém a sugestão não foi acatada, pois atualmente não é indicado que as mães utilizem a solução com sal-açúcar para o tratamento da diarreia, visto o risco de a concentração errada nessa solução causar hiponatremia na criança (NASCIMENTO, 2015).

Na página 26, foi sugerida por M3 a inserção de mais informações acerca dos cuidados com a alimentação das crianças que só mamam, quando estiverem com diarreia. A sugestão foi acatada e inserida a nova informação, seguindo o roteiro do vídeo educativo proposto por Joventino (2013).

Embora o material tenha tido sugestões a partir da análise das mães, a validação realizada pelas mesmas indica que o material construído é confiável, uma

vez que se obteve resultados favoráveis de IVC ao constructo que se desejava avaliar (autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil) e que poucas sugestões foram feitas por elas.

Como as mães não indicaram a inserção ou exclusão de nenhuma página da cartilha educativa, a versão final do material ficou composta por 32 páginas, sendo 22 páginas destinadas ao conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e duas páginas em branco.

No que se refere à avaliação do instrumento dissertativo relativo à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitação cultural e persuasão do material educativo, houve excelentes resultados a partir da análise das respostas das mães, sendo estes observados na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das respostas obtidas pelas mães segundo os domínios de avaliação do material educativo. Fortaleza, 2016

Domínios	N	%
Compreensão		
Comente sobre o que fala a cartilha		
Sim	31	100%
Não	-	-
Você pode me dizer quando o seu filho está com diarreia?		
Sim	30	96,8%
Não	1	3,2%
Você pode citar os cuidados que devem ser realizados para evitar a diarreia no seu filho?		
Sim	31	100%
Não	-	-
Atratividade		
Você teve vontade de ler a cartilha até o fim?		
Sim	31	100%
Não	-	-
Autoeficácia		
Você acredita que pode seguir o que a cartilha mostra?		
Sim	31	100%

Não	-	-
Você precisa saber mais alguma coisa para seguir a explicação da cartilha?		
Sim	3	9,7%
Não	28	90,3%
Você gostaria que existisse outra informação nessa cartilha que não tenha sido exposta?		
Sim	6	19,4%
Não	25	80,6%

Aceitação cultural

Tem alguma coisa na cartilha que você achou agressivo, ruim ou lhe incomodou?

Sim	-	-
Não	31	100%

Persuasão

Você pretende seguir as informações da cartilha para evitar a diarreia no seu filho?

Sim	31	100%
Não	-	-

Você acha que, caso tenha que informar alguma outra mulher a como evitar a diarreia no seu filho, informaria conforme mostra a cartilha?

Sim	31	100%
Não	-	-

Fonte: Sabino (2016).

Com relação aos domínios avaliados, pode-se verificar que todas as mães foram capazes de comentar sobre o tema central da cartilha. A grande maioria (n=30; 96,8%) soube dizer quando o filho está com diarreia e o que deve ser feito nessa situação e todas as mães (N=31; 100%) recordaram os cuidados que devem tomar para a prevenção da diarreia.

Ainda, pode-se constatar que todas as mães (N=31; 100%) relataram interesse em concluir a leitura da cartilha e verbalizaram que eram capazes e

pretendiam seguir o que a cartilha ensina, bem como se julgavam capazes de orientar outras mães acerca do conteúdo da cartilha caso fosse necessário.

Três mães (9,7%) verbalizaram que para uma maior compreensão do conteúdo da cartilha é necessário que um profissional conduza a mesma, pois assuntos lidos pela primeira vez podem deixar dúvidas ou não serem compreendidos. Além disso, seis participantes (19,4%) fizeram sugestões para acrescentar informações na cartilha, sendo elas: alimentação após os 6 meses da criança, água de coco quando a criança está com diarreia, escaldar os utensílios da criança e explicar sobre os alimentos gordurosos que causam diarreia. Contudo, tais sugestões não foram acatadas, pois os assuntos não foram considerados relevantes para que ocorresse a modificação da cartilha educativa.

Destaca-se que esta conduta ocorreu em outros estudos, como no de Rodrigues et al. (2013) e Nascimento et al. (2015), pois sabe-se que, embora as sugestões das mães sejam importantes, é necessário avaliar o que é relevante para que se alcance o objetivo do material educativo. Além disso, a inserção de informações de pouca importância no material pode acabar desviando a atenção do leitor, fazendo com que ele deixe de captar ideias centrais do texto pelo fato de o mesmo conter muitas informações (CDC, 2009; DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

Por fim, todas as mães (N=31; 100%) consideraram que as figuras apresentadas sobre os cuidados que devem ter para evitar a diarreia no seu filho ajudam para que se possa ter uma melhor compreensão sobre o assunto abordado na cartilha.

Diante destes resultados, observou-se que a cartilha educativa acerca da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil obteve resultados positivos, visto que as participantes verbalizaram domínio sobre a temática, aumentando a motivação e confiança das mães para adotar comportamentos desejados para a prevenção da diarreia infantil.

A utilização de um instrumento para a verificação da aprendizagem e revisões de materiais é importante para verificar a adequação da instrução de saúde à população à qual será destinada (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A compreensão é um fator crucial para que a pessoa que fará uso do material educativo tenha o melhor rendimento possível e assimile as informações contidas no material. A compreensão da mensagem só ocorre quando a pessoa

consegue rerepresentar a mensagem contida no texto com suas próprias palavras, ou seja, ela é capaz de converter a mensagem que foi ouvida ou visualizada em explicações verbais (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Destaca-se que esse fator foi obtido com a aplicação da cartilha, visto que as mães conseguiram responder às perguntas referentes às informações contidas no material após a leitura do mesmo.

Ainda acerca do domínio compreensão, é importante ressaltar que as mães compreendam adequadamente as informações contidas na cartilha educativa, pois estudos revelam que a diarreia infantil é uma doença evitável, de fácil manejo e de rápida resolutividade, desde que sejam realizadas as ações adequadas, conforme proposto na cartilha (OLIVERIA; LATORRE, 2010; MENDES et al., 2013a; LIU, 2009)

O material educativo também deve ser atrativo, para que as pessoas que o utilizarão possam sentir-se motivadas a aprender o que está contido nele, além de favorecer a aprendizagem e aumentar a interação entre o enfermeiro e o paciente (ARNOLD et al., 2006; DOAK; DOAK, ROOT, 1996). Para a elaboração da cartilha educativa foram seguidas as instruções contidas nos materiais de apoio utilizados.

A autoeficácia também é um importante fator a ser verificado, de forma que seja possível que, a partir da leitura realizada, a pessoa possa sentir-se capaz de empreender as ações ou comportamentos apreendidos descritos no material com o intuito de melhorar sua saúde (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Destaca-se que após a leitura da cartilha as mães verbalizaram confiança em realizar as ações descritas na cartilha.

A autoeficácia é uma variável modificável e é um fator que pode levar à mudança de comportamento em associação com a aquisição de conhecimento, visto que ela não se refere às habilidades próprias em si mesmas, mas aos julgamentos de valor acerca do que cada pessoa pode fazer ou se sente capaz de fazer com suas habilidades individuais (BANDURA, 1997; BLANCO, 2010). As pessoas com autoeficácia mais elevada tendem a dispensar maior esforço para alcançar os objetivos desejados e também a aumentar suas metas, devido aos sentimentos de capacidade e motivação desenvolvidos (BANDURA, 2012).

Assim, reforça-se que diversos estudos estão sendo desenvolvidos a partir da utilização de tecnologias educativas que tiveram a sua elaboração pautada na teoria de Autoeficácia de Bandura (1989).

Dodt (2011) desenvolveu uma pesquisa quase experimental com a utilização do álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho”, o qual foi elaborado a partir da Teoria de Autoeficácia (1989), em uma intervenção educativa realizada com puérperas de uma maternidade no Município de Fortaleza. O referido estudo obteve como resultado o aumento da autoeficácia materna em amamentar e maior duração do aleitamento materno nas mães que participaram da intervenção.

O álbum seriado citado acima também foi utilizado no estudo de Javorsky (2014), durante o desenvolvimento de um ensaio clínico randomizado com mulheres no período gestacional e pôde-se observar um aumento da autoeficácia materna e duração do aleitamento materno nas mães que participaram da intervenção mediada pelo álbum seriado.

Ainda na temática da promoção da autoeficácia em amamentar, McQueen et al. (2011), desenvolveram um ensaio clínico randomizado no Canadá em que puérperas primíparas recebiam intervenções individualizadas embasadas em uma escala que avalia a autoeficácia materna em amamentar, sendo evidenciado pelos resultados aumento da autoeficácia em amamentar nas participantes do grupo.

Awano e Shimada (2010) desenvolveram um estudo quase experimental no Japão, com intervenções que englobavam as informações sobre o aleitamento materno, folheto e material audiovisual acerca da amamentação. Os resultados do estudo também sugerem um aumento da autoeficácia a partir das intervenções.

Na temática da promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, Joventino (2013) realizou um ensaio clínico randomizado com a aplicação do vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, obtendo como resultado o aumento da autoeficácia materna e a diminuição dos casos de diarreia infantil nas mães que participaram da intervenção mediada pelo vídeo, em relação às mães do grupo comparação.

Destaca-se ainda o estudo de Nascimento (2015), em que foi associado o vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” com uma roda de conversa, a qual também foi desenvolvida seguindo-se as quatro fontes da Teoria de Autoeficácia (1989). Tratou-se de um estudo quase experimental, em que foi verificado efeito positivo da intervenção no que se refere à ocorrência da diarreia infantil e à autoeficácia materna.

Ainda no contexto da diarreia infantil, Liu (2009) desenvolveu um estudo na África em que avaliou a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil a

partir da seguinte frase: “Eu posso impedir que meu filho fique com diarreia.”. Como resultado, foi possível constatar que mães com elevada autoeficácia tinham 1,5 vezes mais chances de praticar medidas de higiene e o uso de soro de reidratação oral.

Dessa forma, é possível perceber que diversos estudos foram desenvolvidos com tecnologias educativas elaboradas a partir da Teoria da Autoeficácia de Bandura (1989) e obtiveram resultados que revelaram aumento da autoeficácia entre os participantes das intervenções educativas.

Doak, Doak e Root (1996) enfatizam a importância da aceitação cultural dos materiais educativos, sendo destacado por Freire (1997) que a cultura de um povo está ligada a seus valores e saberes diante do mundo em que vive. Dessa forma, o material educativo buscou retratar a realidade da população, pois sabe-se que, ao ser retratado de forma fiel o ambiente em que as pessoas vivem, elas tornam-se mais motivadas a seguir as orientações propostas (LIMA et al., 2014).

A persuasão verbal também é importante, visto que ela está relacionada com as possibilidades reais de convencer as pessoas de que elas podem realizar determinada ação (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). A comunicação persuasiva é uma estratégia útil para gerar comportamentos preventivos (TONANI; CARVALHO, 2008).

A persuasão verbal é uma das quatro fontes de autoeficácia, pois as pessoas que são persuadidas no sentido de que possuem maior capacidade em desenvolver determinado comportamento estão mais propensas a realmente realizar um esforço para chegar no resultado desejado (BANDURA, 1994).

Dessa forma, é importante destacar a autoeficácia como importante fator a ser considerado nos cuidados prestados às crianças, visto que a partir da motivação as mães poderão influenciar eventos que afetam suas vidas (JOVENTINO et al., 2013).

Enfermeiros como educadores em saúde e profissionais de saúde que atuam na atenção primária devem reconhecer que a autoeficácia pode ser um elemento essencial para a mudança de hábitos da população, principalmente no que se refere à autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil. Segundo Mendes (2012), o apoio à 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 sua habilidade em escolher, e levar adiante um plano de mudança comportamental.

Sendo assim, a partir deste estudo pode-se constatar que a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” foi considerada um material educativo que apresenta aparência e conteúdo pertinentes e válidos no que diz respeito à promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, o que foi evidenciado pelos IVCs superiores a 0,8 atribuídos pelos juízes docentes, juízes técnicos e população-alvo.

A cartilha também obteve excelente pontuação a partir da avaliação dos seis domínios do instrumento SAM (conteúdo; linguagem adequada para população; ilustrações gráficas; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação; e adequação cultural) pelos juízes de conteúdo e técnicos, sendo classificada como “superior” na avaliação geral.

Além disso, a cartilha também foi avaliada de forma satisfatória pela população-alvo quanto à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitação cultural e persuasão.

Assim, a partir da divulgação da cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”, pretende-se elevar a autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil, refletindo em uma diminuição dos casos de morbimortalidade por diarreia, pois a cartilha oferece informações de forma simples e compreensível para a aquisição de conhecimento e tomada de decisões da população. Espera-se que a utilização do material educativo seja amplamente divulgada, para que enfermeiros, mães e familiares possam utilizar a cartilha educativa.

5 CONCLUSÃO

De acordo com a elaboração e a validação da cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, obtiveram-se os seguintes achados:

- A cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” foi elaborada a partir da teoria da autoeficácia e as suas quatro fontes (experiência de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos). Além disso, retrataram-se os 24 itens da EAPDI, enfocando os dois domínios (higiene da família e práticas alimentares/gerais), bem como o roteiro do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”.
- A cartilha foi elaborada utilizando-se linguagem simples e direta, com ilustrações que retratavam a realidade da população e *layout* que pudesse favorecer na compreensão das informações contidas no material, sendo assim dividida em oito tópicos (1. Como saber se a criança está com diarreia; 2. Como cuidar da higiene do seu filho; 3. Saiba como cuidar da sua higiene; 4. A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; 5. Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; 6. Veja como cuidar da alimentação do seu filho; 7. Saiba a importância da vacinação para seu filho; 8. Como cuidar da criança com diarreia).
- Quanto ao teste de legibilidade de Flesch, a cartilha foi classificada como muito fácil, com índice 91.
- A primeira versão da cartilha educativa foi validada por 30 juízes de conteúdo (15 juízes docentes de conteúdo e 15 juízes assistenciais de conteúdo) e três juízes técnicos, estando constituída por 32 páginas, sendo 21 páginas destinadas ao conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e três páginas em branco.
- Na etapa de validação da cartilha educativa pelos juízes de conteúdo, esta apresentou IVC global de 0,88 quanto à clareza de linguagem, 0,91 no que se refere à pertinência prática e 0,92 na avaliação da relevância teórica.
- Na avaliação da cartilha com a utilização do instrumento SAM pelos juízes de conteúdo, a mesma foi classificada como “superior”, com uma média de 88.7%

- No que diz respeito à validação da cartilha pelos juízes técnicos, o IVC global foi de 0,96 para a clareza de linguagem, 1,00 para pertinência prática e 1,00 para a relevância teórica.
- Quanto à avaliação do material educativo pelo instrumento SAM, os juízes técnicos classificaram-na como “superior”, com uma média de 90,1%.
- A população-alvo, composta por 31 mães de crianças menores de 5 anos, realizou a validação da segunda versão da cartilha, composta por 32 páginas, sendo 22 páginas de conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e duas páginas em branco.
- No que diz respeito à validação de aparência pelas mães, 86,9% das mães avaliaram a cartilha como clara e 95,6% como relevante, apresentando IVC global de 0,99, apontando um excelente nível de concordância entre as mães que participaram do estudo. As mães que participaram do estudo também realizaram sugestões, o que resultou na versão final da cartilha.
- Quanto aos domínios compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitação cultural e persuasão, as mães de crianças menores de 5 anos que participaram do estudo consideraram a cartilha satisfatória em todos os domínios.
- A versão final da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” ficou composta por 32 páginas, sendo 22 páginas de conteúdo, oito páginas pré-textuais e pós-textuais e duas páginas em branco.

O processo de validação e avaliação da cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” foi importante, pois oportunizou avaliar o material educativo, conferindo assim maior credibilidade ao mesmo a fim de que possa ser utilizado como uma tecnologia educativa que visa à promoção da saúde da família e crianças menores de 5 anos de idade.

Acredita-se que o uso desta cartilha educativa auxiliará as atividades do enfermeiro, bem como de outros profissionais de saúde da ESF que desenvolvem atividades educativas, sendo uma ferramenta importante para auxiliar as mães na autoeficácia para a prevenção da diarreia em seus filhos. Destaca-se, assim, a importância de o profissional conhecer o material educativo, bem como o constructo da autoeficácia, para saber como e quando utilizar a cartilha.

Por fim, conclui-se que a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” foi considerada válida em termos de conteúdo e aparência para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

6 RECOMENDAÇÕES E DIFICULDADES

Frente aos elevados casos ainda registrados de diarreia em crianças menores de 5 anos de idade, recomenda-se a divulgação da cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” para ser utilizada na prática dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde da ESF, com o intuito de elevar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Dessa forma, faz-se necessária a aplicação da cartilha educativa em diferentes populações e contextos, com um acompanhamento efetivo das famílias que participarão das atividades com a utilização desse material, com o intuito de avaliar o aumento e manutenção dos níveis de autoeficácia, bem como o acometimento de crianças com diarreia infantil entre as famílias que participarão da intervenção com o uso da cartilha.

Recomenda-se ainda avaliar a eficácia do uso da cartilha educativa de forma isolada, ou seja, apenas a leitura da cartilha, e da utilização da cartilha aliada às orientações do enfermeiro, visto que é válido o emprego de diversas intervenções que tenham como objetivo a prevenção da diarreia infantil. A avaliação da eficácia dessa tecnologia educativa permitirá comprovar os benefícios de sua aplicação para o constructo ao qual se propõe.

Ressalta-se ainda que outros pesquisadores que venham a desenvolver este mesmo tipo de pesquisa, de elaboração e validação de materiais educativos, possam apropriar-se de abordagens teóricas e referenciais metodológicos que embasem sua elaboração e validação.

Ainda, é oportuno salientar que no desenvolvimento desta pesquisa, algumas dificuldades foram enfrentadas, contudo não impediram a sua condução e obtenção de resultados satisfatórios. Dentre essas, podem-se citar a obtenção de resposta de todos os juízes que foram convidados a participar do estudo, bem como o aceite de algumas mães em participar do processo de validação da cartilha.

REFERÊNCIAS

- ABU-BAKER, N.N.; GHARAIBEH, H.F.; AL-ZOUBI, H.M.; SAVAGE, C.; GHARAIBEH, M.K. Mothers' knowledge and practices of managing minor illnesses of children under five years. **Journal of Research in Nursing**, v. 18, n. 7, p. 651-666, 2012.
- ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A Percepção dos Profissionais e Usuários da Estratégia de Saúde da Família Sobre os grupos de Promoção da Saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 401-408, 2012.
- AQUINO, P.S.; MELO, R.P.; LOPES, M.V.O.; PINHEIRO, A.K.B. Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. **Acta Paul Enferm**. v. 23, n. 5, p. 690-6, 2010.
- ARAÚJO, M.F.M.; FERREIRA, A.B.; GONDIM, K.M.; CHAVES, E.S. The prevalence of diarrhea in children who were breastfed for less than six months, or not at all. **Cienc Cuid Saude**, v.6, n.1, p.76-84, 2007.
- ARMINDO, G.L.; DINIZ, M.C.P.; SCHALL, V.T. Materiais educativos impressos sobre Dengue: análise quali-quantitativa e reflexões sobre comunicação e educação em saúde. 2011.
- ARNOLD, C.L.; DAVIS, T.C.; FREMPONG, J.O.; HUMISTON, S.G.; BOCCHINI, A.; KANNEN, E.M.; PURYEAR, M.L. Assessment of Newborn Screening Parents Education Materials. **Pediatrics**, v.117, n.5, p. 321-324, 2006.
- ARORA, A; McNAB, M.A.; LEWIS, M.W.; HILTON, G.; BLINKHORN, A.S.; SCHWARZ, E. 'I can't relate it to teeth': a qualitative approach to evaluate oral health education materials for preschool children in New South Wales, Australia. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v. 22, p. 302-309, 2012.
- AWANO, M; SHIMADA, K. Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. **International breastfeeding journal**, v.5, n.9, 2010.
- BACKES, V.M.S.; PRADO, M.L.; LINO, M.M.; FERRAZ, F.; CANEVER, B.P.; GOMES, D.C.; MARTINI, J.G. Teses e dissertações de enfermeiros sobre educação em enfermagem e saúde: um estudo bibliométrico. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 251-6, 2013.
- BANDURA, A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. **Journal of Management**, v. 38, n. 1, p. 9-44, 2012.
- BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 729-735, 1989.
- BANDURA, A. Self-efficacy:Encyclopedia of human behavior. **New York: Academic Press**, v.4, p. 71-81, 1994.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: freeman, 1997.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v.84, n.2, p.191-215, 1977.

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

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

BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARRA, D.C.C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 8, n.3, p.: 422-30, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7081/5012>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

BARROS, E.J.L., et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.3, p. 95-101, 2012.

BARROS, L.M. **Construção e validação de uma cartilha educativa sobre os cuidados no perioperatório da cirurgia bariátrica**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BASSICHETTO, K.E.; REA, M.F.; DONATO, A.F. Atualização profissional em aconselhamento em alimentação infantil: uma experiência de avaliação. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), São Paulo, n. 48, p. 41-45, 2009.

BASTABLE, S.B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BELLOWS, L.; SPAETH, A.; LEE, V.; ANDERSON, J. Exploring the use of Storybooks to reach mothers of preschoolers with nutrition and physical activity messages. **J Nutr Educ Behav.**, v. 45, n. 4, p. 362-367, 2013.

BERNIER, M.J. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. **Patient Education and Counseling**, v.29, n.3, p.45-62, 1996.

BLACK, R.E. et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet**. v. 375, p. 1969-87, 2010.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar** / F. Savage King; Tradução de Zuleika Thomson e Orides Navarro Gordon. – 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS (DATASUS)**. Sistema de informação de mortalidade. Mortalidade – Brasil. Óbito por residência por capítulo CID 10 segundo região. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria MS/GM Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Técnico. **Doença diarreica por Rotavírus**: Vigilância Epidemiológica e Prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores**: 2013 - 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpr. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na infância**: curso de capacitação. 2 ed. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**: Guia de Bolso, V. 1, 3ª edição, p. 123. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº. 466, de 12 de dez de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa Brasileira]**, Brasília, DF, 13 jun 2013.

BÜHLER, H.F.; IGNOTTI, E.; NEVES, S.M.A. da S.; HACON, S.S. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 9, p.: 1921-1934, 2014a.

BÜHLER, H.F.; IGNOTTI, E.; NEVES, S.M.A. da S.; HACON, S.S. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 10, p.: 4131-4140, 2014b.

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. 429-439, 2010.

CASEY, D. Using action research to change health-promoting practice. **Nurs Health Sci.**, v. 9, n. 1, p. 5-13, 2007.

CAVALCANTE, L.D.W.; OLIVEIRA, G.O.B.; ALMEIDA, P.C.; REBOUÇAS, C.B. de A.; PAGLIUCA, L.M.F. Tecnologia assistiva para mulheres com deficiência visual acerca do preservativo feminino: estudo de validação. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p. 14-21, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Simply put**. A guide for creating easy-to-understand materials. CDC, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf>. Acesso em: 26 jan. de 2015.

COLLAND, V.T. Learning to cope with asthma: a behavioural self-management program for children. **Patient Educ. Couns.**, v. 22, n. 3, p. 141-152, 1993.

COSTA, P.B.; CHAGAS, A.C.M.A.; JOVENTINO, E.S.; DODT, R.C.M.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev Rene.**, v.14, n.6, p. 1160-1167, 2013.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. **A Guide to Creating and Evaluating Patient Materials**. Guidelines for Effective Print Communication. Copyright, 2010. Disponível em: <http://www.mainehealth.org/workfiles/MH_LRC/MH_Print%20Guidelines_Intranet.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2015.

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

DODT, R.C.M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DODT, R.C.M.; FERREIRA, A.M.V.; NASCIMENTO, L.A.; MACÊDO, A.C.; JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.610-8, 2013.

DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ORIÁ, M.O.B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 225-30, 2012.

ECHER, I.C. The development of handbooks of health care guidelines. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.13, n.5, p.754-7, 2005.

FALKENBERG, M.B.; MENDES, T de P.L.; MORAES, E.P. de; SOUZA, E.M. de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014.

FEHRING, R. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: HURLEY, M.E. (ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference** (p.183-190). St.Louis (MO): Mosby, 1986.

FEITOZA, S.M. de A. **Construção e validação de cartilha educativa para orientação das mães sobre os cuidados pós-transplante cardíaco pediátrico**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERNANDES, M.V.L.; LACERDA, R.A.; HALLAGE, N.M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.2, p.174-189, 2006.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1674-81, 2007.

FINNIE, R.K.C.; CHES, M.P.H.; FELDER, T.M.; LINDER, S.K.; MULLEN, P.D. Beyond Reading Level: A Systematic Review of the Suitability of Cancer Education Print and Web-based Materials. **J Cancer Educ.**, v.25, n.4, p.497-505, 2010.

FLEMING, K.; RANDLE, J. Toys--friend or foe? A study of infection risk in a paediatric intensive care unit. **Pediatric Nurs.**, v.18, n.4, p. 8-14, 2006.

FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M.; MELLO, D.F.; SILVA, M.A.I.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011.

FONSECA, L.M.M.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M.M.; LEITE, A.M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.1, p. 65-75, 2004.

FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M.J.B.; CAMARGO-BORGES, C.; KAWATA, L.S.; MISHIMA, S.M. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v 21, n. 4, 2013.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 30 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, F.V.; REZENDE FILHO, L.A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface**, v.15, n. 36, p. 243-55, 2011.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hipermídia educacional em exame físico no pré-natal.** 2010. 116f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2010.

FUJIWARA, T.; YAMADA, F.; OKUYAMA, M.; KAMIMAKI, I.; SHIKORO, N.; BARR, R.G. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: A replication of a randomized controlled trial in Japan. **Child Abuse & Neglect**, v. 36, p. 613-620, 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The state of the world's children 2014 in numbers: every child counts.** 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Situação mundial da infância 2012: crianças em um mundo urbano.** 2012.

GEBARSKI, K.S.; DALEY, J.; GEBARSKI, M.W.; KESHAVARZI, N.; HERNANDEZ, R.J.; IVANZIE, V.; GEBARSKI, S.S. Efficacy of a cartoon and photograph montage storybook in preparing children for voiding cystourethrogram. **Pediatr Radiol.**, v. 43, p. 1485-90, 2013.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n.3, 2008.

HEIDEMANN, I.B.S.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; STULP, K.P. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, 2010.

HORNUNG, T.S. Hyponatremia after rehydration with sports drinks. **Lancet**, v. 345, n. 8959, p. 1243, 1995.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo**. 2014. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

JENKINSON, D.; SAVISON, J.; JONES, S.; HAWTIN, P. Comparison of effects of a self management booklet and audiocassette for patients with asthma. **BMJ** (Clinical research ed.), v. 297, p. 267-70, 1988.

JOVENTINO, E.S. **Desenvolvimento de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010.

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

JOVENTINO, E.S.; FREITAS, L.V.; VIEIRA, N.F.C.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B.; XIMENES, L.B. Habilidades maternas para prevenção e manejo da diarreia infantil. **Ciencia y enfermeria**. v. XIX, n. 2, p. 67-76, 2013a.

JOVENTINO, E.S.; COUTINHO, R.G.; BEZERRA, K.C.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. A auto-eficácia na prevenção de diarreia e cuidado da criança: um estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 2, 2013b. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3961/html>. Acesso em: 23 abril 2015.

JOVENTINO, E.S. ; ORIÁ, M.O.B.; SAWADA, N.O.; XIMENES, L.B. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 21, n. 1, p. 371-379, 2013c.

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

JOVENTINO, E.S.; PENHA, J.C.; XIMENES, L.B.; CASTRO, R.C.M.B.; GOMES, A.L.A.; ALMEIDA, P.C. de. Effect of educational vídeo about maternal self-efficacy and occurrence of childhood diarrhoea: randomized clinical trial. **Indian Journal of Applied Research**, v. 5, p. 688-692, 2015.

JOVENTINO, E.S.; SILVA, S.A.; ROGERIO, R.F.; FREITAS, G.L.; XIMENES, L.B.; MOURA, E.R.F. Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semi-árido brasileiro. **Texto contexto Enferm**. v. 19, n. 4, p. 691-699, 2010.

KAPHINGST, K.A.; RUDD, R.E.; DEJONG, W.; DALTROY, L.H. Literacy demands of product information intended to supplement television direct-to-consumer prescription drug advertisements. **Patient Education and Counseling**, v. 55, p. 293-300, 2004.

LACERDA, T.T.B.; MAGALHÃES, L.C.; REZENDE, M.B. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, v.18, n.2, p. 63-77, 2007.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G. Maternal parental self-efficacy in postpartum period. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. 802-810, 2010.

LEBRUN, M.; DIMUZIO, J.; BEAUCHAMP, B.; REID, S.; HOGAN, V. Evaluating the Health Literacy Burden of Canada's Public Advisories: A Comparative Effectiveness Study on Clarity and Readability. **Drug Saf.**, v. 36, n. 12, p. 1179-87, 2013.

LIMA, A.C.M.A.C.C. **Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da transmissão vertical pelo HIV**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LIMA, M.A. de; PAGLIUCA, L.M.F.; NASCIMENTO, J.C. do, CAETANO, J.A. Virtual guide on ocular self-examination to support the self-care practice for people with hiv/aids. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 48, n. 2, p. 285-291, 2014.

LIU, J. **Maternal beliefs and behaviors in the prevention of childhood diarrhea in Dar es Salaam, Tanzania**. 2009. 104f. Tese (Doutorado) – 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, E.M.; PINHEIRO, A.K.B.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C. Technology and nursing practice - a bibliographical research. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v. 8, n. 1, 2009.

LOUREIRO, I. Competências para promover a saúde. **Revista portuguesa de pedagogia**, v. 43, n. 2, p. 81-103, 2009.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

MACHADO, M. de F.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 17, p. 174-179, 2009.

MARTINS, M.C.; VERAS, J.E.G.L.F.; UCHOA, J.L.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; XIMENES, L.B. Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1354-1361, 2012.

MARTINS, T.B.F.; GHIRALDELO, C.M.; NUNES, M.G.V.; OLIVEIRA, O.N.J.R. Readability formulas applied to textbooks in brazilian portuguese (Notas do ICMC-USP, Série Computação). 1996.

McQUEEN, K.A. et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of a Breastfeeding Self-Efficacy Intervention With Primiparous Mothers. **JOGNN**, v. 40, p. 35-46, 2011.

MEINERT, L.; MARCON, C., BARBOSA, O. Elaboração de cartilha educativa para paciente diabético como intervenção psicológica - um trabalho multiprofissional. **Psicolatina**, v. 22, p. 1-14, 2011.

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.

MENDES, E.R. da R., et al. Assessment of Educational Videos on the Prevention and Management of Infant Diarrhea: Documental Study. **Health**, v. 7, p. 1215-1223, 2015.

MENDES, P.S.de A.; RIBEIRO JR.,H da C.; MENDES, C.M.C. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 3, p. 315-325, 2013a.

MENDES, K.D.S., et al. Intervenção educativa para candidatos ao transplante de fígado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 419-425, 2013b.

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**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MIALHE, F.B.; SILVA, C.M.C. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**., v. 44, n. 2, 2008.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.P. (Orgs). **Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56 n. 2, p. 184-188, 2003.

MOTA, F. R. do N. **Adaptação transcultural e validação do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

NASCIMENTO, L.A. do. **Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil – efeitos de uma intervenção combinada**: vídeo educativo e roda

de conversa. 131f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2015.

NASCIMENTO, L.A. do; RODRIGUES, A.P.; JOVENTINO, E.S.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N. da C.; XIMENES, L.B. Validation of Educational Video to Promote Self-Efficacy in Preventing Childhood Diarrhea. **Health**, v. 7, p. 192-200, 2015.

NEGRETTO, G.W. Development and evaluation of printed educational material to improve the medication compliance of pediatric patients after hospital discharge. **Revista HCPA**, v. 31, n. 4, p. 443-450, 2011.

NELSON-FILHO, P.; LOUVAIN, M.C.; FIORI-JÚNIOR, M., SILVA, R.A.B. Orientando o paciente: como desinfetar chupetas? **Rev Assoc Paul Cir Dent.**, v. 60, n. 1, p. 49, 2006.

NORWOOD, S. **Research strategies for advanced practice nurses**. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2006.

Número de casos de diarreia bate recorde da série histórica. **Jornal de hoje**, Fortaleza, 11 de novembro de 2014. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2014/11/11/noticiasjornalcotidiano,3346022/numero-de-casos-de-diarreia-bate-recorde-da-serie-historica.shtml>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

NUNES, J.M.; OLIVEIRA, E.N.; BEZERRA, S.M.N.; COSTA, P.N.P. da; VIEIRA, N.F.C. Educational practice with women in the community: prevention of pregnancy in adolescence. **Texto & Contexto Enfermagem** (UFSC. Impresso), v. 23, p. 791-798, 2014.

NUTBEAM, D. WHO. **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

OLIVEIRA, E.; ANDRADE, I.M.; RIBEIRO, R.S. **Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões**. 2009. Tcc em forma de Artigo, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2009.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.; SAWADA, N.O. Educational handbook for selfcare in women with mastectomies: a validation study. **Texto contexto - enferm.**, v. 17, n. 1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, P.M.P. de, CARVALHO, A.L.R.F. de, PAGLIUCA, L.M.F. Cultural adaptation of educative technology in health: string literature with a focus on breastfeeding. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 134-141, 2014.

OLIVEIRA, T.C.; LATORRE, M. do R. Trends in hospital admission and infant mortality from diarrhea: Brazil, 1995-2005. **Rev Saúde Pública.**, v. 44, p. 102-11, 2010.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação de Breastfeeding Self-Efficacy Inventory**: aplicação em gestantes. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAJARES, F.; OLAZ, F. **Teoria social e cognitiva e autoeficácia uma visão geral**. In F BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. (Org.). Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: ed. ARTMED, 2008.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília (DF): UnB; 1997.

PEDROSO, R.S.; SIQUEIRA, R.V. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. **J Pediatr** (Rio J.), v. 73, p. 21-25, 1997.

PEREZ-BLASCO, J.; VIGUER, P.; RODRIGO, M.F. Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. **Arch Womens Ment Health**, v.16, p. 227-36, 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

POMMIER, J.; GUEVEL, M.R.; JOURDAN, D. Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. **BMC Public Health.**, v. 10, n. 43, 2010.

PRADO, L.M. **Desenvolvimento de avaliação e material multimídia para orientação de pais e cuidadores de crianças com Síndrome de Down**. 2011. 165f. Dissertação (mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2011.

Prefeitura de Fortaleza [homepage na internet]. Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado das notificações de Casos de diarreia aguda POR Secretaria Executiva Regional**. 2015. Acesso em: 13 jun. 2015.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M.L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. **Pediatrics**. v. 126, p. 534-40, 2010.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C.A.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**. v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2013.

REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.1, 2012.

REDE INTEGRADA DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2009.

REGO, A.P.; LIMA, S.P.; COSTA, M.C.M.D. de R.; SANTOS, L.M.C.; MEDEIROS, W.R.; CAVALCANTE, E.S. Conhecimento das mães de crianças internadas em um hospital universitário acerca da diarreia. **Rev Rene**., v. 15, n. 1, p. 29-36, 2014.

RODRIGUES, A.P.; NASCIMENTO, L.A. do; DODT, R.C.M.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 586-593, 2013.

RODRIGUES, R.M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROGENSKI, K.E. et al. Diabetes Mellitus na infância: elaboração de material educativo para pacientes e cuidadores. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 12, n. 2, p. 97-105, 2012.

SALMOND, S.W. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. **Orthop Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 31-45, 1994.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online], v. 41, n. 1, p. 135-40, 2007. Acesso em: 23 de abril de 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a17.pdf>>.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; LAGE, L.M.; OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; ROCHA, R.O.; Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Rev Psiquiatr. Clín.**, v. 34, n. 3, p. 111-117, 2007.

SANTOS, R.L.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**. v. 18, n. 4, p. 652-60, 2009.

SHEI, A.; COSTA, F.; REIS, M.G.; KO, A.I. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. **BMC International Health and Human Rights**. v. 14, n. 10, 2014.

SILVA, C.A.T.; FERNANDES, J.L.T. Legibilidade dos fatos relevantes no Brasil. *RAC-Eletrônica*. v. 3, n.1, p. 142-158, 2009.

SILVA, M.A.; BUDÓ, M.L.D.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O.; GARCIA, R.P.; SEHNEM, G.D.; SILVA, D.C. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. *Rev Bras Enferm*. v. 67, n. 3, p. 347-53, 2014.

SILVA, M.D.R.; HIERREZUELO, A.R.F.; MARTÍNEZ, R.M.G.; MORALES, A.A.X.; RUIZ, J.C. Educational program on persistent diarrhea for infant mothers. *Medisam*. v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san03109.htm>. Acesso em: 20 abril 2015.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12ª ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

SOUSA, C.S.; TURRINI, R.N.T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*., v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012.

TAYLOR-CLARKE, K. et al. Assessment of Commonly Available Educational Materials in Heart Failure Clinics. *J Cardiovasc Nurs*., v. 27, n. 6, p. 485-94, 2012.

TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P.; NASCIMENTO, M.H.M. **Referências metodológicas para validação de tecnologias cuidativo-educacionais**. In: NIETSCHÉ, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. *Tecnologias cuidativo-educacionais - Uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?* Porto Alegre: Ed. Moriá, 2014. 213p.

TEIXEIRA, E.; SIQUEIRA, A.A.; SILVA, J.P.; LAVOR, L.C. Cuidados com a saúde da criança e validação de uma tecnologia educativa para famílias ribeirinhas. *Rev. bras. enferm*. v. 64, n. 6, 2011.

TOMASI, E.; VICTORA, C.G.; POST, P.R.; OLINTO, M.T.A.; BEHAGUE, D. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. *Rev Saude Publica*, v. 28, p. 373-379, 1994.

TORRES, H. C.; CANDIDO, N. A.; ALEXANDRE, R. S.; PEREIRA, F. L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

TUOT, D.S.; DAVIS, E.; VELASQUEZ, A; BANERJEE, T.; POWE, N.R. Assessment of printed patient-educational materials for chronic kidney disease. *Am J Nephrol*., v. 38, n. 3, p.184-94, 2013.

VAN DER BUL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy constructo. *Sch. Inq. Nurs. Pract.*, v. 15, n. 3, p. 189-207, 2001.

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.

VERAS, J.E.G.L. de F. **Construção e validação de um guia abreviado do protocolo de colhimento de classificação de risco m pediatria.** 142f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2011.

VIANNA H. M. **Testes em educação.** São Paulo (SP): IBRASA, 1982.

VIANNA, T. F. **A Sexualidade em cartilhas educativas oficiais: uma análise cultural.** Monografia. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

WARDLAW, T.; SALAMA, P.; BROCKLEHURST, C.; CHOPRA, M.; MASON, E. Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. **Lancet.**, v. 375, p. 870-2, 2010.

WEINTRAUB, D.; MALISKI, S.L.; FINK, A.; CHOE, S.; LITWIN, M.S. Suitability of prostate cancer education materials: applying a standardized assessment tool to currently available materials. **Patient Education and Counseling**, v. 55, p. 275–280, 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – CONVITE PARA JUÍZES DE CONTEÚDO

Prezado colaborador,

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, a qual possui como objetivo geral: “Construir e validar cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil”. Dessa forma, preciso “Construir uma cartilha educativa que eleve os escores de autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil” e “Validar o conteúdo e as características técnicas da referida cartilha educativa junto a juízes”.

A ideia da presente cartilha educativa sobreveio dos achados de Joventino (2010), em que percebeu-se que crianças filhas de mães com elevada autoeficácia para a prevenção da diarreia infantil, possuíam menos diarreia do que aquelas cujas mães possuíam autoeficácia moderada ou baixa. Assim, verificou-se a necessidade de elaborar uma estratégia educativa facilmente utilizável pelas mães que são atendidas a nível de atenção básica.

Por reconhecimento de sua experiência profissional em uma ou mais das seguintes áreas (diarreia infantil, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, doenças infecciosas e parasitárias), você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo da referida cartilha educativa.

Vale ressaltar a inexistência de cartilhas educativas para a prevenção da diarreia infantil pautados na autoeficácia materna, sendo, portanto relevante que possamos disponibilizar aos serviços de saúde uma ferramenta que auxilie aos profissionais de saúde e às mães no combate à diarreia infantil, ainda frequente em nossa realidade. A cartilha se destina a mães de crianças menores de 5 anos que são atendidas a nível de atenção básica em Fortaleza-CE.

As atividades que, por obséquio, venho solicitar ao (à) senhor (a) referem-se a:

- 1 – Assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- 2 – Preenchimento do questionário de caracterização dos avaliadores;
- 3 – Leitura da Sinopse sobre autoeficácia para que assim Vossa Senhoria possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo (se necessário);
- 4 – Preenchimento dos instrumentos de avaliação da cartilha.

Ressaltamos a necessidade de que, como juiz de conteúdo, limite-se apenas ao conteúdo da cartilha, não devendo preocupar-se com alguns termos técnicos existentes na presente cartilha.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de 10 dias.

Após a avaliação informo que todos os juízes receberão uma declaração emitida pela Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará afirmando a participação na presente pesquisa na condição de juiz de conteúdo.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa. Estou certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Av. Sen. Fernandes Távora, 101. Ap 210. Jóquei Clube

Telefone: 9639.6883

E-mail: leidinhmoraes@hotmail.com

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

Juízes de conteúdo

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Leidiane Minervina Moraes de Sabino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Elaboração e validação de cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para 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.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, preciso submeter o material à avaliação, por parte de especialistas de conteúdo. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação no grupo citado. 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.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e um formulário para avaliação. Caso o senhor seja da área da enfermagem, será convidado a analisar a cartilha como especialista de conteúdo, analisando-a quanto aos seguintes aspectos: o objetivo da cartilha que se quer validar; conteúdo da cartilha (estrutura e estratégias de apresentação); relevância e ambiente (o cenário em que vai ser apresentada a cartilha elaborada).

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para analisar/validar a cartilha.

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, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa no telefone abaixo:

Nome: Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Instituição: Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para

contato: (85) 9639-6883

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

Apêndice C – Instrumento para validação da cartilha – Juízes de conteúdo e técnico

INSTRUÇÕES

Caros juízes, a avaliação da cartilha é feita mediante escala de Likert. O resultado mostrará a equivalência de conteúdo. Nesse momento as figuras e os textos da cartilha serão avaliados em três critérios: Clareza da linguagem, Pertinência prática e Relevância teórica (PASQUALI, 2010). Para respostas seguras segue instruções quanto aos critérios.

Os critérios **clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica** serão avaliados segundo grau de concordância aos critérios, de forma que **1** representa “**pouquíssima**”, **2** representa “**pouca**”, **3** representa “**média**”, **4** representa “**muita**” e **5** representa “**muitíssima**”.

Clareza da linguagem: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. O senhor (a) acredita que a linguagem de cada figura e texto da cartilha é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?

Pertinência prática: Analisa se cada figura e texto possui importância para a cartilha. O senhor (a) acredita que as figuras e textos propostos são pertinentes para esta população? Em que nível?

Relevância teórica: Considera o grau de associação entre as figuras e textos e a teoria. Visa analisar se a cartilha está relacionada com o constructo. O senhor (a) acredita que o conteúdo de cada figura e texto é relevante? Em que nível?

ASSUNTOS (Figuras e textos)	CLAREZA DA LINGUAGEM As figuras e os textos possuem linguagem clara, compreensível e adequada para a população?	PERTINÊNCIA PRÁTICA As figuras e os textos possuem importância para a cartilha?	RELEVÂNCIA TEÓRICA O conteúdo de cada figura e texto é relevante?	SUGESTÕES
<p>Universidade Federal do Ceará Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem Departamento de Enfermagem</p> <p>Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!</p> <p>POSTO DE SAÚDE</p> 	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	
<p>POSTO DE SAÚDE</p>  <p>Olá, sou Luisa, mãe do Mateus. Vim ao posto de saúde porque a doutora Manuela me disse que sou capaz de evitar a diarreia no meu filho. Vamos aprender juntas?</p>	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	
<p>1. Como saber se a criança está com diarreia</p> <p>Diarreia é quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta fezes amolecidas. • Tem fezes em maior quantidade. • Vai ao banheiro 3 ou mais vezes ao dia.  <p>7</p>	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	
<p>2. Como cuidar da higiene do seu filho</p> <p>Você é capaz de incentivar seu filho a lavar as mãos com água e sabão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes e após as refeições • Antes e após ir ao banheiro  <p>ATENÇÃO Os micróbios só saem mesmo com sabão ou sabonete!</p> <p>8</p>	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima	

<p>Você também é capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar vários banhos no seu filho por dia.  <ul style="list-style-type: none"> • Cortar as unhas do seu filho, quando necessário.  <p style="text-align: right;">9</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	
<p>Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.</p>  <p>Eu lavo com água e sabão a mamadeira, a chupeta e o copo após cada uso.</p>  <p>Eu posso manter meu filho calçado.</p>  <p>10</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	
<p>3. Saiba como cuidar da sua própria higiene</p> <p>Lavar as mãos nunca é demais! Por isso, acredite, você é capaz de lavar suas mãos com água e sabão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de preparar ou manipular alimentos. • Depois de mexer na lixeira. • Depois de ir ao banheiro. • Depois de ajudar seu filho a se limpar quando ele for ao banheiro. • Antes de alimentar o seu filho.      <p style="text-align: right;">11</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	
<p>4. A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças</p> <p>É importante que a casa esteja sempre limpa, porque nossos filhos costumam brincar no chão.</p>  <p>12</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima</p> <p>2. pouca</p> <p>3. média</p> <p>4. muita</p> <p>5. muitíssima</p>	

<p>Você é capaz também de ajudar na limpeza dos arredores da sua casa. Por isso, deixe os sacos de lixo bem fechados. Coloque o lixo na rua apenas no dia que o caminhão de lixo passar.</p>  <p>ATENÇÃO Lembre-se de deixar o saco de lixo o mais alto possível para que animais não rasguem o saco.</p> <p>13</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>Mantenha limpo o local onde prepara a comida para evitar contaminar os alimentos.</p>  <p>ATENÇÃO Cubra os alimentos preparados com tampa ou panos limpos!</p> <p>14</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>Faça a quantidade certa de comida para cada refeição. Mas se sobrar, guarde na geladeira em depósitos bem tampados.</p>  <p>15</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>5. Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras Para que os alimentos fiquem limpos, você deve seguir os passos:</p> <p>1. Lave os alimentos com água e sabão.</p>  <p>2. Meça 01 colher (sopa) de hipoclorito de sódio 2,5%, que você pode receber no posto de saúde.</p>  <p>3. Coloque em 01 litro de água.</p>  <p>16</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	

<p>4. Deixe os alimentos totalmente mergulhados por 30 minutos.</p>  <p>5. Lave novamente os alimentos em água corrente.</p>  <p>ATENÇÃO</p> <p>Caso use água sanitária para limpar os alimentos, você deve conferir no rótulo se ela pode ser utilizada nos alimentos e o tempo que devem permanecer de molho.</p> <p>17</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>6. Veja como cuidar da alimentação do seu filho</p> <p>A amamentação ajuda a proteger nossos filhos contra diarreia. Por isso eu amamentei meu filho exclusivamente até os seis meses de idade.</p>  <p>ATENÇÃO</p> <p>O leite materno é uma vacina natural. Ele tem todos os nutrientes e a água que as crianças menores de seis meses precisam.</p> <p>18</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>Depois que a criança completa seis meses, ela pode continuar mamando, mas já deve começar a comer outros alimentos. Você pode começar a oferecer frutas, papas de legumes, carnes, ovos, feijão, entre outros.</p>  <p>ATENÇÃO</p> <p>Você é capaz de incentivar seu filho a comer alimentos saudáveis!</p> <p>19</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>Verifique o prazo de validade dos alimentos antes de dar para o seu filho.</p>  <p>VALIDADE: 22/04/17</p> <p>20</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	

<p>Ofereça apenas água fervida, filtrada ou mineral para o seu filho beber.</p>  <p>ATENÇÃO A água sanitária pode ser utilizada para matar os micróbios da água de beber. Mas antes você deve conferir no rótulo se ela pode ser utilizada na água de beber.</p> <p>21</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>Você também pode utilizar hipoclorito de sódio para matar os micróbios da água de beber.</p>  <p>Coloque 2 gotas de hipoclorito de sódio 2,5% e espere 30 minutos.</p> <p>1 Litro</p> <p>30 minutos</p> <p>Pronto, meu filho, agora você já pode beber essa água, pois está livre de contaminação.</p>  <p>22</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>7. Saiba a importância da vacinação para o seu filho Você é capaz de manter as vacinas do seu filho em dia.</p>  <p>ATENÇÃO A vacina contra o rotavírus ajuda a evitar diarreia no seu filho.</p> <p>23</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>8. Como cuidar da criança com diarreia Se seu filho tiver diarreia, leve ao posto de saúde para saber como é o tratamento.</p>  <p>ATENÇÃO Você é capaz de prevenir a desidratação em seu filho com o soro de reidratação oral.</p> <p>24</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	

<p>Você mesma é capaz de preparar o soro de reidratação oral. Basta seguir os passos:</p>  <p>1. Lave as mãos com água e sabão.</p> <p>2. Esvazie todo o pó do soro em uma garrafa com um litro de água.</p> <p>3. Mexa e espere que o pó dissolva na água.</p> <p>ATENÇÃO Prepare um novo soro a cada 24 horas. Toda vez que a criança fizer cocô você deve oferecer um copo de soro. Se ele vomitar, espere dez minutos e tente oferecer novamente.</p> <p>25</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
 <p>Nós somos capazes de evitar diarreia no nosso filho com esses cuidados que aprendemos nessa cartilha.</p> <p>E o resultado é o melhor possível. Ver nosso filho, feliz, saudável e com aquele sorriso bonito no rosto!</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	

Apêndice D - CONVITE PARA JUÍZES TÉCNICOS

Caro colaborador,

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC, a qual possui como objetivo geral: “Construir e validar cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil”. Dessa forma, preciso “Construir uma cartilha educativa que eleve os escores de autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil” e “Validar o conteúdo e as características técnicas da referida cartilha educativa junto a juízes”.

A ideia da presente cartilha educativa sobreveio dos achados de Joventino (2010), ao perceber que crianças filhas de mães com elevada autoeficácia para a prevenção da diarreia infantil, possuíam menos diarreia do que aquelas cujas mães possuíam autoeficácia moderada ou baixa. Assim, verificou-se a necessidade de elaborar uma estratégia educativa facilmente utilizável pelas mães que são atendidas a nível de atenção básica.

Por reconhecimento de sua experiência profissional em uma ou mais das seguintes áreas (material impresso e cartilha educativa), você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo da referida cartilha educativa.

Vale ressaltar a inexistência de cartilhas educativas para a prevenção da diarreia infantil pautados na autoeficácia materna, sendo, portanto relevante que possamos disponibilizar aos serviços de saúde uma ferramenta que auxilie aos profissionais de saúde e às mães no combate à diarreia infantil, ainda frequente em nossa realidade. A cartilha se destina a mães de crianças menores de 5 anos que são atendidas a nível de atenção básica em Fortaleza-CE.

As atividades que, por obséquio, venho solicitar ao (à) senhor (a) referem-se a:

- 1 – Assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
- 2 – Preenchimento do questionário de caracterização dos avaliadores;
- 3 – Leitura da Sinopse sobre autoeficácia para que assim Vossa Senhoria possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo (se necessário);
- 4 – Preenchimento dos instrumentos de avaliação da cartilha.

Ressaltamos a necessidade de que, como juiz de designer, limite-se apenas ao designer da cartilha, não devendo preocupar-se com alguns termos técnicos existentes na presente cartilha.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de 10 dias.

Após a avaliação informo que todos os juízes receberão uma declaração emitida pela Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará afirmando a participação na presente pesquisa na condição de juiz de designer.

Desde já, agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com essa pesquisa. Estou certa de que sua valorosa contribuição em muito ampliará as possibilidades deste estudo. Coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Av. Sen. Fernandes Távora, 101. Ap 210. Jóquei Clube

Telefone: 9639.6883

E-mail: leidinhmoraes@hotmail.com

Apêndice E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – JUÍZES TÉCNICOS

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Leidiane Minervina Moraes de Sabino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Elaboração e validação de cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para 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.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, preciso submeter o material à avaliação, por parte de especialistas técnicos. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação no grupo citado. 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.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o (a) senhor (a) receberá uma cópia da cartilha e um formulário para avaliação. Caso o senhor seja da área de designer, será convidado a analisar a cartilha como especialista de designer, analisando-a quanto aos seguintes aspectos: o objetivo da cartilha que se quer validar; conteúdo da cartilha (estrutura e estratégias de apresentação); relevância e ambiente (o cenário em que vai ser apresentada a cartilha elaborada).

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para analisar/validar a cartilha.

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, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa no telefone abaixo:

Nome: Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Instituição: Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para

contato: (85) 9639-6883

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: _____

Apêndice F - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES TÉCNICOS

Especialista Nº _____

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local onde se graduou: _____ Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com cartilha educativa (em anos): _____

Experiência com material impresso (em anos): _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO

Se sim, qual a temática: _____

2- QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

Ocupação atual: _____

3- TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO

TEMPO DE ATUAÇÃO

4- PUBLICAÇÕES

Trabalhos publicados na temática cartilha educativa. 1. Sim (); 2. Não ().
Quantos? __

Apêndice G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES – VALIDAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “**Elaboração e validação de cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna para 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 validar uma cartilha educativa 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.

Logo, venho por meio deste convidá-la a participar do estudo na qualidade de avaliadora da cartilha. Assim, a senhora receberá uma cópia da cartilha e fará uma leitura atenciosa da mesma. Após isso, farei algumas perguntas para saber da senhora se a cartilha está adequada para ser utilizada por mães de crianças menores de cinco anos de idade, para que elas sejam capazes de prevenir a diarreia em seus filhos; se você consegue entender o que está escrito na cartilha; se você acha a cartilha atrativa e se é possível que a mesma seja aceita pelas mães. Se você não estiver entendendo o que está escrito na cartilha, gostaria de ter a sua ajuda para trocar as palavras difíceis por outras mais fáceis de entender.

Convido-a para participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá disponibilidade de tempo para analisar a cartilha educativa e responder os questionamentos.

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. A senhora 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, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa no telefone abaixo:

Nome: Leidiane Minervina Moraes de Sabino **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 99639-6883

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

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG:

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

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário: _____

Data: __/__/__

Assinatura:

Nome do pesquisador: _____

Data: __/__/__

Assinatura:

Nome da testemunha: _____

Data: __/__/__

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE: _____

Data: __/__/__

Assinatura:

Apêndice H - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA PELA POPULAÇÃO-ALVO.

FORMULÁRIO

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\$ 788.00)

10. Data Nasc. (Criança): ____/____/____

(*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: _____

II - QUESTIONÁRIO DISSERTATIVO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Nível de avaliação	Fator a ser avaliado
	1. Comente sobre o que fala a cartilha.

Compreensão	2. Diante da cartilha você pode me dizer quando o seu filho (a) está com diarreia?

	3. Ao ler a cartilha você pode citar os cuidados que devem ser realizados para evitar que seu filho (a) tenha diarreia?

	4. Você pode me dizer o que deve ser feito quando o seu filho (a)

está com diarreia?

5. Você poderia identificar as partes da cartilha que não entendeu ou achou difícil?

Atratividade

6. Você tem vontade de ler essa cartilha até o fim? (Se não, poderia me dizer o porquê?)

7. Você acredita que pode seguir o que a cartilha mostra?

Autoeficácia

8. Você necessita saber mais alguma coisa para seguir esta explicação? O que está faltando?

9. Quais cuidados parecem mais importantes? Você já sabia de todos?

10. Você gostaria que existisse alguma outra informação nessa cartilha que não tenha sido exposta?

Aceitação cultural

11. Tem alguma coisa nessa cartilha que você ache agressivo, ruim, que a incomoda?

12. O que você gostou na cartilha? O que você não gostou na cartilha?

13. Você pretende seguir as informações da cartilha para evitar diarreia no seu filho (a)?

Persuasão

14. Você acha que, caso tenha que informar alguma outra mulher a como evitar a diarreia no seu filho (a), informaria conforme mostra a cartilha?

III - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA QUANTO À COMPREENSÃO.

As figuras apresentadas sobre os cuidados que você deve ter para evitar a diarreia no seu filho (a):

() Ajudam para que você tenha uma melhor compreensão sobre o assunto.

() Dificultam a compreensão do assunto.

() Outro. Qual? _____

IV - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA QUANTO À CLAREZA, RELEVÂNCIA E GRAU DE RELEVÂNCIA DOS ASSUNTOS ABORDADOS NA CARTILHA.

ASSUNTOS	CLAREZA	RELEVÂNCIA	GRAU DE RELEVÂNCIA	SUGESTÕES
<p>Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho?</p> <p>UNIDADE DE SAÚDE</p>	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
<p>UNIDADE DE SAÚDE</p> <p>Olá, sou Lúcia, mãe do Mateus. Vim à unidade de saúde porque a enfermagem falou que tem chance de evitar a diarreia no meu filho. Vamos aprender juntos?</p>	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
<p>1. Como saber se a criança está com diarreia?</p> <p>Dizemos é quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresenta fezes amareladas ou líquidas. - Tem fezes em maior quantidade. - Apresenta fezes 3 ou mais vezes ao dia. <p>ATENÇÃO</p> <p>Quando a criança está com diarreia, é melhor não se fazer exames intestinais.</p>	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
<p>2. Como cuidar da higiene do seu filho?</p> <p>Você é capaz de ensinar seu filho a lavar as mãos com água e sabão?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antes e após as refeições. - Antes e após ir ao banheiro. <p>ATENÇÃO</p> <p>Os germes se passam muito mais rápido no banheiro!</p>	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
<p>Você também é capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dar mais de um banho por dia no seu filho. <p>ATENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortar as unhas do seu filho, quando necessário. 	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	
<p>Você também é capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar com água e sabão as mãos antes de preparar e comer alimentos. - Banhar seu filho sozinho. 	1. () Sim 2. () Não	1. () Sim 2. () Não	1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante	

<p>3. Saiba como cuidar da sua higiene</p> <p>Leve as mãos antes e depois de ir ao banheiro, lavar as mãos com água e sabão. Você também deve lavar suas mãos antes de preparar ou manipular alimentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de preparar ou manipular alimentos. • Depois de usar o banheiro. • Depois de tocar em lixo e ao trocar quando ele não está suado. • Antes de alimentar o seu filho.  <p>11</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>4. Limpar o ambiente ajuda a prevenir doenças</p> <p>Você é capaz de manter a sua casa sempre limpa, pois seu filho também vive no chão. Os brinquedos de seu filho também precisam estar limpos.</p>  <p>12</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>Você é capaz também de ajudar na limpeza das atividades de sua casa. Por isso, dê um espaço para seu filho também. Coloque o lixo no lixo apenas no dia que o carrinho de lixo passar.</p>  <p>ATENÇÃO Lembre-se de lavar o saco de lixo e lavar as mãos depois de usar o carrinho de lixo.</p> <p>13</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>Mantenha limpo o local onde prepara e cozinha para evitar contaminação de alimentos.</p>  <p>ATENÇÃO Cubra os alimentos, prepare-os com tampa ou garrafa tampada.</p> <p>14</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>Faça a quantidade certa de comida para cada refeição. Não se sobra; guarde na geladeira em recipientes bem tampados.</p>  <p>15</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>6. Tenha cuidado ao lavar as mãos e ao lavar pratos</p> <p>Para que os pratos e copos fiquem limpos, você deve lavar e secar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lave as mãos antes de lavar os pratos e copos. 2. Use água quente para lavar os pratos e copos. 3. Use sabão para lavar os pratos e copos.  <p>16</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>6. Não se esqueça de lavar as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>6. Lave as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>ATENÇÃO Lave as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos depois de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos antes de servir os alimentos.</p>  <p>17</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>6. Não se esqueça de lavar as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>6. Não se esqueça de lavar as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>ATENÇÃO Lave as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos depois de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos antes de servir os alimentos.</p>  <p>18</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
<p>6. Não se esqueça de lavar as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>6. Não se esqueça de lavar as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos.</p> <p>ATENÇÃO Lave as mãos antes de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos depois de preparar e cozinhar os alimentos. Lave as mãos antes de servir os alimentos.</p>  <p>19</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	

 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	
 <p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Sim 2. () Não</p>	<p>1. () Irrelevante 2. () Pouco relevante 3. () Realmente relevante 4. () Muito relevante</p>	

ANEXOS

Anexo A - TEORIA DA AUTOEFICÁCIA

Sabe-se que a figura materna possui um papel fundamental na profilaxia da diarreia em crianças, e que a autoeficácia ou confiança materna em sua habilidade para desempenhar satisfatoriamente os cuidados com seu filho menor de 5 anos de idade, poderá resultar na redução deste tipo de agravo no contexto familiar (JOVENTINO, 2010; LIU, 2009), pois a autoeficácia, segundo Yassuda, Lasca e Néri (2005), prevê que o nível de confiança do indivíduo em sua habilidade é um forte motivador e regulador de seus comportamentos.

A autoeficácia é um componente da motivação (uma avaliação de desempenho) e tem papel importante na aquisição e mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Destarte, pode-se dizer que a autoeficácia é a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma ação concreta. Assim, a escolha, execução e manutenção de uma ação ou comportamento devem ser inseridas no conceito de autoeficácia, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as a desenvolver habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano (ORÍÁ, 2008).

De acordo com a teoria comportamental, a manutenção e extinção de dado comportamento estão diretamente relacionadas aos seus efeitos (consequências). Logo, se os efeitos de um comportamento forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Por outro lado, se os efeitos forem negativos, promovendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper o comportamento (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Com isso, Albert Bandura (1977) contribuiu com o entendimento de que os processos cognitivos intermedeiam a relação entre comportamento e consequência, e, portanto são importantes para a adoção e manutenção de um dado comportamento.

Quando existe uma discrepância entre os objetivos do sujeito em relação ao seu comportamento e os resultados alcançados isso pode motivar dois tipos de comportamento, a saber: 1. mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados; ou 2. fuga e evitação, tendo em vista que as pessoas evitam se expor às situações que excedem a sua capacidade de lidar com ela (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

A Autoeficácia pode ser conceituada como a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas tarefas ou comportamentos

para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). E ainda, pode ser definida como uma convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A expectativa de autoeficácia é a convicção de alguém de que é capaz de executar com sucesso um comportamento necessário para produzir um dado resultado. A expectativa de resultados é a crença de uma pessoa de que dado comportamento a levará a certos resultados. As expectativas de resultado e de eficácia são diferenciadas porque o indivíduo pode crer que uma ação particular produzirá certos resultados, mas se eles consideram sérias dúvidas de que são capazes de realizar as atividades necessárias, tais informações não influenciarão seu comportamento (BANDURA, 1977a, p. 193). Dessa forma, entende-se que uma pessoa pode crer que um comportamento produz certo resultado (expectativa de resultados) e julgar-se capaz de realizá-lo (expectativa de autoeficácia). Outras possibilidades podem surgir quando uma pessoa crê que um comportamento produz certo resultado, mas não se considera capaz de realizá-lo, ou ainda alguém pode julgar-se capaz de realizar um comportamento, mas não acredita que tal ação possa produzir um resultado.

No presente estudo, acredita-se que a autoeficácia das mães poderá contribuir para a prevenção da diarreia infantil, pois a autoeficácia é uma das variáveis consideradas modificáveis, e, portanto pode ser alvo de intervenção psicossocial em uma comunidade para melhorar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia, especialmente em áreas endêmicas de doenças entéricas. Assim, uma alternativa para os profissionais de saúde constitui-se no uso de instrumentos de avaliação que lhes deem suporte no julgamento das necessidades de seus clientes, podendo, no caso, realizar intervenções que favoreçam e auxiliem a mulher-mãe em sua autoeficácia para prevenção da diarreia em seus filhos menores de cinco anos de idade.

Victor (2007) ratifica ao afirmar que uma opção para os profissionais de saúde no que se refere ao entendimento das facilidades e dificuldades para a prática de um comportamento na população é a utilização de escala de medida que possa avaliar o conhecimento que as pessoas têm sobre determinada temática. Sendo assim, alguns pesquisadores, utilizando os pressupostos teóricos de Bandura (1977, 1986) têm construído escalas para avaliar a confiança materna em diversas situações, tais

como: a confiança dos pais relacionada à sua habilidade em cuidar dos filhos (FROMAN; OWEN, 1989), confiança das mães em relação ao enfrentamento do parto (LOWE, 1993), confiança das mães no gerenciamento das tarefas dos pais durante a fase toddler (de 1 a 3 anos de vida) (GROSS et al., 1989) e confiança das mães no que diz respeito ao aleitamento materno (DENNIS, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977.

_____. *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

DENNIS, C.L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.31, p. 12-32, 2002.

FROMAN, R. D.; OWEN, S.V. Infant care self-efficacy. *Sch Inq. Nurs. Pract.* v.3, n.3, p.199-211, 1989.

GROSS, D.; ROCISSANO, L.; RONCOLI, M. Maternal confidence during toddlerhood: comparing preterm and fullterm groups. *Res. Nurs. Health.* v.12, n.1, p.1-9, 1989.

JOVENTINO, E.S. **Desenvolvimento de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5676. Acesso em: 09 out. 2012.

LIU, J. **Maternal beliefs and behaviors in the prevention of childhood diarrhea in Dar es Salaam, Tanzania**. 2009. 104f. Tese (Doutorado) - Program in Human Biology Honors Thesis, Stanford University, 2009. Disponível em: <https://studentaffairs.stanford.edu/sites/default/files/haas/files/Jessie%20Liu%20Thesis.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2012.

LOWE, N.K. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res. Nurs. Health.* v.16, n.2, p.141-149, 1993.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade

Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; LAGE, L.M.; OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; ROCHA, R. O. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 34, n. 3, p.111-117, 2007.

VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. **Sch Inq. Nurs. Pract.** v.15, n.3, p.189-207, 2001.

VICTOR, J.F. **Tradução e validação da Exercise Benefits Barriers Scale:** aplicação em idosos. 2007. 141f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

YASSUDA, M.S.; LASCA, V.B.; NERI, A.L. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n.1, p. 78-90, 2005.

Anexo B - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES DE CONTEÚDO

Especialista Nº _____

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Local onde se graduou: _____ Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência em diarreia (em anos): _____

Experiência com saúde da criança (em anos): _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO

Se sim, qual a temática: _____

2- QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

Ocupação atual: 1. Assistência: _____ anos 2. Ensino: _____ anos

3. Pesquisa: _____ anos 4. Consultoria: _____ anos

3- TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO

TEMPO DE ATUAÇÃO

Anexo C - Suitability Assessment of Materials (SAM)

		CLASSIFICAÇÃO		
FATOR	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
1. Conteúdo				
(a) Objetivo é evidente	É importante que os leitores prontamente compreendam a finalidade dos materiais. Se não perceberem o objetivo claramente, podem perder pontos principais.	<input type="checkbox"/> Objetivo é explicitamente indicado no título, ilustração ou na introdução.	<input type="checkbox"/> Está implícito ou múltiplos objetivos são indicados.	<input type="checkbox"/> Nenhum objetivo é indicado no título, ilustração ou na introdução.
(b) O conteúdo aborda comportamentos	O conteúdo de maior interesse e uso são informações relacionadas a comportamento que ajudem a resolver o problema.	<input type="checkbox"/> O material é sobre a aplicação de conhecimentos/habilidades destinadas ao alcance de um comportamento desejável, em vez de fatos não relacionados a comportamentos.	<input type="checkbox"/> Pelo menos 40% do teor dos tópicos enfocam comportamentos ou ações desejáveis	<input type="checkbox"/> Quase todos os temas não são abordados por comportamentos.
(c) A proposta é limitada	A proposta do material é limitada ao(s) objetivo (s) e para o que o telespectador possa	<input type="checkbox"/> A proposta é limitada às informações essenciais diretamente relacionadas ao objetivo e ao que pode ser aprendido no tempo	<input type="checkbox"/> A proposta é expandida além do objetivo, porém não além de 40%, e os pontos principais podem ser	<input type="checkbox"/> A proposta está fora dos objetivos e não consegue ser alcançada no tempo permitido.

	razoavelmente aprender no tempo permitido.	permitido.	aprendidos no tempo permitido.	
(d) Resumo ou revisão	Uma revisão dá ao leitor a chance de ver ou ouvir os pontos principais em outras palavras, com exemplos ou imagens. Os leitores muitas vezes perdem os pontos principais na primeira exposição.	<input type="checkbox"/> Um resumo está incluído e os pontos principais são recontados em outras palavras e/ou exemplos ou imagens.	<input type="checkbox"/> Alguns tópicos principais são revistos.	<input type="checkbox"/> Não há resumo ou revisão incluídos.

2 Demanda Alfabetização/Linguagem adequada para a população

	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Grau de leitura	Se houver texto, o nível de leitura deve ser adequado para a compreensão do telespectador.	<input type="checkbox"/> O texto adequado para nível de leitura de pessoas na 5ª série ou menos.	<input type="checkbox"/> O texto adequado para pessoas com nível de leitura de 6ª a 8ª série.	<input type="checkbox"/> O texto adequado para pessoas com nível de leitura acima da 8ª série.
(b) Estilo de voz ativa é usado	Estilos de conversação e de voz ativa facilitam o entendimento do texto. Enquanto que informações na voz	<input type="checkbox"/> Estilo de conversação, voz ativa e frases são utilizados extensivamente.	<input type="checkbox"/> Mais da metade do texto usa o estilo de conversa na voz ativa; e menos da metade das sentenças são	<input type="checkbox"/> A voz passiva é utilizada em todo o texto e mais da metade tem frases longas ou múltiplas.

	<p>passiva e longas ou múltiplas frases retardam o processo de leitura e tornam a compreensão mais difícil. Exemplo: “Tome sua vitamina C todos os dias”, é mais fácil de entender do que: “os pacientes são aconselhados a tomarem sua vitamina C diariamente”.</p>		<p>complexas, com frases longas.</p>	
<p>(c) Vocabulário utiliza palavras comuns</p>	<p>Palavras comuns explícitas são usadas. (Exemplo: Use doutor em vez de médico). Poucas palavras ou nenhuma utiliza termos gerais, tais como categorias (Exemplo: Uso de leite em vez de produtos lácteos) ou juízos de valor (Exemplo: dor que não passa em 5 minutos em vez de dor excessiva). Palavras usadas na</p>	<p><input type="checkbox"/> Existem todos os três fatores:</p> <p>1) Palavras comuns são usados o tempo todo. 2) Técnica, conceito, categoria e palavras com juízo de valor (CCVJ) são explicadas. 3) Palavras usadas como imagens apropriadamente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Existem os três fatores:</p> <p>1) Palavras comuns são usadas com frequência. 2. Palavras técnicas de juízo de valor são explicadas às vezes. 3. Alguns jargões são utilizados.</p>	<p><input type="checkbox"/> Existem dois ou mais fatores:</p> <p>1) Palavras incomuns são usadas com frequência. 2) Nenhuma explicação ou exemplos são dados para técnicas e palavras de juízo de valor. 3) Uso extensivo de jargões.</p>

	forma de imagem que facilitem a visualização da situação (Exemplo: Use nariz escorrendo, em vez de excesso de muco).			
(d) Em primeiro lugar o contexto	Nós aprendemos novos fatos e comportamentos mais rapidamente quando o contexto é dado em primeiro lugar.	<input type="checkbox"/> Rotineiramente o contexto é dado antes da apresentação de novas informações.	<input type="checkbox"/> Pelo menos na metade do tempo, o contexto é dado antes da apresentação de novas informações.	<input type="checkbox"/> Contexto é dado no final ou não é dado.
(e) Aprendizagem mediada por sinais avançados	Aprendizagem reforçada por organizadores avançados (Sinais de estrada): cabeçalhos ou legendas de tópicos que dizem muito brevemente o que vem a seguir. Estes sinais fazem o texto parecer menos intimidante e preparam o processo	<input type="checkbox"/> Quase todos os temas são precedidos por um organizador (cabeçalhos ou legendas).	<input type="checkbox"/> Cerca de metade dos tópicos são precedidos por organizadores (cabeçalhos ou legendas).	<input type="checkbox"/> Poucos ou nenhum organizador é utilizado (cabeçalhos ou legendas).

	de pensamento do leitor para esperar o tema anunciado.			
3 Ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos.				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
a) Capa	As pessoas não julgam um livro pela capa. A imagem da capa, muitas vezes é o fator decisivo em uma atitude do leitor de interesse pelo material.	<input type="checkbox"/> A capa possui os três critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata a propósito do material.	<input type="checkbox"/> A capa tem um ou dois critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata a propósito do material.	<input type="checkbox"/> A capa não tem nenhum dos critérios: 1) É amigável 2) Atrai a atenção. 3) É evidente que retrata a propósito do material.
(b) Tipo de ilustrações	Desenhos de linhas simples podem promover realismo, sem perder detalhes. Imagens são melhor aceitas e lembradas se retratam o que é familiar e facilmente reconhecido. Os espectadores podem não reconhecer o significado dos	<input type="checkbox"/> Existem os dois fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.	<input type="checkbox"/> Existe apenas um dos fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.	<input type="checkbox"/> Não existe nenhum dos fatores: 1) Utilização de desenhos e traços apropriados para adultos. 2) As ilustrações são susceptíveis de serem familiares aos leitores.

	símbolos médicos ou abstratos.			
(c) Relevância das ilustrações.	<p>Detalhes irrelevante, tais como fundos de quarto, bordas elaboradas,</p> <p>·</p> <p>Cores desnecessárias podem distrair o espectador. Os olhos do espectador podem ser distraídos para esses detalhes. As ilustrações devem evidenciar os pontos principais.</p>	(<input type="checkbox"/>) Ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender os pontos principais sozinho, sem distrações.	(<input type="checkbox"/>) 1) Incluem algumas distrações. 2) Uso insuficiente de ilustrações.	(<input type="checkbox"/>) Sem ilustrações ou um excesso de ilustrações.
(d) Lista, Tabelas, gráficos, formas.	<p>Muitos leitores não compreendem o propósito de listas e gráficos.</p> <p>Explicações ou orientações são essenciais.</p>	(<input type="checkbox"/>) Fornece instruções com exemplo para construir a autoeficácia (confiança).	(<input type="checkbox"/>) As explicações são insuficientes para os leitores compreenderem a usar o gráfico sem ajuda.	<p>(<input type="checkbox"/>) Os gráficos são dados sem qualquer explicação.</p> <p>gráficos adequados são apresentados sem qualquer explicação. comentar</p>

(e) As legendas são utilizadas.	As legendas são usadas para explicar gráfico, podendo rapidamente dizer ao leitor acerca do que o gráfico é e onde se concentrar dentro do gráfico. Um gráfico sem legenda normalmente perde a oportunidade de aprendizagem.	<input type="checkbox"/> Legendas explicativas são incluídas em todas ou quase todas as ilustrações e gráficos.	<input type="checkbox"/> Legendas breves são utilizadas para algumas ilustrações e gráficos.	<input type="checkbox"/> Legendas não são utilizadas.
4 Layout e tipografia	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Fatores de layout	Layout tem uma influência substancial sobre a adequação de materiais	<input type="checkbox"/> Pelo menos 5 dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as setas, sombreamento) são usados para direcionar para o conteúdo principal. 4) Espaço em branco é usado	<input type="checkbox"/> Pelo menos 3 dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as setas, sombreamento) são usados para	<input type="checkbox"/> Parece pouco convidativo ou difícil de ler. Ou/e Dois ou menos dos seguintes 8 fatores estão presentes: 1) Ilustrações são adjacentes ao texto relacionado. 2) Layout e sequência de informações são consistentes, tornando-se fácil prever o fluxo de informações. 3) Dispositivos visuais (caixas, as

		<p>para reduzir a desordem.</p> <p>5) Uso de cores compatíveis e que não se afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem.</p> <p>6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços.</p> <p>7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel.</p> <p>8) O papel tem uma superfície não-brilhosa ou com pouco brilho.</p>	<p>direcionar para o conteúdo principal.</p> <p>4) Espaço em branco é usado para reduzir a desordem.</p> <p>5) Uso de cores compatíveis e que não se afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem.</p> <p>6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços.</p> <p>7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel.</p> <p>8) O papel tem uma superfície não-brilhosa ou com pouco brilho.</p>	<p>setas, sombreamento) são usados para direcionar para o conteúdo principal.</p> <p>4) Espaço em branco é usado para reduzir a desordem.</p> <p>5) Uso de cores compatíveis e que não se afastam da mensagem. Os leitores não precisam de aprender os códigos de cores para compreender e utilizar a mensagem.</p> <p>6) Comprimento da linha é de 30 a 50 caracteres e espaços.</p> <p>7) Há um contraste elevado entre o tipo e o papel.</p> <p>8) O papel tem uma superfície não-brilhosa ou com pouco brilho.</p>
(b) Tipografia	Tipo e tamanho de fontes podem tornar o texto mais	() Pelo menos 3 dos 4 seguintes fatores estão presentes:	() Pelo menos 2 dos 4 seguintes fatores estão presentes:	() Seis ou mais tipos de fonte/ tamanhos de fonte são usados em uma

	fácil ou difícil para os leitores de todos os níveis. Por exemplo, digitar tudo em maiúsculas retarda a compreensão durante a leitura. Quando muitos tipos de fontes (<6) e tamanhos são usados em uma página, a aparência torna-se confusa e o foco é incerto.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos). 3) Pistas tipográficas (negrito, cor, tamanho). 4) Não usa maiúsculas em todas as manchetes e textos longos em execução. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos). 3) Pistas tipográficas (negrito, cor, tamanho). 4) Não usa maiúsculas em todas as manchetes e textos longos em execução. 	<p>página.</p> <p>OU</p> <p>Existe 1 ou nenhum dos 4 seguintes fatores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Texto possui letras maiúsculas e minúsculas. 2) Tamanho da fonte é de, pelo menos, 12 pontos (Esta é 12 pontos). 3) Pistas tipográficas (negrito, cor, tamanho). 4) Não usa maiúsculas em todas as manchetes e textos longos em execução.
(c) Os subtítulos são utilizados	Poucas pessoas podem se lembrar de mais de 7 itens independentes. Para aqueles com baixa alfabetização, o limite pode ser de 3 a 5 itens. Listas mais longas precisam ser divididas em pedaços menores.	<ol style="list-style-type: none"> () 1) As listas são agrupadas em subposições descritivas. 2) Não mais do que 5 itens são apresentados sem um subtítulo. 	<ol style="list-style-type: none"> () Não mais do que 7 itens são apresentados sem um subtítulo. 	<ol style="list-style-type: none"> () Mais do que 7 itens são apresentados sem um subtítulo.

5 Estimulação para aprendizagem e motivação				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
(a) Interação é incluída no texto e/ou nas figuras	Quando um leitor faz algo para responder a uma pergunta ou problemas, mudanças químicas ocorrem no cérebro que melhoram a retenção da memória de longo prazo. Leitores devem ser levados a resolver problemas, fazer escolhas e demonstrações de habilidades.	() Problemas ou questões são apresentadas para que os leitores as respondam.	() Pergunta e respostas formadas são usadas para discutir problemas e soluções (interação passiva).	() Nenhum aprendizado interativo ou estimulação são fornecidos.
(b) Padrões de comportamento de sejados são modelados ou mostrados em termos específicos	Os leitores, muitas vezes, aprendem mais facilmente através da observação e quando ele mesmo realiza as ações do que pela leitura ou por ouvir alguém	() Modelos de Instrução de comportamentos e habilidades específicas. Exemplo: informação sobre nutrição enfatizam mudanças nos padrões alimentares, nos comerciais, lojas, nas cozinhas.	() Informação é uma mistura de linguagem técnica e comum de modo que o leitor não pode facilmente interpretar em termos da vida	() Informação é apresentada em itens inespecíficos ou categóricos, como grupos de alimentos.

	<p>contando alguma coisa.</p> <p>Muitas vezes as pessoas aprendem mais facilmente quando específicos e casos familiares são usadas em vez de conceitos abstratos ou gerais.</p>		<p>diária. Exemplo: Muito açúcar, alimentos de baixo valor nutritivo, em vez de Alimentos não energéticos.</p>	
(c) Motivação autoeficácia	<p>As pessoas são motivadas a aprender quando acreditam que tarefas e comportamentos são factíveis.</p>	<p>() Temas complexos são subdivididos para que os telespectadores possam experimentar pequenos sucessos na compreensão ou resolução de problemas, levando a autoeficácia (confiança).</p>	<p>() Alguns tópicos são subdivididos para melhorar a confiança dos leitores.</p>	<p>() Não existem tópicos subdivididos.</p>
6 Adequação Cultural				
	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
a) Jogo Cultural - Lógica, Linguagem e Experiência	<p>Uma medida válida da adequação cultural do material é quando</p>	<p>() Os conceitos principais do material parecem ser culturalmente semelhantes ao a LLE da cultura da população-</p>	<p>() Metade dos conceitos e ideias principais parecem ser</p>	<p>() Clara incompatibilidade cultural na LLE do telespectador.</p>

(LLE)	possui uma linguagem lógica e quando a experiência (inerente à instrução) correspondem ao LLE do público-alvo (não do revisor). Exemplo: Instrução sobre Nutrição é um jogo de cultura pobre se ao dizer aos leitores para comerem vegetais que raramente são consumidos por pessoas nessa cultura/localidade e não são vendidos aos leitores do bairro.	alvo.	culturalmente correspondidos.	
(b) Imagem Cultural e exemplos	Para ser aceito, o material deve mostrar Imagens adequadas à cultura e exemplos de maneira realista e	<input type="checkbox"/> Imagens e exemplos apresentam a cultura de uma forma positiva.	<input type="checkbox"/> Apresentação neutra das imagens e exemplos da cultura.	<input type="checkbox"/> Imagens negativas, e os exemplos são exagerados ou possuem características caricatas da cultura, ações ou exemplos.

	positiva.			
--	-----------	--	--	--

Adequado para a sua população?

Considerando os contextos socioeconômicos e culturais presentes em sua população e sua análise do TÍTULO DO MATERIAL, você recomendaria O MATERIAL para o programa. Circule o número que mostra a força da sua recomendação.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NO

YES

Definitivamente
não é
recomendado

Recomendado sem
reservas

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil

Pesquisador: Jardeliny Corrêa da Penha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44316415.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.116.855

Data da Relatoria: 28/05/2015

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 22 de Junho de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)