

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

EMANUELLA SILVA JOVENTINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA PARA MENSURAR A
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL**

FORTALEZA

2010

EMANUELLA SILVA JOVENTINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA PARA MENSURAR A
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Lorena Barbosa Ximenes.

Co-Orientadora: Prof^{da}. Dr^a Mônica Oliveira Batista Oriá.

FORTALEZA

2010

J77c Joventino, Emanuella Silva
Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. / Emanuella Silva Joventino. – Fortaleza, 2010.
249f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Lorena Barbosa Ximenes
Dissertação (Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Diarréia infantil 2. Autoeficácia 3. Pesquisa Metodológica em Enfermagem 4. Estudos de Validação I. Ximenes, Lorena Barbosa (Orient.) II. Título.

CDD: 618.92342

EMANUELLA SILVA JOVENTINO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA PARA MENSURAR A
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL**

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

Aprovada em: 22/12/2010

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Lorena Barbosa Ximenes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profª. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Prof. Dr. Reinaldo Barreto Oriá
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus e aos meus Pais,
razões do meu viver

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo em todos os momentos, amparando-me e me guiando no caminho da perseverança. Estarei sempre em suas mãos, faz de mim o que for da sua vontade.

Aos meus pais, Bosco e Vilani, pelo amor incondicional, por todos os ensinamentos que me concedem e pelo esforço diário para que eu me torne uma vencedora no desafio da vida.

Ao meu namorado, Renato Melo, por estar sempre ao meu lado, pelo incentivo, pelo amor dispensado, por compreender minha ausência nos momentos de estudo e trabalho, por compartilhar comigo sonhos e conquistas.

À orientadora de trabalhos acadêmicos e, sobretudo, à orientadora em relação às lições da vida, Prof^ª. Dr^ª Lorena Barbosa Ximenes, por ser um presente de Deus para mim, por ser minha amiga, minha confidente, meu exemplo, pelos ensinamentos que me proporciona, pelo apoio decisivo para a minha formação profissional, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo amor que me dedica.

À co-orientadora, Prof^ª. Dr^ª Mônica Oliveira Batista Oriá, por estar sempre presente nos momentos de dúvidas, de angústia, de felicidade e de conquistas, por tudo que me ensinou, pela contribuição essencial na elaboração e conclusão deste trabalho.

Aos meus avós, tios, tias, primos, por serem sempre, independente de qualquer coisa, os grandes motivos para o meu viver e o alicerce das minhas conquistas.

À amiga, Lívia, por ser minha irmã de coração, por ter me dado a melhor infância que alguém poderia ter, pelo apoio na superação das dificuldades, por ser essencial no meu viver.

Aos meus pais de coração, Lana e Beto, por estarem sempre ao meu lado, pelo amor dedicado, por me ensinarem que eu posso sonhar e lutar em busca dos meus objetivos.

Às amigas de infância Marina, Clara, Ana Marta e Sabrina, por terem contribuído para a formação da minha personalidade, por terem me ensinado a compartilhar, pela eterna amizade, por tornarem minha vida mais amena.

Às amigas de graduação, Viviane e Denise, por terem compartilhado comigo alegrias, angústias, sorrisos, por me incentivarem a crescer profissionalmente, por serem minhas eternas e queridas companheiras.

Ao PET Enfermagem UFC, por ter tornado meu período acadêmico mais agradável, por ter sido minha segunda casa, por representar uma verdadeira família. Em especial aos eternos amigos Raul, Sabrina, Lydia e Ana Izabel, pela amizade que construímos, por estarem sem ao meu lado, por terem me ajudado no caminhar da pesquisa, ensinado o valor companheirismo e pela extensão da nossa amizade.

Aos membros do grupo de pesquisa Enfermagem na Promoção e Educação em Saúde da Família e da Criança, por todo aprendizado que me proporcionam e pelo companheirismo, em especial aos amigos Robson, Karine e Ádria, pelo auxílio e incentivo essenciais na elaboração

do presente trabalho, sem os quais eu não teria conseguido. Às amigas, Regina, Mariana e Joelna, por toda contribuição no meu crescimento como pós-graduanda.

À toda a equipe de profissionais da Ala G do Hospital Geral de Fortaleza, em especial às enfermeiras Juliana Machado, Viviane e Claudia Rejane, pela amizade, pelo aprendizado diário que me proporcionam, por me ensinarem a ser uma boa enfermeira, pelo incentivo e apoio incomparáveis.

Às amigas, Rafaella Pessoa, Adriana Sousa, Renata Melo e Fernanda Fontenele, por terem sido companheiras leais durante nossa estadia em Ribeirão Preto, por sempre se preocuparem comigo e pelo eterno elo de amizade construído entre nós.

À amiga Cynara, por se fazer sempre presente, pelo otimismo e pela amizade fiel.

À minha turma de mestrado, pelo convívio harmônico, perseverança e troca de experiências.

Ao Departamento de Enfermagem, por me conceder a oportunidade de uma graduação e pós-graduação de qualidade.

Ao corpo de docentes do Departamento de Enfermagem, especialmente à Profa. Dra. Karina Pinheiro, Profa. Dra. Escolástica Rejane, Profa. Dra. Maria Josefina, e aos funcionários Valma, Jackeline, Cleidismar e Jucilene (Jú) pela decisiva contribuição para minha formação humana e profissional.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, por ter me proporcionado a vivência de um mestrado sanduíche, pela experiência acadêmica compartilhada, pela calorosa receptividade, pelos ensinamentos em relação à pesquisa em enfermagem.

Aos docentes, Prof^a. Dr^a Janaína Fonseca, Prof. Dr. Paulo César e ao Prof. Dr. Reinaldo Barreto, por terem aceitado ao convite de participação como membros desta banca examinadora, por terem me apoiado no decorrer da elaboração deste trabalho, pela paciência, e pela compreensão.

À Prof^a. Dr^a Lea Barroso, pela participação na banca de qualificação do meu projeto de dissertação de Mestrado e por suas valorosas sugestões no planejamento deste trabalho.

Ao Amsterdã, pela amizade e pelas indispensáveis correções de português.

À Terezinha Alves e à Norma Linhares pelas contribuições na conclusão desta dissertação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão da bolsa que possibilitou a realização desta pesquisa.

Às mães entrevistadas e aos juízes participantes pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo e para o crescimento da enfermagem.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente comigo neste caminhar e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional, o meu muito obrigada!

"Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante" (Charles Chaplin).

RESUMO

A confiança das mães em relação à capacidade para cuidar de suas crianças é relevante para a promoção da saúde das mesmas. Objetivou-se construir uma escala para mensurar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, elaborar seus itens e suas dimensões, avaliar as propriedades psicométricas de validade e de confiabilidade do instrumento. Tratou-se de um estudo metodológico e de um estudo de desenvolvimento, adotando-se o polo teórico, empírico e analítico para a construção de escalas, propostos por Pasquali (1997). No polo teórico, identificou-se e se aprofundou o construto de interesse prevenção da diarreia infantil, para tanto se realizou um levantamento bibliográfico, utilizando os descritores “criança”, “prevenção e controle”, “diarreia” nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane e LILACS. A síntese de 82 estudos selecionados norteou a operacionalização da primeira versão da escala, com 35 itens, e a identificação de quatro domínios: práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno e higiene da criança/infantil. Procedeu-se à análise teórica dos 35 itens, submetendo-os à avaliação de sete juízes, considerados *experts* na área do construto, de 30 mães, que realizaram a análise semântica, e de 31 mães, que participaram do pré-teste da escala. Realizados os cálculos do Índice de Validade de Conteúdo – IVC, e as alterações, sugeridas pelos participantes do polo teórico, obteve-se o instrumento-piloto composto por 25 itens. No polo empírico, a amostra foi de 448 mães de crianças menores de 5 anos, cadastradas em um dos seis Centros de Saúde da Família no qual o estudo foi executado. Efetivou-se a coleta de dados de novembro de 2009 a fevereiro de 2010. Utilizou-se, além do instrumento-piloto da escala com 25 itens, um formulário abordando dados sociodemográficos e dados relacionados à saúde da criança. No polo analítico, encontram-se a validade de construto e de critério, o alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação Intraclasse – CCIC. A validade de construto, através da análise fatorial, indicou a necessidade de exclusão do item sete e a existência de dois fatores/domínios (higiene da família, com 15 itens, e práticas alimentares/gerais, com 9 itens) na Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil – EAPDI. Na validade de construto, procedeu-se ainda a testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados. Nessa análise, observou-se a correlação negativa entre os escores mais elevados da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil e a ocorrência anterior de diarreia na criança ($p=0,001$), assim como a associação entre os escores mais elevados de autoeficácia, com mães que possuem mais idade ($p=0,018$). A validade de critério, utilizando-se a validade preditiva, revelou que níveis elevados de autoeficácia materna configuram-se em fator protetor para diarreia infantil, de acordo com a especificidade e Valor Preditivo Negativo. O alfa de Cronbach da EAPDI foi de 0,84, indicando alta consistência interna. O CCIC, na análise da estabilidade teste-reteste, foi de 0,45, demonstrando a capacidade de aplicação da EAPDI mesmo com o passar do tempo. Concluiu-se neste estudo que a escala é confiável, válida e capaz de avaliar a autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil.

Palavras-chave: Diarréia infantil. Autoeficácia. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Mother's confidence in their ability to provide good care to their children has proven to be relevant when it comes to maternal health promotion. This dissertation aims to construct a scale in order to measure maternal self-efficacy for preventing infantile diarrhea, by creating its items and dimensions, as well as evaluating the instrument's psychometric aspects (validity and reliability). The following is both a research on methodology and development, having the model proposed by Pasquali on scale elaboration (1997) as our theoretical landmark. In the pre-empirical part, we carefully examined infantile diarrhea prevention as our construct of interest. The bibliographical survey searched for the keywords "children", "prevention and control", "diarrhea" on the PubMed, CINAHL, Cochrane and LILACS database. The first version of the scale was led by the synthesis of 82 selected papers. It had 35 items and also presented four domains: alimentary habits, domestic environment, mother behavior and child hygiene. The 35 items were evaluated by 30 mothers (who performed the semantic analysis), by 31 other mothers who participated in the scale pre-test and also by seven experts in the construct field. After calculating the Content Validity Index (CVI) and making the proper alterations suggested by the mentioned participators, the pilot test was elaborated, containing itself 25 items. In the empirical part of this paper, the selected sample was formed by 448 mothers of less than 5 years old children. Those women were all registered on one of the six Family Health Centers in which the research took place. Data collection was performed from November of 2009 to February of 2010. A questionnaire on socio-demographic elements and child health aspects was used along with the pilot test. The analytical work involved the construct validity, the criterion validity, Cronbach's alpha and Intraclass Correlation Coefficient (ICC). Construct validity, through the factor analysis, has indicated the need for exclusion of the item seven and has also shown the existence of two factors/domains (family hygiene, formed by 15 items; and alimentary/general habits, with 9 items) in the Maternal Self-Efficacy for Infantile Diarrhea Prevention Scale (MSIDPS). Regarding the construct validity, hypotheses were tested by contrasting groups comparison. A negative correlation has been observed between the higher maternal self-efficacy for infantile diarrhea prevention scores and the previous occurrence of diarrhea in the child ($p=0,001$). The higher self-efficacy scores were also associated with older mothers ($p=0,018$). By using predictive validity, the criterion validity has shown that higher levels of maternal self-efficacy turned out to be a protective factor against infantile diarrhea, according to specificity and to Negative Predictive Value. Cronbach's alpha of the MSIDPS was 0,84, which indicates high internal consistency. ICC, after test-retest stability analysis, was 0,45, showing the scale's applicability throughout time. This dissertation has come to the conclusion that the scale is reliable, valid and capable of evaluating maternal self-efficacy for infantile diarrhea prevention.

Keywords: Diarrhea, Infantile. Self Efficacy. Nursing Methodology Research. Validation Studies.

RESUMEN

La confianza de las madres sobre su capacidad para cuidar de sus hijos es relevante para la promoción de la salud de los mismos. El objetivo fue construir una escala para medir la autoeficacia materna en la prevención de la diarrea infantil, preparar sus ítems y sus dimensiones, evaluar las propiedades psicométricas de validez y la confiabilidad del instrumento. Este fue un estudio metodológico y un estudio de desarrollo, adoptando los polos teórico, empírico y analítico para la construcción de escalas propuestas por Pasquali (1997). En el polo teórico, se identificó y se profundizó el constructo de interés prevención de la diarrea infantil, por medio de un levantamiento de la bibliografía, utilizando los descriptores niños, prevención y control, diarrea en las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane y LILACS. La síntesis de 82 estudios seleccionados guió la construcción de la primera versión de la escala con 35 ítems, y la identificación de cuatro dimensiones: los hábitos alimentarios, el ambiente familiar, la conducta maternal y la salud del niño. Procedió al análisis teórico de los 35 ítems, sometiéndolos a la evaluación de siete jueces, considerados expertos en el ámbito del constructo, de 30 madres que se sometieron a un análisis semántico, y 31 madres que participaron en la prueba preliminar de la escala. Realizados los cálculos del Índice de Validez de Contenido - IVC, y los cambios sugeridos por los participantes en el polo teórico, se obtuvo el instrumento piloto compuesto de 25 ítems. En el polo empírico, la muestra de estudio fueron 448 madres de niños menores de 5 años matriculados en uno de los seis Centros de Salud de la Familia en que se realizó el estudio. Se realizó el recopilo de datos de noviembre 2009 a febrero de 2010. Se utilizó, además del instrumento piloto con 25 ítems, una forma de base de datos demográficos y datos relacionados con la salud infantil. En el polo de análisis, están la validez de constructo y de criterio, el alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclase - CCIC. La validez de constructo mediante análisis factorial indicó la necesidad de eliminar el ítem siete y la existencia de dos factores o áreas (atención familiar, con 15 ítems y prácticas de los alimentos y general, con 9 ítems) en la Escala de Autoeficacia Materno para la Prevención de la Diarrea Infantil - EAPDI. En la validez de constructo, se llevó a cabo nuevas pruebas de hipótesis mediante la comparación de los grupos contrastados. En este análisis, se observó una correlación negativa entre las puntuaciones más altas de autoeficacia materna en la prevención de la diarrea infantil y la aparición anterior de la diarrea en niños ($p = 0,001$), así como la asociación entre las puntuaciones más altas de autoeficacia con las madres más de mayor ($p = 0,018$). La validez de criterio, con la validez predictiva, reveló que los altos niveles de autoeficacia materna se erigen en un factor de protección para la diarrea infantil, de acuerdo con la especificidad y Valor Predictivo Negativo. El alfa de Cronbach de la EAPDI fue de 0,84, lo que indica una alta consistencia interna. El CCIC, al considerar la estabilidad test-retest fue de 0,45, lo que demuestra la capacidad de aplicar el mismo EAPDI lo largo del tiempo. Se llegó a la conclusión de este estudio que la escala es fiable, válido y capaz de evaluar la autoeficacia materna para la prevención de la diarrea infantil.

Palabras-clave: Diarrea Infantil. Autoeficacia. Investigación Metodológica en Enfermería. Estudios de Validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.	Modelo da teoria social cognitiva	29
FIGURA 2.	Diagrama para elaboração de medida psicológica	41
FIGURA 3.	Representação gráfica das etapas seguidas na construção da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). Fortaleza, 2010	56
FIGURA 4.	Representação gráfica do número de itens, conforme cada versão do instrumento e cada etapa de construção e validação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). Fortaleza, 2010	63
FIGURA 5.	Diagrama de declividade. Fortaleza, 2010	151
QUADRO 1.	Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane e LILACS, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, 2010	59
QUADRO 2.	Sistema de Classificação de <i>Experts</i> , segundo critérios próprios. Fortaleza, 2010	65
QUADRO 3.	Definições das medidas de validade da EAPDI para prever o desenvolvimento de diarreia infantil. Fortaleza, 2010	77
QUADRO 4.	Definições operacionais relacionadas às medidas preventivas de diarreia infantil que podem ser executadas pela mãe identificadas na literatura de acordo com referências. Fortaleza, 2010	85
QUADRO 5.	Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a primeira versão da escala. Fortaleza, 2010	100
QUADRO 6.	Relação dos itens que foram considerados pertinentes à “confiança materna na prevenção da diarreia infantil”, segundo os juízes. Fortaleza, 2010.....	104
QUADRO 7.	Relação dos itens considerados inadequados em algum dos quesitos avaliados na primeira análise dos juízes. Fortaleza, 2010	107
QUADRO 8.	Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e a segunda versões da escala. Fortaleza, 2010	108
QUADRO 9.	Distribuição dos itens da primeira versão da escala nos respectivos domínios/fatores, conforme nível de concordância entre os juízes. Fortaleza, 2010	113

QUADRO 10.	Distribuição das sugestões e dúvidas das mães decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão da escala. Fortaleza, 2010	114
QUADRO 11.	Distribuição dos itens da segunda e terceira versões da EAPDI. Fortaleza, 2010	116
QUADRO 12.	Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a quinta versão da escala (instrumento-piloto). Fortaleza, 2010	124
QUADRO 13.	Normatização/padronização dos níveis de auto eficácia, de acordo com o somatório dos valores obtidos pelas mães na EAPDI. Fortaleza, 2010.....	155
GRÁFICO 1.	Distribuição dos itens considerados claros e compreensíveis para os juízes avaliadores. Fortaleza, 2010	103
GRÁFICO 2.	Distribuição dos itens considerados em relação à relevância na escala. Fortaleza, 2010	105

LISTA DE TABELAS

1.	Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo Sistema de Classificação de <i>Experts</i> adotado. Fortaleza, 2010	102
2.	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI), de acordo com primeira análise dos juízes. Fortaleza, 2010	106
3.	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI) obtidos na segunda análise dos juízes. Fortaleza, 2010	119
4.	Distribuição das participantes do estudo segundo características sociodemográficas. Fortaleza, 2010	126
5.	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo condições de moradia e ambientais. Fortaleza, 2010	131
6.	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo hábitos de higiene. Fortaleza, 2010	134
7.	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo saúde da criança e condições do aleitamento materno. Fortaleza, 2010	138
8.	Distribuição dos participantes da pesquisa segundo ocorrência e manejo da diarreia infantil. Fortaleza, 2010	141
9.	Matriz de Correlação. Fortaleza, 2010	145
10.	Variância explicada (autovalores, <i>eigenvalues</i>) e os percentuais de variância de cada item da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). Fortaleza, 2010	147
11.	Matriz de componentes. Fortaleza, 2010	148
12.	<i>Pattern Matrix</i> de rotação com dois componentes principais. Fortaleza, 2010	149
13.	<i>Structure Matrix</i> de rotação com dois componentes principais. Fortaleza, 2010	150
14.	Matriz de correlações entre os itens e os domínios da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação <i>direct oblimin*</i> . Fortaleza, 2010	153
15.	Itens da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) alocados em seus domínios adequados. Fortaleza, 2010	154

16. Associação entre os escores da EAPDI e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2010	156
17. Associação entre os escores da EAPDI e variáveis relacionadas à saúde da criança. Fortaleza, 2010	158
18. Comparação entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e a ocorrência da doença nas crianças estudadas. Fortaleza, 2010	160
19. Distribuição das respostas das mães, segundo o domínio Higiene da Família da EAPDI. Fortaleza, 2010	163
20. Distribuição das respostas das mães, segundo o domínio Práticas Alimentares/Gerais da EAPDI. Fortaleza, 2010	165
21. Distribuição dos níveis de autoeficácia obtidos pelas mães de acordo com a primeira e segunda aplicações da EAPDI. Fortaleza, 2010	167

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral	26
2.2	Objetivo específico	26
3	REFERENCIAL TEÓRICO	27
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	38
4.1	Polo teórico	43
4.1.1	Sistema psicológico (1ª etapa)	43
4.1.2	Propriedade do sistema psicológico (2ª etapa)	43
4.1.3	Dimensionalidade do atributo (3ª etapa)	44
4.1.4	Definição dos construtos (4ª etapa)	44
4.1.5	Operacionalização do construto (5ª etapa)	46
4.1.6	Análise teórica dos itens (6ª etapa)	48
4.2	Polo empírico ou experimental	49
4.2.1	Planejamento da aplicação (7ª etapa)	50
4.2.2	Coleta de dados propriamente dita (8ª etapa)	50
4.3	Polo analítico ou estatístico	51
4.3.1	Dimensionalidade do instrumento (9ª etapa)	51
4.3.2	Análise empírica dos itens (10ª etapa)	52
4.3.3	Fidedignidade do instrumento (11ª etapa)	52
4.3.4	Normatização (12ª etapa)	53
5	METODOLOGIA	55
5.1	Tipo de estudo	55
5.2	Polo teórico	57
5.2.1	Identificação e aprofundamento do construto “prevenção de diarreia infantil”	57
5.2.2	Operacionalização do construto e análise teórica dos itens	60
5.3	Polo empírico	69
5.3.1	Local do estudo	69
5.3.2	População e amostra	70
5.3.3	Instrumentos	71
5.3.4	Coleta de dados	71

5.3.5	Organização dos dados para análise	73
5.4	Polo analítico	73
5.4.1	Validade de construto	74
5.4.2	Validade de critério	75
5.4.3	Fidedignidade ou confiabilidade do instrumento	77
5.5	Aspectos éticos	79
6	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
6.1.	Polo teórico	81
6.1.1	Identificação e aprofundamento do construto <i>prevenção de diarreia infantil</i>	81
6.1.2	Definição constitutiva	81
6.1.3	Definição operacional	84
6.1.4	Itens da Escala e primeira análise dos juízes (validade de conteúdo)	100
6.1.5	Análise semântica	113
6.1.6	Segunda análise dos juízes (validade de conteúdo)	118
6.1.7	Pré-teste	121
6.2	Polo empírico	125
6.2.1	Caracterização da amostra	125
6.3	Polo analítico	144
6.3.1	Validade de construto	144
6.3.2	Validade de critério	160
6.3.3	Fidedignidade ou confiabilidade do instrumento	161
6.3.4	Percepção das mães em relação a autoeficácia em prevenir diarreia infantil – Aplicação da EAPDI	162
7	CONCLUSÕES	168
8	RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
	REFERÊNCIAS	172
	APÊNDICES	206
	ANEXO	241

1 INTRODUÇÃO

A diarreia se caracteriza pelo aumento da frequência das evacuações intestinais (três ou mais vezes ao dia), aumento da quantidade de fezes (mais de 200 g/dia) e consistência alterada das mesmas. Vale ressaltar que o episódio de diarreia se efetiva ainda em uma evacuação com presença de sangue. A doença diarreica aguda (DDA) é autolimitante e, se não tratada adequadamente, pode levar à desidratação, choque ou até mesmo à morte (SILVA; LIMA; LIRA, 2002; SMELTZER; BARE, 2005).

Por motivos de quadros infecciosos e parasitários, a diarreia é considerada uma patologia, conforme citado no código A09 – diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível – da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1999). Destaca-se que a diarreia, em alguns casos, pode ser referenciada como sintoma.

Além de a diarreia ser considerada diagnóstico médico, se trata de um diagnóstico de enfermagem, inserido na taxonomia II do North American Nursing Diagnosis Association – NANDA, no domínio 3, relacionado à eliminação e troca, na classe 2, função gastrointestinal. A própria taxonomia elenca os possíveis fatores relacionados à diarreia, podendo ser de cunho fisiológico (inflamação, irritação, má absorção, parasitas, processos infecciosos), psicológico (altos níveis de estresse e ansiedade) ou situacional (abuso de álcool, abuso de laxantes, alimentação com sonda, contaminação, efeitos adversos de medicações, radiação, toxinas e viagem). Verificam-se ainda as características definidoras do referido diagnóstico: “câimbras, dor abdominal, pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia, ruídos intestinais hiperativos, urgência para evacuar” (NANDA-I, 2010, p. 130).

Embora análises globais da tendência da diarreia infantil indicarem, desde 1980, o declínio da mortalidade, a incidência da doença ainda se mostra elevada (BERN *et al.*, 1992; KOSEK; BERN; GUERRANT, 2003) e a diarreia continua sendo, em nível mundial, a segunda principal causa de morte entre crianças menores de 5 anos. Quase um em cada cinco óbitos de crianças, cerca de 1,5 milhões por ano, é devido à diarreia, dessa forma, essa doença mata mais crianças do que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a malária e o sarampo juntos. Além disso, somando-se as taxas de mortalidade por pneumonia e por diarreia, se percebe que essas doenças são responsáveis por cerca de 40% de todas as mortes de crianças por ano, considerando-se o mundo todo (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); OMS, 2009).

Nos países em desenvolvimento, a diarreia ainda é considerada um grave e frequente problema de saúde pública, sendo os óbitos ocasionados por essa doença um importante indicador de situação de pobreza (COLLET; OLIVEIRA, 2002). Nesses países, a diarreia consiste em uma das principais causas de morbimortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos, merecendo destaque aquelas menores de 1 ano (KOSEK; BERN; GUERRANT, 2003).

No Brasil, de 1995 a 2005, ocorreram 39.421 mortes por diarreia e 1.505.800 internações associadas a essa doença em crianças menores de 1 ano de idade (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Comparando-se as regiões brasileiras, no Nordeste o problema assume maior magnitude, pois o risco de morte por diarreia nessa população é cerca de quatro a cinco vezes maior do que na Região Sul (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2005).

Estudo revelou que apenas treze capitais brasileiras, entre 1995 a 2005, apresentaram redução tanto nas internações por diarreia quanto na mortalidade infantil por essa doença: Macapá, Palmas, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Salvador, Maceió, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Cuiabá. As capitais Boa Vista, Belém, Teresina, Recife, Aracajú, São Paulo, Florianópolis e Goiânia tiveram queda da mortalidade por diarreia, enquanto que Rio Branco, Porto Velho e São Luís apresentaram decréscimo nas taxas de internação por diarreia. Já Manaus e Brasília apresentaram aumento da taxa de internação e queda da mortalidade infantil por essa doença. Somente Vitória registrou aumento das internações e estabilidade da mortalidade por diarreia (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Ressalta-se que o referido estudo se valeu apenas de estatísticas de hospitais públicos.

No Estado do Ceará, a mortalidade infantil por doença diarreica reduziu significativamente, tendo passado de 20,2%, em 1996, para 2,8%, em 2007 (CEARÁ, 2007). Comparando-se as tendências das séries temporais de 1995 a 2005, verificou-se que Fortaleza, apesar de ser uma capital do Nordeste, encontra-se no chamado “padrão um”, caracterizado por taxas decrescentes de mortalidade e internação infantil por diarreia, assim como de mortalidade e de internação infantil geral (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Em 2007 e 2008, esta tendência de declínio se repetiu, visto que Fortaleza revelou as menores taxas de internações por doença diarreica dos últimos anos (FORTALEZA, 2008).

A redução das taxas de mortalidade por diarreia pode ser reflexo de ações mais efetivas na prevenção dessa doença, como a ampliação da rede de abastecimento de água e de esgoto, a melhoria no acesso aos serviços de saúde e o uso da terapia de reidratação oral. O

declínio dessas taxas pode ser influenciado ainda pela redução da mortalidade infantil geral (OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

Salienta-se a relevância do Programa de Aleitamento Materno, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, influenciando na redução dos índices de morbimortalidade infantil por diarreia (SILVA *et al.*, 2005). A maior proximidade dos profissionais de saúde junto à população e o acompanhamento holístico, resultantes desses programas, contribuem para prevenir a evolução dos casos de diarreia para formas graves, diminuindo conseqüentemente a necessidade de internações e a mortalidade por essa doença (OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

A imunização se destaca, provavelmente, como uma das intervenções de saúde pública mais eficazes na prevenção de doenças (GRIMWOOD; LAMBERT, 2009), inclusive no caso da diarreia. Por isso, a OMS recomenda fortemente a inserção da vacina rotavírus nos programas nacionais de imunização, sobretudo em regiões onde a eficácia da vacina sugere um impacto significativo na saúde pública, as quais devem apresentar disponibilização de mecanismos de financiamento e de infraestrutura (FORSTER *et al.*, 2009).

No Brasil, a Vacina Oral de Rotavirus Humano – VORH foi incorporada ao calendário básico de vacinação em março de 2006. A primeira dose deve ser aplicada em crianças a partir de 45 a 97 dias de vida, já a segunda, entre 97 e 165 dias. Por não haver estudos concluídos, após essa idade a vacina não deve mais ser aplicada. As crianças, expostas verticalmente ao HIV, infectadas assintomáticas e sem imunossupressão podem receber a vacina, bem como aquelas que convivem com imunodeprimidos (BRASIL, 2006a). Ressalta-se que, no calendário vacinal adotado no Brasil, a VORH se encontra aprazada aos 2 meses (1ª dose) e aos 4 meses de vida da criança (2ª dose).

As referidas medidas podem contribuir para a redução da morbimortalidade infantil por diarreia, pois essa doença é causada principalmente por bactérias, vírus e parasitas transmitidos através de água e de alimentos contaminados (BRASIL, 2006b). O Rotavírus é um dos mais importantes agentes etiológicos da doença diarreica infantil (CAUAS *et al.*, 2009) e está associado a 30-50% dos casos de diarreia grave e, aproximadamente, com um terço das hospitalizações por diarreia, contribuindo com 800.000 mortes em todo o mundo (PARASHAR *et al.*, 2003).

As enteroparasitoses, consideradas problemas de saúde pública, também possuem relevante repercussão na saúde de indivíduos acometidos por diarreia (GARCIA, 2005; JOVENTINO *et al.*, 2009). No Nordeste brasileiro, as causas mais frequentes de diarreia

recorrente são *Escherichia coli enteroagregativa*, *Giardia lamblia* e *Cryptosporidium parvum* (GUERRANT *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2000).

Sabe-se que o processo saúde/doença de crianças, em especial até 5 anos de idade, pode ser influenciado por fatores intrínsecos, como os genéticos, e por fatores extrínsecos, como a alimentação, hábitos higiênicos, estímulos biopsicossociais e os cuidados gerais dispensados às crianças, podendo interferir significativamente no crescimento e no desenvolvimento das mesmas (MURAHOVSKI, 2003). Assim, percebe-se que os fatores determinantes para a ocorrência de diarreia infantil são múltiplos, englobando, direta ou indiretamente, complexos fatores de ordem ambiental, socioeconômica, cultural e comportamental (KOSEK; BERN; GUERRANT, 2003).

No que se refere às questões ambientais e socioeconômicas, a inexistência ou precariedade dos serviços de saneamento influenciam nas elevadas taxas de DDAs, principalmente, nos países em desenvolvimento, nos quais cada criança apresenta, em média, três episódios diarreicos por ano (KOSEK; BERN; GUERRANT, 2003). Com isso, o saneamento ambiental é reconhecidamente um fator de proteção para a diarreia infantil. Estudos nacionais demonstram que as maiores taxas de incidência e mortalidade da doença ocorrem em áreas com piores condições de suprimento de água, de esgotamento sanitário e de coleta de lixo (GUIMARÃES *et al.*, 2001; HELLER; COLOSIMO; ANTUNES, 2003). Borges *et al.* (2007), em seu estudo, verificaram que as crianças residentes em domicílios caracterizados por condições sanitárias insatisfatórias, famílias numerosas e com baixo poder aquisitivo apresentaram 55,7% de prevalência de diarreia.

Joventino (2008), ao desenvolver um estudo em Canindé, município situado no interior do Ceará, evidenciou associação inversamente proporcional entre a melhoria do abastecimento de água e o comportamento das diarreias em crianças menores de 5 anos de idade, ou seja, as famílias que passaram a ingerir água potável de origem pluvial e que adotaram cuidados específicos de tratamento dessa água, destinada ao consumo humano, alcançaram redução da prevalência desse tipo de afecção em seus filhos.

Independente da etiologia, a diarreia causa impactos globais na saúde dos indivíduos, pois tende a acarretar a desidratação e o desequilíbrio hidroeletrólítico. Além disso, a médio e longo prazos, a repetição dos episódios de diarreia pode levar inclusive à desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento pondero-estatural e, até mesmo, comprometimento cognitivo (NIEHAUS *et al.*, 2002; VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2003).

Considerando-se a influência das esferas cultural e comportamental na ocorrência de diarreia infantil, sabe-se que, no Brasil, as principais vítimas da diarreia são as crianças menores de seis meses de idade que experienciaram o desmame precoce (OPAS, 2005). Dessa forma, pode-se inferir a estreita relação entre o comportamento materno e a ocorrência de diarreia infantil, visto que, no primeiro semestre de vida, a criança encontra-se totalmente dependente do cuidado de terceiros, da família e, sobretudo da mãe, devido à amamentação.

Corroborando com o fato de que o cuidado das crianças efetuado pelas famílias representa importante papel na promoção, manutenção e recuperação da saúde das mesmas, Collet e Oliveira (2002, p. 14) afirmam que “as condições de saúde física, mental e social da criança estão diretamente relacionadas com as características da família e da comunidade onde vive, sendo a família vista e entendida em suas relações com seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual”.

Diante da relevância do cuidado materno à prevenção de doenças, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, elaborada pela Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, desde 1999, vem promovendo abordagens orientadas ao profissional de saúde na perspectiva de valorizar o conhecimento materno acerca das doenças mais frequentes na infância, como é o caso da doença diarreica (BRASIL, 1999).

Devido ao fato de apenas 39% das crianças com diarreia de países em desenvolvimento receberem o tratamento recomendado, a UNICEF e a OMS estabeleceram um plano de sete pontos que inclui medidas de tratamento e de prevenção para fazer uma duradoura redução da ocorrência de diarreia, a médio e longo prazos (UNICEF; OMS, 2009).

As ações desse plano se referem a mobilizar e alocar recursos para o controle da diarreia, reintegrar o tratamento em cuidados baseados na atenção primária, utilizar o soro de reidratação oral de baixa osmolaridade e o zinco em todos os países, alcançar cada criança com intervenções eficazes, acelerar o fornecimento de água e de saneamento, usar estratégias inovadoras para aumentar a adoção de medidas de controle contra a diarreia, alterar comportamentos através do envolvimento da comunidade, realizar atividades de educação e promoção da saúde e, por fim, fazer os sistemas de saúde trabalharem em prol do controle da diarreia, monitorando o progresso desse plano em todos os níveis. Assim, acredita-se que a prevenção e o tratamento da diarreia serão considerados uma causa mundial (UNICEF; OMS, 2009).

Portanto, em relação à diarreia infantil, torna-se imprescindível levar em consideração o contexto no qual a criança se encontra inserida, como suas condições de

moradia e de saneamento básico, sua possibilidade de se nutrir adequadamente, suas relações com a família e com a comunidade, seu acesso à escola e à qualidade de ensino, ou seja, os determinantes sociais para que se promova adequadamente a saúde dessa faixa etária da população.

Heller, Colosimo e Antunes (2003) afirmam que, por meio da aplicação de programas educacionais divulgadores e propagadores de noções de práticas de higiene entre as famílias, pode-se alcançar um importante impacto positivo sobre o estado de saúde das crianças. Tal fato pode ser corroborado em Borghi *et al.* (2002), visto que constataram que a aplicação de práticas higiênicas diárias, como a lavagem simples das mãos com sabão após o manuseio de fezes de crianças, resultou na redução da morbimortalidade infantil em Burkina Faso, país africano.

Tendo em vista a influência das mães em relação aos cuidados de higiene das crianças, reconhece-se a relevância do seu papel na diminuição da diarreia infantil. Pesquisas têm verificado que o reduzido conhecimento materno, sua baixa escolaridade e a pouca idade são aspectos que influenciam no adoecimento de crianças por doenças diarreicas agudas (GOMES; LUCENA; BARROS, 2005; PEREIRA; CABRAL, 2008).

Sabe-se que algumas mães desconhecem as medidas preventivas, a maneira como se deve proceder diante da ocorrência de diarreia, bem como as possíveis causas da mesma, relacionando-a, muitas vezes, à erupção dentária, aos medicamentos, aos fatores místicos, como susto e mau-olhado (VANDERLEI; SILVA, 2004), existindo ainda as mães que associam a ocorrência de diarreia à elevada temperatura do ambiente (FELICIANO; KOVACS, 2001).

Com base nesses dados, a doença diarreica infantil se constitui como o melhor exemplo de agravo no qual o conhecimento e a atitude de mães em relação ao adequado manejo da doença de seus filhos influenciam efetivamente na redução de suas complicações (VANDERLEI; SILVA, 2004).

Assim, torna-se importante que o enfermeiro insira o conceito de autoeficácia no contexto de cuidados maternos, pois a mesma, segundo Bandura (1977a), atua nas pessoas, incentivando-as a desenvolverem habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano.

De acordo com as definições de termos relacionados à promoção da saúde da OMS, a autoeficácia está ligada às crenças de que as pessoas têm de transformar suas ações, influenciando nos eventos que afetam suas vidas, na quantidade de esforço que será

dispensada e de tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

Sabe-se que os processos psicológicos, independentemente de sua forma, servem como meio de criar e reforçar as expectativas de eficácia pessoal. Uma expectativa de eficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados. Esse conceito se difere da expectativa de resultado, consistindo em uma estimativa de que um determinado comportamento levará a certos resultados (BANDURA, 1977a). Portanto, uma mãe pode ter conhecimento de determinados atos preventivos contra diarreia infantil, contudo isso não garante que ela se sinta capaz de incorporar tais práticas no seu cotidiano. Logo, esse conhecimento não garante a autoeficácia na prevenção da diarreia em crianças.

Uma vez que o nível de autoeficácia é diferenciado em cada indivíduo, torna-se premente o uso de bons instrumentos que possam avaliar as crenças de eficácia dos pais em relação aos cuidados prestados aos seus filhos. Para que se intervenha adequadamente é necessário o conhecimento dessa autoeficácia (PRASOPKITTIKUN *et al.*, 2006), identificando-se pessoas com baixa autoeficácia e se implementando estratégias que modifiquem essa percepção, com vistas a melhorar o ajustamento emocional, físico e social (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Atualmente, sabe-se que diversos investigadores têm utilizado instrumentos de medição desenvolvidos por pesquisadores de enfermagem, muitos dos quais são construídos, traduzidos, adaptados, ou, simplesmente, validados. Baseando-se nisso, a criação de escalas, sobretudo as de avaliação psicométrica, mostra-se como uma realidade cada vez mais necessária na enfermagem, pois, por meio delas, sabe-se onde e como as intervenções dessa área devem ser implementadas, podendo auxiliar na avaliação de tais medidas.

A partir dos pressupostos teóricos de Bandura, pesquisadores têm construído diversas escalas que avaliam a autoeficácia do indivíduo em determinados comportamentos, tais como a *Cultural Self-Efficacy Scale* (BERNAL; FROMAN, 1987), *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (ANDERSON *et al.*, 1995), *Arthritis Self-efficacy Scale* (LORIG *et al.*, 1989), *Breastfeeding Self Efficacy Scale* (DENNIS; FAUX, 1999), *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (ASGHARI; NICHOLAS, 2001) e *Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale* (GASTAL; PINHEIRO; VAZQUEZ, 2007). Alguns pesquisadores têm identificado uma relação significativa entre baixos escores de autoeficácia e maiores escores de intensidade de dor e de sintomas depressivos (RAHMAN *et al.*, 2004, 2008). Constata-se que elevados níveis

de autoeficácia favorecem o controle de algumas doenças e possuem importante papel na educação para a saúde, melhorando, com isso, a qualidade de vida dos indivíduos.

Estudos enfatizam que a autoeficácia tem se mostrado um poderoso preditor para prevenção de doenças (O'LEARY, 1985; SCHWARZER; FUCHS, 1996), para comportamentos preventivos ligados à saúde da criança (BLAND *et al.*, 2005) e para comportamentos maternos relacionados ao cuidado infantil (PRASOPKITTIKUN *et al.*, 2006).

Ressalta-se que, por meio de vasto levantamento bibliográfico, incluindo artigos completos disponíveis gratuitamente nos idiomas inglês, português e espanhol, fazendo uso dos descritores controlados “diarreia infantil” e “prevenção e controle”, não foi identificado, nas bases de dados: *National Library of Medicine* (PubMed); *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); SCOPUS – Base de dados multidisciplinar; *The Cochrane Library* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nenhum estudo que mencionasse a construção ou utilização de uma escala que mensurasse a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil.

Apesar disso, tendo em vista que a prevenção da diarreia infantil é um construto que depende eminentemente do comportamento materno, o qual, por sua vez, depende da autoconfiança da mãe para cuidar do seu filho, torna-se evidente a relevância do presente estudo.

O uso de uma escala que avalie a autoeficácia, ou seja, a autoconfiança de mães para prevenir diarreia em seus filhos, permitirá aos profissionais de saúde conhecer previamente o domínio em que as mães têm menor autoeficácia, ao verificar a pontuação de cada item da escala. Possibilitando assim a implementação de estratégias que previnam os fatores de risco contribuintes para o desencadeamento da diarreia infantil, além de promover a saúde individualizada da criança, levando-se em consideração as particularidades de cada família.

A investigação da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil possibilita vislumbrar um novo conhecimento, fundamentando intervenções inovadoras que possam estimular o cuidado de mães em relação à higiene infantil, cuidados domésticos com alimentação e limpeza do ambiente, assiduidade nas consultas de puericultura e de pediatria, manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, entre outros.

A disseminação de informações, principalmente por meio de atividades de educação em saúde, consiste em estratégia *sine qua non* para o empoderamento do indivíduo e da comunidade, visto que elas compilam o conhecimento científico e atingem o cotidiano das

peças, permitindo a compreensão do processo saúde/doença e favorecendo modificações dos seus possíveis comportamentos de risco para a saúde (ALVES, 2005).

Vale lembrar que as práticas educacionais, na visão de Bandura (1986), não deveriam ser julgadas somente pelo desenvolvimento de capacidades e conhecimentos que proporcionam, mas principalmente pela influência das crenças que as pessoas possuem sobre suas capacidades, por afetarem o modo como realizarão comportamentos futuros.

Nesse contexto, o enfermeiro se apresenta como profissional educador, sendo fundamental na promoção da saúde e no combate às doenças, sobretudo as de caráter prevenível (BARROSO; VIEIRE; VARELA, 2003), como as doenças diarreicas agudas. Sabendo que a educação é o componente essencial para o trabalho da enfermagem na área da saúde comunitária, contribuindo para sua promoção, manutenção e adaptação aos efeitos residuais de doenças (RIBEIRO *et al.*, 2004), espera-se que esse agente ultrapasse o processo clássico de transferência de informações, levando o indivíduo a refletir e a adotar hábitos saudáveis (COSTA *et al.*, 2004), elevando, assim, sua autoeficácia.

Diante do exposto, a realização desta pesquisa visa construir e validar uma escala de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Acredita-se que a existência de um instrumento válido e confiável dessa natureza será de grande relevância para que os profissionais de saúde, em especial enfermeiros, possam promover a saúde infantil, principalmente em regiões onde a prevalência de diarreia infantil seja elevada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Construir uma escala para mensurar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar itens e dimensões da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.
- Avaliar as propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO: AUTOEFICÁCIA

O conhecimento que diz respeito à maneira como as pessoas organizam seus pensamentos e ações referentes à sua saúde é fundamental para conduzir esses indivíduos a uma prevenção efetiva de doenças e transtornos. Crenças, atitudes e outras variáveis cognitivas são frequentemente consideradas os maiores determinantes da autorregulação de comportamento, por afetarem pensamentos, sentimentos e ações. O modelo da autoeficácia se destaca entre os modelos da psicologia que têm enfatizado o papel da cognição na regulação do comportamento (WOLFE; STEWART; HARTZ, 1991).

Através da reflexão, os indivíduos são capazes de se engajar em autoavaliações e alterar seus próprios pensamentos e comportamentos subsequentes. Essas autoavaliações também incluem o senso de autoeficácia (BANDURA, 1989a; SCHUNK, 1995).

As crenças de autoeficácia influenciam as aspirações, o envolvimento com metas estabelecidas, o nível de motivação, a perseverança face às dificuldades, a resiliência às adversidades, relacionando-se ainda com a qualidade de pensamento analítico, a atribuição causal para sucesso e fracasso, e com a vulnerabilidade para o estresse e depressão (MEDEIROS *et al.*, 2000).

A autoeficácia se refere à avaliação que um indivíduo faz em relação à sua habilidade de realizar uma tarefa dentro de certo domínio (BANDURA, 1977a, 1977b, 1986). Bandura (1997) declara que a autoeficácia alude às crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar, executar os cursos de ações necessárias e produzir determinados resultados.

Esse conceito de Bandura diz respeito ainda à habilidade que o ser humano tem de se julgar capaz de realizar com êxito uma ação concreta. A escolha, a execução e a manutenção de hábitos saudáveis também devem ser incluídas na definição de autoeficácia, pois ela atua nas pessoas de forma a incentivar ou desenvolver capacidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano. Salvetti e Pimenta (2005) corroboram com essa visão e afirmam que a autoeficácia é considerada mediadora das mudanças terapêuticas.

A autoeficácia prevê o nível de confiança dos indivíduos em suas habilidades que, por sua vez, é um forte motivador e regulador dos comportamentos dos mesmos (YASSUDA; LASCA; NÉRI, 2005). A autoeficácia se reporta a um dos componentes da motivação (uma avaliação de desempenho), possuindo papel importante na aquisição e na mudança de comportamentos. O indivíduo que se percebe capaz de realizar uma determinada tarefa faz

maior esforço ao realizá-la, persevera mais tempo nessa realização e se sente mais motivado ao concluí-la do que um indivíduo com baixa autoeficácia (BANDURA, 1977a).

O conceito de autoeficácia foi investigado em suas interações com demandas sociais implícitas (TELCH; BANDURA, 1982), em processos cognitivos (BANDURA, 1989b), em promoção da saúde (BANDURA, 1998), em escolha vocacional (BANDURA *et al.*, 2001), em relações com a teoria de *locus* de controle (BANDURA; LOCKE, 2003), entre outros. Apesar disso, esse conceito ainda é pouco explorado no Brasil (SALVETTI; PIMENTA, 2005).

Portanto, a autoeficácia é um construto derivado da teoria social cognitiva, segundo a qual, dentro da tríade recíproca causal entre comportamentos, cognição e meio ambiente, o indivíduo pode se sentir capaz de realizar determinadas ações para atingir um objetivo (BANDURA, 1997). Logo, a teoria social cognitiva (BANDURA *et al.*, 1985) surge como uma busca da superação da teoria do aprendizado behaviorista e de suas limitações. A teoria comportamental, até então, era caracterizada principalmente pelo enfoque do objetivismo e positivismo dos behavioristas, desprezando os aspectos cognitivos e afetivos, concentrando-se no modelo estímulo-comportamento. Criou-se, assim, um modelo de ser humano demasiado reducionista e determinista, limitando o campo de ação humana às respostas de estímulos condicionados (PAJARES, 2002).

Contudo, a teoria social cognitiva adota a perspectiva de se agir no sentido do autodesenvolvimento, adaptação e mudança. Diante disso, ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida, de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo meros produtos dessas condições (BANDURA, 2008).

De acordo com a teoria comportamental, a manutenção e a 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, ele tende a interromper o comportamento. Contrapondo-se a esse pensamento, Albert Bandura procura reparar a negligência dos comportamentalistas diante dos processos mentais e cognitivos. Segundo ele, “uma teoria que nega que os pensamentos podem regular as ações não dá a explicação do complexo comportamento humano” (BANDURA *et al.*, 1985, p.15).

A Teoria do Aprendizado Social, desenvolvida por Bandura (1977b), contribuiu com o avanço na compreensão de que processos cognitivos intermediam a relação entre

comportamento e consequência, sendo fundamentais para aquisição e manutenção de padrões de comportamento. O conceito de autoeficácia foi desenvolvido no contexto dessa teoria, porém, a partir de 1986, Bandura passa a chamar seu trabalho de Teoria Cognitiva Social, visando diferenciar a sua contribuição dos demais autores da Teoria do Aprendizado Social.

Em sua teoria, Bandura defende que um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação, que está relacionada com a atuação e persistência do comportamento, além de estar parcialmente enraizada em atividades cognitivas. Destarte, a autoeficácia se refere a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio (BANDURA, 1977a, 1977b, 1986, 1997). O indivíduo influencia a sua própria motivação, que determina as escolhas de ações, e o meio ambiente, originando um sistema triádico de influências recíprocas (BANDURA, 1978). Dessa forma, não se pode isolar, como causa de um comportamento, um estímulo interno dos indivíduos, tampouco um estímulo externo do meio ambiente (PAJARES, 1997) (**Figura 1**).

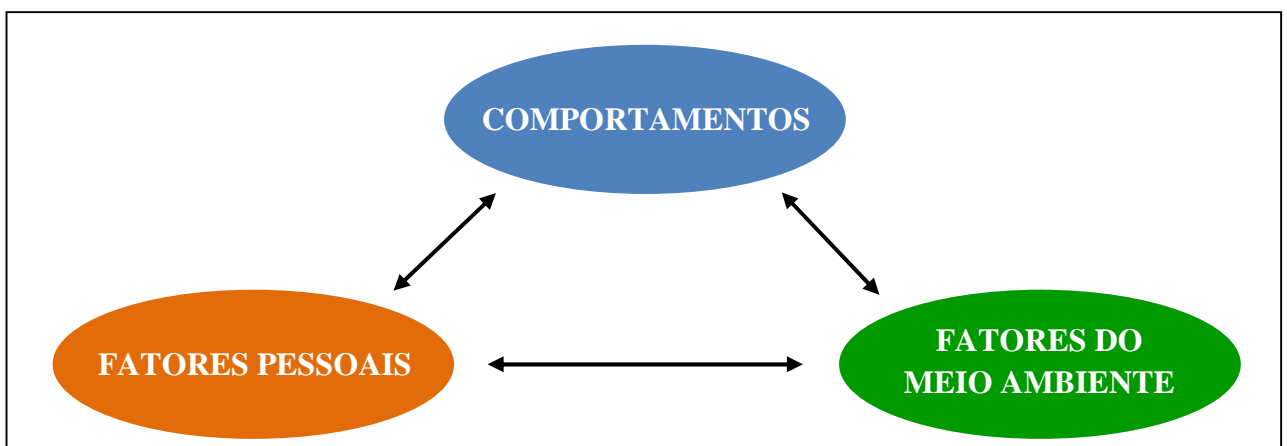


Figura 1 – Modelo da teoria social cognitiva

Fonte: BANDURA, 1997, p. 6.

Na **Figura 1**, observa-se que o resultado de um comportamento humano pode interferir tanto nos fatores pessoais do indivíduo, estimulando-o ou não a realizar um determinado ato novamente, quanto nos fatores ambientais, podendo vir a favorecer ou não a repetição desse comportamento. Consequentemente, notam-se três fatores que se relacionam ciclicamente: ora o comportamento influencia nos demais fatores, ora os fatores pessoais e ambientais interferem na adoção de um determinado comportamento. O modo como o indivíduo interpreta o resultado dos próprios comportamentos altera os seus fatores pessoais e o meio ambiente. Essa conduta, por sua vez, interfere em comportamentos futuros (PAJARES, 2002).

Esses resultados compõem a crença de autoeficácia, que é formada ainda pelas expectativas de autoeficácia. Em outras palavras, a expectativa de autoeficácia é a convicção (crença) de que se pode apresentar o comportamento necessário para se atingir determinados resultados, enquanto que a expectativa de resultados é a crença (convicção) pessoal de que dado comportamento levará a determinados resultados (SALVETTI *et al.*, 2007).

Para compreender as origens do modelo de autoeficácia, faz-se necessário conhecer a Teoria de Agenciamento Psicológico, de Albert Bandura. De acordo com seus pressupostos, todo indivíduo tem a possibilidade de analisar as circunstâncias e escolher a ação que lhe parecer mais adequada, independentemente da situação. Ou seja, o agenciamento psicológico é a capacidade que o ser humano tem de ser o agente de sua história (BANDURA, 1977b).

A avaliação da capacidade, feita pela autorreflexão, é mais importante do que o resultado. O desempenho futuro é determinado por essa avaliação: um indivíduo age, interpreta suas ações e resultados, depois identifica suas capacidades que orientarão na adoção de futuros comportamentos. Com esses procedimentos, percebe-se que o agenciamento é mediado pela eficácia, por conseguinte, é fundamental analisar a confiança que as pessoas têm em suas capacidades, em sua própria eficácia (BANDURA, 1986, 1997), ao invés de averiguar apenas o seu conhecimento sobre determinados comportamentos.

O agenciamento coloca o indivíduo como dono de seu destino, porque ele, ao escolher os comportamentos, pode influenciar os acontecimentos de sua vida. Comenta Bandura (1997, p.1) que “as pessoas lutam para ter o controle dos eventos que afetam suas vidas, pois as incertezas produzem angústia”. Todas as pessoas querem ter algum tipo de domínio de suas vidas e procuram exercer esse domínio, fazendo uso de dois tipos de controle: o primário e o secundário. O primário constitui-se de esforços empregados para mudar a realidade, já o secundário compreende os esforços direcionados para se acomodar ao ambiente (BANDURA, 1997).

A confiança que o indivíduo tem em sua própria capacidade mobiliza os autoincentivos, possibilitando, por sua vez, a automotivação (BANDURA, 1977a, 1986, 1997). A autoeficácia é a confiança que a pessoa tem em sua capacidade de organizar e executar uma sequência de ações necessárias para produzir um determinado resultado (BANDURA, 1997). Define-se ainda como convicção pessoal de que se pode executar ações bem-sucedidas, objetivando produzir resultados desejáveis em uma dada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A importância da confiança de autoeficácia se encontra nos seus efeitos. Para que um indivíduo se desenvolva, faz-se necessário acreditar em sua própria eficácia, pois se trata de uma convicção que afeta os comportamentos pessoais, diretamente e indiretamente. A confiança em suas capacidades influencia as escolhas das metas e aspirações, as expectativas de resultado, as tendências afetivas, a percepção de impedimentos, oportunidades no meio social (BANDURA, 1997; PAJARES, 1997).

De acordo com Bandura (1977a, 1997), a autoeficácia influencia quatro principais aspectos da vida de um ser humano: a escolha das ações; a quantidade de esforço e a resistência à adversidade; o rendimento efetivo; e os padrões de pensamento e reações emocionais. A escolha das ações é influenciada pela autoeficácia, pois as pessoas escolhem as atividades em que se sentem eficazes e evitam aquelas em que não o são. Em relação à quantidade de esforço e à resistência à adversidade, sabe-se que os indivíduos com maior autoeficácia se esforçam mais, resistem melhor aos resultados adversos e se recuperam mais rapidamente dos desastres.

Quanto ao rendimento efetivo, relaciona-se com a autoeficácia devido ao fato de seres humanos com maior autoeficácia terem melhor desempenho na sua área de atuação. No que diz respeito aos padrões de pensamento e reações emocionais, aqueles indivíduos que se acham mais eficazes criam serenidade e pensamentos positivos, focalizando as tarefas que precisam fazer, enquanto que aqueles que se acham menos eficazes tendem a criar afetos negativos e padrões de pensamento que interferem na execução bem-sucedida de uma tarefa (BANDURA, 1977a, 1997).

As crenças de autoeficácia determinam pensamentos, sentimentos e comportamentos por meio de sua influência nos processos cognitivos, motivacionais, afetivos e na seleção de ambientes (BANDURA, 1994). A autoeficácia é o elo entre as competências e o desempenho. O efeito das competências no desempenho não é direto, pois depende das convicções pessoais. O esforço, a persistência e a perseverança, em conjunto com as competências, influenciam o desempenho de pessoas. Muitas vezes, um profissional com amplos conhecimentos e habilidades não consegue produzir o resultado esperado, enquanto que outro, com menor competência e habilidade, mas com elevada autoeficácia, consegue uma performance melhor (JAINA; TYSON, 2004).

Comenta Nogueira (2002), os conhecimentos e as competências são fracos preditores do desempenho. Porém, não se deve imaginar que simplesmente um nível de autoeficácia elevado, em um indivíduo sem competência nem habilidade, possa produzir performances adequadas (BANDURA, 1997). Quando existe uma discrepância entre os

objetivos do sujeito em relação ao seu comportamento e os resultados alcançados, as prováveis consequências são a mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados ou a fuga e a evitação, tendo em vista que as pessoas evitam se expor às situações que excedem a sua capacidade de lidar com as mesmas (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Bandura e Adams (1982) relatam as quatro fontes de informação que exercem um papel na origem e desenvolvimento das crenças de autoeficácia: experiências de êxito, experiências vicárias ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos. Apesar das categorias influenciarem a percepção de eficácia, é a integração dessas experiências, no modelo cognitivo do indivíduo, que determina a autoeficácia.

a) Experiências de êxito ou realizações pessoais: A fonte primordial para a construção do senso de autoeficácia é a experiência bem-sucedida. Êxitos em tarefas similares geram um aumento de autoeficácia, enquanto que experiências de fracasso contribuem para reforçar a baixa autoeficácia nas tarefas, especialmente quando ocorrem no início do processo de aprendizagem. Porém, é importante saber se um indivíduo interpreta suas conquistas e derrotas em termos de capacidade (ou falta de capacidade), de esforço (ou ausência de esforço), de facilidade da tarefa (ou dificuldade da tarefa), de sorte (ou azar), pois a maneira como uma pessoa entende suas conquistas e derrotas influencia o desenvolvimento de sua capacidade de autoeficácia. Quando as pessoas se assumem como responsáveis por seus resultados e se percebem como fonte de suas performances, são capazes de alterar suas convicções de eficácia (BANDURA, 1997). Experiências comportamentais, atribuições de sucesso ou de falha são fontes importantes para o desenvolvimento da expectativa de autoeficácia. Pessoas que estão certas de suas capacidades tendem a atribuir falhas a fatores situacionais. Por outro lado, pessoas com baixa autoeficácia atribuirão a falha à sua capacidade (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Assim, em relação ao presente objeto de estudo, acredita-se que uma mãe possuidora de noções das medidas preventivas para diarreia infantil, ao praticá-las em seu dia a dia e ao verificar a melhoria da saúde de seus filhos, tende a elevar a sua autoeficácia e, conseqüentemente, a manter tais comportamentos preventivos.

b) Experiências vicárias ou por modelação ou observação de experiências: São experiências associadas primariamente a certas influências ambientais. Modelação se refere à observação de uma outra pessoa que será o modelo para realizar a tarefa em questão. Esse modelo transmite ao sujeito, por meio de seus esforços bem-sucedidos,

bases para a comparação social, o julgamento das próprias habilidades, as estratégias e táticas na realização da tarefa, e o encorajamento necessário, acreditando que, apesar de contratempos, a tarefa poderá ser efetuada, através de esforço e perseverança (APPELBAUM; HARE, 1996). Nesse tipo de experiência, observa-se um pensar lógico e popular: “se o outro pode fazer, eu também posso” (SCHUNK, 1995). Destarte, compartilhar da experiência de pessoas próximas ao indivíduo é uma fonte importante de autoeficácia, principalmente na ausência de experiência pessoal prévia. Ressalta-se que as outras pessoas podem servir como modelos e suprir o observador de informações sobre o grau de dificuldade de um comportamento específico, fazendo-se necessário que o modelo possua as mesmas características do observador consideradas relevantes para a execução de um dado comportamento (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). No contexto da autoeficácia na prevenção de diarreia infantil, a mãe poderá utilizar outra mãe como modelo, pois se a outra obteve sucesso com determinadas atitudes preventivas, esse fato a estimulará a procurar alcançar o mesmo sucesso no cuidado dos seus próprios filhos.

Destaca-se ainda que a observância do comportamento do outro permite a análise de seus antecedentes e consequentes, resultando em concepções que servirão de guia em situações futuras. Os guias são refinados por experiências, análises e atribuição de significados de consequências que têm sua origem no próprio comportamento. As consequências informam sobre o que se deve fazer para se obter benefícios ou evitar punições, aprendendo-se pelos resultados de um comportamento que foram, inicialmente, espelhados em terceiros (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

c) Persuasão verbal: É considerada uma fonte relativamente fraca na determinação da autoeficácia, em comparação com as anteriores. Faz-se necessário lembrar que se deve levar em conta a exposição aos julgamentos verbais de outras pessoas, podendo ter um efeito considerável nas convicções individuais de eficácia. Trata-se de estimular as pessoas a enfrentarem situações que imaginavam superar suas habilidades. A aprovação ou a desaprovação de pessoas influentes pode ter um efeito significativo na estrutura da autoeficácia do indivíduo, bem como a expectativa de performances ou resultados, podendo encorajar ou desencorajar a pessoa a acreditar em sua capacidade. Conforme Bandura (1989a), as comparações sociais, a avaliação do desempenho dos colegas e a avaliação de terceiros influenciam sobre o desenvolvimento do senso de autoeficácia. Essas percepções baseadas no julgamento das outras pessoas estão relacionadas ao senso de autoeficácia social. Um elevado senso de autoeficácia social pode promover satisfação e

sustentar relacionamentos sociais positivos. Pajares (2002), no entanto, alerta que essa persuasão não deve ser confundida com elogios levianos, discursos motivacionais vazios ou condescendentes, pois estes têm pouco ou nenhum valor para desenvolver as atitudes e confiança do ego. A persuasão verbal é a fonte de autoeficácia mais utilizada por pessoas experientes, consultores e profissionais de saúde, na orientação de seus clientes, na tentativa de convencer a clientela de que ela pode executar a ação, de que possui potencial e habilidade para assumir um determinado comportamento. Comenta Bandura (1997) que nem as experiências vicárias nem a persuasão verbal terão efeito tão positivo quanto o fato de o próprio indivíduo experimentar o sucesso real e pessoal, condição primordial para se fortalecer a confiança em sua capacidade. Em relação à diarreia infantil, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, além de explicitar medidas preventivas da diarreia, devem realizar estratégias que busquem melhorar o nível de autoeficácia das mães, incentivando-as a se sentirem capazes de prevenir diarreia em seus filhos.

d) Estados emocionais e fisiológicos ou respostas emocionais: As informações do corpo humano também influenciam na expectativa de pessoas em relação à sua capacidade para executar um comportamento específico. Geralmente, a leitura de um estado físico (como fadiga, estresse, tensão, ansiedade ou depressão) em um contexto situacional sinaliza a vulnerabilidade de indivíduos, podendo ainda reforçar sentimentos de incapacidade, levando-os a evitar essa mesma situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). Dessa forma, no caso de um ser humano se sentir ansioso ou amedrontado frente a determinadas tarefas, infere-se que tais sentimentos ocorrem por não ser capaz de realizá-las (YASSUDA; LASCA; NERI, 2005). Quando um indivíduo aprende a interpretar construtivamente seus estados fisiológicos, constata-se que isso estimula a sua autoeficácia, refletindo na sua satisfação. Pajares (1996) afirma que as pessoas têm a capacidade de alterar os próprios processos mentais e emotivos, assim como a capacidade de alterar a leitura de um estado físico, influenciando diretamente na autoeficácia. Citam-se como exemplo as atividades que exigem força e perseverança, nas quais as pessoas interpretam fadiga, dor e hipoglicemia como indicadores de baixa autoeficácia física. Destaca-se que a minimização do desgaste emocional melhora a percepção de autoeficácia e o desempenho (SALVETTI *et al.*, 2007). No presente estudo, pressupõe-se que as mães, ao adquirirem autoeficácia, passam a se sentir capazes de prevenir diarreia em seus filhos e, conseqüentemente, tal confiança, em sua própria capacidade reduz os níveis de estressores mentais e emotivos, corroborando para os resultados desejados.

A autoeficácia funciona como um importante conjunto de determinantes da motivação, do afeto e da ação humana, podendo estimular conquistas de melhores performances (BANDURA, 2003). Além disso, atua nos processos cognitivos, motivacionais, afetivos e nos de seleção (BANDURA, 1997).

No tocante aos **processos cognitivos**, sabe-se que as convicções de autoeficácia afetam os padrões de pensamento, podendo atuar como facilitadores ou bloqueadores de ações. Afirma Bandura (1997, p. 77) que “a confiança em si próprio não necessariamente garante o sucesso; mas a falta de confiança em si mesmo certamente produz o fracasso”. Encontra-se entre esses pensamentos os objetivos ou metas que as pessoas estabelecem. Muito do comportamento humano é regulado pelos objetivos. O estabelecimento de objetivos pessoais é influenciado pela autoavaliação das capacidades. Quanto maior a autoeficácia, mais elevados são os objetivos e mais forte o comprometimento com eles.

Pessoas com elevado senso de autoeficácia são capazes de se visualizar executando habilmente determinadas atividades, além de apresentarem boas construções cognitivas na resolução de problemas potenciais, possibilitando diretrizes positivas de desempenho (BANDURA, 1993; SCHUNK, 1995).

No que concerne aos **processos motivacionais**, de acordo com Bandura (1986, 1997), as convicções de eficácia afetam a automotivação por meio de um mecanismo que envolve, antes de tudo, os objetivos pessoais e a expectativa de poder atingi-los. Os processos motivacionais afetam a quantidade de esforço e de tempo que uma pessoa emprega em determinada atividade. Nesse sentido, o comportamento deriva da percepção de que esses objetivos são atingíveis. Concomitante a isso, são previstos obstáculos, reveses, adversidades e fracassos. As pessoas que duvidam de suas capacidades diminuem os esforços, desistem ou procuram soluções medíocres. Ao contrário dessas, indivíduos com forte confiança em suas capacidades aumentam o ritmo para superar os desafios.

Em síntese, os níveis de motivação, os estados emocionais e as ações de um indivíduo se fundamentam no que ele acredita, em detrimento do que é objetivamente verdadeiro. A confiança de uma pessoa em si mesma pode favorecer os efeitos desejados e proporcionar o incentivo para uma ação. Portanto, as convicções de eficácia afetam fortemente as ações por constituírem o fator-chave do agenciamento humano, produzindo os pensamentos que irão influenciar as aspirações, os comportamentos, os esforços e as reações afetivas entre pessoas (BANDURA, 1997).

Os **processos afetivos** se relacionam às reações emocionais que as pessoas experimentam em situações consideradas ameaçadoras, como estresse e ansiedade. A confiança de uma pessoa em sua capacidade influencia o nível de motivação e o surgimento de certas reações emocionais diante de situações desgastantes e ameaçadoras, julgando-se impotente. Essas situações não são ameaçadoras em sentido absoluto, mas no tocante ao que o indivíduo julga não poder realizar. Reações emocionais, por sua vez, podem afetar as ações e o comportamento tanto direta como indiretamente, alterando a natureza e o curso do pensamento. Seres humanos, acreditando poder controlar as ameaças potenciais, não se torturam com pensamentos apreensivos e, conseqüentemente, não se afetam por eles (BANDURA, 1997).

Em sua versão mais recente, Bandura (1997) acrescentou um novo tipo de processo aos três anteriores, o **processo de seleção**, mostrando como a confiança na autoeficácia afeta o comportamento humano e pressupondo que pessoas são, em parte, fruto de seu meio. Mas, ao mesmo tempo, elas podem exercer alguma influência sobre o curso de suas vidas, selecionando e construindo ambientes. As pessoas tendem a evitar atividades e situações, acreditando excederem suas capacidades, embora estejam dispostas a assumir atividades e selecionar ambientes sociais com os quais se julgam capazes de lidar (BANDURA, 1980), ou seja, os processos de seleção foram incluídos, pois as pessoas escolhem o que irão fazer de acordo com aquilo que sentem ser capazes de executar com sucesso.

Robeson (2005) explica que existe na mente humana um processo autorregulatório que constantemente faz o indivíduo avaliar a si próprio, aos outros e ao ambiente em geral. Comenta o autor que o pensamento reflexivo serve como um filtro para reavaliar a performance e os resultados relevantes, bem como recriar o autoconceito individual.

A confiança de uma pessoa em seu desempenho se relaciona com os resultados que a mesma terá. Aqueles que possuem elevada autoeficácia criam a expectativa de produzir bons resultados e boas performances. Já aqueles que têm expectativa de resultados ruins, desenvolvem fracas performances.

Enfatiza-se que é preciso fornecer às pessoas meios e recursos para mudar os comportamentos de saúde, além de razões para fazê-lo. A autorregulação efetiva desse comportamento requer certas habilidades de automotivação e autodireção. Há uma diferença entre possuir habilidades e ser capaz de usá-las efetivamente e consistentemente, mesmo sob condições díspares. O sucesso dessa competência requer não apenas habilidades, mas uma

forte crença na própria capacidade de exercê-las. A teoria da autoeficácia abarca todos esses aspectos de mudança comportamental favorável à saúde (SOUZA; SILVA; GALVAO, 2002).

A autoeficácia é sempre específica, pois se relaciona diretamente a um determinado domínio ou a uma situação particular de funcionamento (BANDURA; 1989a), como a prevenção de diarreia infantil no presente estudo. Um indivíduo pode se julgar muito eficaz em uma área e menos em outras (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001). De acordo com estudos desenvolvidos por Benites *et al.* (2006), Scholz *et al.* (2002), Sherer e Maddux (1982), na habilidade pessoal relativa a um grande número de demandas ou de situações, a autoeficácia pode ser geral e se referir a uma autoconfiança global.

Na área de saúde, pesquisas demonstram que a elevada autoeficácia se relaciona a estilos de vida saudáveis, sendo capaz de prever a intenção de deixar de fumar, a participação em programas de rastreamento e ajustamento ao câncer, a adesão a tratamentos, os comportamentos de autocuidado, a melhor funcionalidade e diminuição de sintomas físicos e psicológicos (ANDERSON *et al.*, 1995; BECK; LUND, 1981; LEV, 1997).

Conclui-se que a autoeficácia é a habilidade de se julgar capaz de realizar com êxito ações concretas, escolhas, execuções e manutenções de comportamentos, pois instiga o ser humano a desenvolver capacidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: PSICOMETRIA

A psicometria se refere a uma das várias formas de medição em psicologia, método empregado para estudar fenômenos psicológicos e que se constitui em uma das formas de medida por teoria. A fundamentação teórica da psicometria, além de assumir os postulados da teoria da medida em geral, trabalha com o modelo de estrutura latente (traços psicológicos) (PASQUALI, 1997, 2003).

A terminologia da psicologia é bastante particular, por isso, faz-se necessário conceituar algumas expressões presentes neste estudo, como: traço latente, sistema, atributo e magnitude. Destaca-se que o termo “traço latente” é ambíguo e controverso, por ser referido também como variável hipotética, variável fonte, fator, construto, conceito, estrutura psíquica, traço cognitivo, processo cognitivo, processo mental, estrutura mental, habilidade, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de informação, componente cognitivo, tendência, atitude, entre outros (PASQUALI, 1997, 2003).

Sternberg (1977 *apud* PASQUALI, 1997) concebe traço latente como algo essencial, o último elemento cognitivo a que se pode reduzir uma determinada atividade cognitiva. Traço latente também pode ser compreendido como um simples parâmetro de caráter matemático ou estatístico. A relevância desse conceito reside no fato de que a psicometria trabalha com a teoria dos traços latentes, sendo as estruturas psicológicas latentes o seu objeto ou sistema de interesse (PASQUALI, 1997, 2003). Vale lembrar que há dúvida sobre se traço latente seria um conjunto de comportamentos reais ou uma realidade apenas mental. Sugere-se que ele seja compreendido segundo a concepção popperiana: tudo o que age sobre as coisas consideradas reais é real (PASQUALI, 1997).

Entende-se sistema como sinônimo de objeto de interesse, coisa, ser, entidade, possuidor propriedades ou atributos, sendo definido não pela natureza, mas pelo interesse do discurso. Quanto ao atributo, trata-se de propriedade, qualidade, aspecto, componente do objeto, caracterizando-se por ser mensurável num continuum de pontos de magnitude que ocorrem com quantidades definidas e diferentes de indivíduo para indivíduo. Magnitude diz respeito à qualidade de um sistema que pode assumir diferentes valores de quantidade, podendo ser mais, ou maior, ou menor do que um sistema (PASQUALI, 1999).

Em psicologia, o comportamento é o único nível que se pode trabalhar empiricamente. Postula-se que se está operando sobre os próprios traços latentes, quando se faz uso do sistema comportamento, ou seja, a medição que se faz em nível comportamental é

a mesma utilizada nos traços latentes que representam comportamentos por meio de itens que compõem testes, ou seja, a chamada operacionalização (PASQUALI, 1997, 2003).

Os precursores da psicometria, assim como seus sucessores, eram estatísticos de formação, por isso se define psicometria como um ramo da estatística, embora se acredite que a mesma deva ser concebida como um ramo da psicologia que interfaceia com a estatística. A psicometria deve ser concebida também como um ramo da psicologia que se caracteriza por expressar (observar) o fenômeno psicológico através do número, em vez da pura descrição verbal (PASQUALI, 1997, 2003).

Para melhor compreensão da psicometria, torna-se relevante expor alguns marcos relacionados à sua origem que advêm dos trabalhos estatísticos de Spearman (1904a, 1904b, 1907, 1913 *apud* PASQUALI, 1997). Esse pesquisador, por sua vez, seguiu os princípios fisicalistas de Galton, os quais postulavam que as operações intelectuais poderiam ser avaliadas por meio de medidas sensoriais (GALTON, 1883 *apud* PASQUALI, 1997). Ressalta-se que existem relatos do uso de testes para seleção de funcionários civis na China, por volta de 3000 a.C. (DUBOIS, 1970 *apud* PASQUALI, 1997).

A priori, a psicometria apresentava duas vertentes independentes: a psicometria clássica e a psicometria teórica. Esta visava o desenvolvimento da teoria psicométrica e era seguida por psicólogos com orientação estatística, já aquela fazia-se presente entre os psicólogos de caráter psicopedagógicos e clínicos que se preocupavam com provas psicológicas detectadoras de retardo mental e do potencial de sujeitos, visando predição na área acadêmica. Destaca-se que essas duas vertentes unificaram-se *a posteriori* (PASQUALI, 1997, 2003).

Binet e Simon (1905 *apud* PASQUALI 1997) criticaram alguns postulados da psicometria e, por esse motivo, propuseram novos testes de conteúdo mais cognitivos, e não sensoriais, cobrindo funções mais amplas, não específicas. Essas premissas tiveram grande aceitabilidade, principalmente nos Estados Unidos, entre esses instrumentos se pode citar o teste do quociente intelectual – QI. De início, os testes eram aplicados individualmente, mas passaram a ser aplicados coletivamente na seleção de soldados americanos para a Primeira Guerra Mundial (PASQUALI, 1997, 2003).

Nos dias atuais, a psicometria se insere na teoria da medida em geral, que, por sua vez, desenvolve uma discussão em relação ao uso do símbolo matemático (o número) no estudo científico dos fenômenos naturais. Trata-se de uma interface, sobreposição entre sistemas teóricos de saber diferentes, tendo a teoria da medida a função de justificar e explicar o sentido de tal interface (PASQUALI, 1997, 2003). É relevante citar que, nos primórdios,

acreditava-se ser impossível representar fenômenos naturais e psicológicos por meio de números ou de fórmulas matemáticas. Contudo, essa representação, de acordo com Pasquali (1997), é possível caso a designação de tais objetos considere tanto as propriedades estruturais de números quanto as características próprias de atributos de fenômenos empíricos.

Se cada atributo da realidade empírica apresentasse uma unidade base natural específica de magnitude, a medida dele seria uma tarefa relativamente simples, no entanto inúmeros atributos não permitem uma definição de unidade base natural específica. Torna-se premente conhecer outras formas de se proceder à medida desses atributos, além das já conhecidas medida fundamental e medida derivada. Esta permite medir atributos não extensivos por meio de uma função de potência entre os componentes onde o atributo em questão é afetado. Já aquela permite a concatenação: dois objetos podem ser associados, formando um terceiro objeto da mesma natureza (PASQUALI, 1997, 2003).

Somando-se a essas duas medidas, observa-se ainda a medida por teoria, a qual somente pode ser realizada com base em leis e em teorias científicas. Uma medida por lei ocorre quando uma lei é estabelecida empiricamente entre duas ou mais variáveis. Dessa forma, a constante típica do sistema pode ser medida indiretamente pela relação estabelecida entre essas variáveis. Opondo-se a ela, tem-se a medida por teoria, que não adota leis para relacionar as variáveis estudadas. A medida por teoria recorre a outras teorias que hipotetizam relações entre os atributos da realidade, permitindo a medida indireta de um atributo, por meio de fenômenos a ele relacionados via teoria. No caso de medidas por teoria, é importante garantir a ocorrência de instrumentos calibrados para medir, fundamentalmente ou de outra forma válida, os fenômenos com os quais o atributo em questão esteja relacionado pela teoria. Pode-se considerar que tanto a medida por lei quanto a medida por teoria se enquadram na medida por teoria, visto que a lei se constitui de uma hipótese derivável de alguma teoria e empiricamente demonstrada (PASQUALI, 1997, 2003).

Na mensuração por teoria, a medida de um atributo empírico, como o comportamento, consiste na própria medida da estrutura psicológica latente, pois se trata de um atributo de outra natureza, um atributo hipotético. A função da teoria se fundamenta em garantir a legitimidade de tal operação, já que a operação empírica de medir o comportamento representa a medida da estrutura latente e legitima tal operação, funções da teoria psicométrica (PASQUALI, 1997, 2003).

Nessa medida por teoria, reconhecem-se três linhas teóricas: a teoria da detecção do sinal em psicofísica, a teoria dos jogos em psicologia social e a teoria das escalas e testes, ou seja, a psicometria. O elo entre as três consiste no fato de se trabalhar com construtos

hipotéticos, como, por exemplo, processos cognitivos, preferências, utilidades, etc. Esse elo depende ainda da procura de formas de medidas desses mesmos construtos (PASQUALI, 1997, 2003).

A comunidade científica desenvolveu uma série de parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se constituir em instrumento legítimo. Esses parâmetros dizem respeito à análise de dificuldade e discriminação dos itens, à validade e à confiabilidade de instrumentos (PASQUALI, 1997, 2003).

No presente estudo, adotou-se o modelo teórico de elaboração de instrumentos para mensurar fenômenos subjetivos proposto por Pasquali (1998, 1999), pois o autor possui vasta experiência na área, sendo considerado autoridade em psicometria no âmbito nacional. Na **Figura 2**, a seguir, o modelo é detalhado por meio de um diagrama que se baseia em três grandes polos ou procedimentos: teóricos; empíricos ou experimentais; e analíticos ou estatísticos.

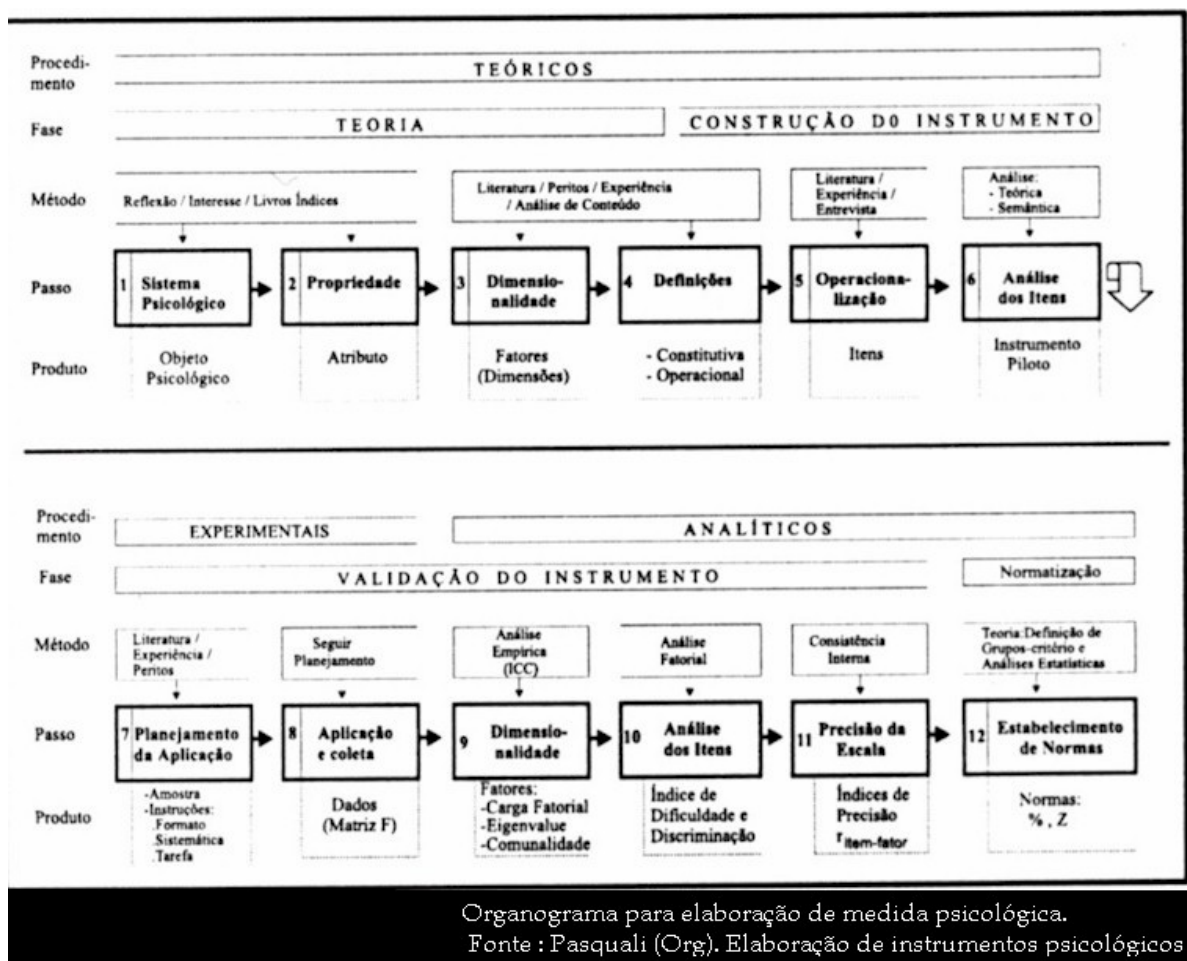


Figura 2 – Diagrama para elaboração de medida psicológica
Fonte: PASQUALI, 1998, 1999.

Como se pode notar, o polo teórico enfoca o embasamento teórico que fundamenta qualquer empreendimento científico, ou seja, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens. Observa-se ainda que o polo teórico explicita os tipos e categorias de comportamentos que constituem uma representação adequada do mesmo traço.

Os procedimentos teóricos são específicos de cada instrumento. Em outras palavras, a literatura é peculiar ao construto psicológico que o instrumento pretende medir. Apesar de o polo teórico ser, talvez, o mais importante da construção de instrumentos ou escalas, Pasquali (1999) refere que ainda é dada pouca ênfase ao mesmo, sendo a parte mais fraca da pesquisa e do conhecimento psicológico. Salienta-se que alguns psicometristas costumam fugir da explicitação de uma teoria preliminar, iniciando a construção dos instrumentos pela coleta intuitiva e aleatória de uma amostra de itens que lhes pareçam possuir *face validity*, isto é, pareçam cobrir o traço para o qual se deseja elaborar o instrumento de medida. Consequentemente, se verifica a precariedade de muitos instrumentos atuais.

O polo teórico compreende as seis primeiras etapas para a construção de instrumentos de medida: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto e análise teórica dos itens. As três primeiras etapas se relacionam à teoria propriamente dita, a quarta etapa contempla tanto a teoria quanto a construção do instrumento, e as duas últimas etapas se referem especificamente à sua construção.

No polo empírico ou experimental, definem-se as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e da coleta, valendo-se de informação empírica para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. Esse polo corresponde a duas etapas: planejamento da aplicação, e aplicação e coleta.

Quanto ao polo analítico ou estatístico, observa-se o estabelecimento de procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados, visando a obtenção de um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado. Esse polo é composto por quatro etapas: dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização.

Esses três polos se dividem em doze etapas necessárias para uma progressiva sistematização na elaboração de um instrumento de medida psicológica: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto,

operacionalização do construto, análise teórica dos itens, planejamento da aplicação, aplicação e coleta, dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização, que serão especificados logo abaixo.

4.1 Polo teórico

4.1.1 Sistema psicológico (1ª etapa)

O sistema é definido pelo interesse do pesquisador, sendo chamado de objeto de interesse ou objeto psicológico, podendo ser considerado de vários níveis, por exemplo, um sistema universal e seus sistemas locais. O universal é a estrutura psicológica total do ser humano e os sistemas locais são os vários subsistemas de interesse. Enfatiza-se que tais divisões dependem do interesse do pesquisador. Logo, o sistema se localiza, como objeto imediato de interesse, dentro de um delineamento de estudo e não em uma entidade ontológica monolítica e unívoca (PASQUALI, 1999).

Nessa etapa, o objetivo consiste na identificação do tema, do assunto, da ideia, por mais vaga que seja, sobre o que o pesquisador quer trabalhar em seu instrumento. Para se chegar a esse objetivo, faz-se necessária a pesquisa em livros-índices e em trabalhos científicos, assim como a colaboração de peritos para identificar o seu objeto de interesse ou o seu objeto psicológico a ser aprofundado (PASQUALI, 1999).

O objeto psicológico é o produto esperado nessa etapa. Vale ressaltar que o sistema escolhido pode ser amplo ou restrito; obviamente quanto mais restrito ou elementar for o sistema, mais fácil se torna a construção de um instrumento de medida. Por isso, é relevante que se defina o sistema psicológico como um processo ou traço latente o mais próximo do interesse direto do pesquisador, o mais elementar possível, visto que sistemas vagos e gerais dificultam sua operacionalização (PASQUALI, 1999).

4.1.2 Propriedade do sistema psicológico (2ª etapa)

O sistema não constitui objeto direto de mensuração, pois os vários aspectos que o caracterizam (as propriedades ou os atributos) são o que deve ser avaliado. Essa etapa se torna, muitas vezes, complexa, pela necessidade de se delimitar um objeto psicológico amplo

para os aspectos específicos que se deseja estudar, com vistas à construção do instrumento de medida. Como exemplo, tem-se o fato de não ser possível estudar de uma única vez todos os assuntos sobre crianças. Deve-se optar por um aspecto mais restrito referente às mesmas, como o desenvolvimento de psicomotricidade, de cognição, de linguagem, de timidez, de agressividade, etc. Esses aspectos constituem as propriedades/atributos do objeto criança que se deseja abordar. Torna-se necessário, então, decidir quais dessas propriedades serão objeto imediato de interesse, evitando-se divergências e equívocos no prosseguimento do processo (PASQUALI, 1999).

4.1.3 Dimensionalidade do atributo (3ª etapa)

A etapa de dimensionalidade do atributo se refere a uma estrutura interna e semântica, assim como define se o atributo constitui-se em uma unidade semântica única ou se compreende uma síntese de componentes distintos, se é uni ou multifatorial. Nesse momento, utiliza-se a teoria do construto ou os dados empíricos disponíveis sobre o mesmo, principalmente se baseando em dados de pesquisas que realizaram análise fatorial (PASQUALI, 1998, 1999).

Tomando-se por base dados empíricos de pesquisas, será possível verificar os fatores que compõem alguns objetos psicológicos. Assim, na construção de novos instrumentos relacionados a esses atributos, estudiosos se condicionarão a se espelharem nesses domínios obtidos anteriormente.

Há casos em que não se tem uma teoria pré-formada sobre o construto que se pretende estudar. Por esse motivo, o psicometrista não deve criar itens aleatórios, sem fundamentação teórica. Cabe a ele elaborar uma miniteoria sobre sua compreensão do construto que deseja medir. Posteriormente, os dados empíricos que serão coletados através do instrumento construído confirmarão ou não se sua miniteoria possui alguma consistência (PASQUALI, 1998, 1999).

4.1.4 Definição dos construtos (4ª etapa)

Decididas a propriedade e suas dimensões, é necessário conceituar detalhadamente esses construtos, baseando-se na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência. Tal definição deve ser clara e precisa para os fatores aspirados para o

instrumento de medida, resultando em dois produtos: definições constitutivas e operacionais dos construtos (PASQUALI, 1998, 1999).

- **Definição constitutiva**

A definição constitutiva é representada por um construto definido por meio de outros construtos. O construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria em que ele se insere, pois as noções que são realidades abstratas serão definidas em termos de realidades abstratas, como, por exemplo: inteligência verbal é definida como a capacidade de compreender a linguagem; verifica-se que inteligência verbal é uma realidade abstrata que foi definida por outra realidade abstrata, assim, trata-se de uma definição constitutiva (PASQUALI, 1998, 1999).

Geralmente, essa conceituação aparece como delimitação de termos em dicionários e enciclopédias. Além disso, as definições do construto são consideradas as fronteiras semânticas respeitadas por esse conceito. Destaca-se que essas fronteiras são tidas não como intransponíveis, e sim transponíveis, devendo ser atingidas. Lembra-se ainda que boas definições constitutivas permitem avaliações qualitativas do instrumento, pois será possível visualizar a intensidade da extensão semântica evidenciada no mesmo (PASQUALI, 1998, 1999).

- **Definição operacional**

Para que um instrumento de medida se torne uma operação concreta, faz-se necessário que os conceitos abstratos identificados até essa etapa sejam transformados em ações, comportamentos reais. Dessa forma, é fundamental que se conheçam as definições operacionais do construto, traço latente.

Em primeiro lugar, as definições operacionais dos construtos devem ser realmente operacionais, assim, não serão mais definidas em termos de outros construtos, de maneira abstrata, mas em termos de operações concretas e de comportamentos físicos (PASQUALI, 1998, 1999), de tal modo que seja possível dizer para a pessoa: “vá e faça” (MAGER, 1981). Por exemplo, inteligência verbal se define como compreender uma frase, contudo, não será possível dizer à pessoa “vá e compreenda”, pois não se trata de um comportamento; mas, se for solicitado a essa pessoa “vá e reproduza a frase”, percebe-se que o solicitado se refere a uma ação, a qual é passível de avaliação (PASQUALI, 1998, 1999).

Observa-se ainda que a definição operacional deve ser o mais abrangente possível em relação ao seu construto. Sabe-se que nenhuma definição operacional esgota a amplitude semântica de um construto, pois se verificam definições operacionais mais ou menos abrangentes do mesmo construto; conseqüentemente seus instrumentos de medida serão de melhor ou pior qualidade (PASQUALI, 1998, 1999).

As definições operacionais devem ser buscadas na literatura pertinente ao assunto estudado, na opinião de peritos e na experiência do próprio pesquisador, pois, quanto mais completa for a listagem de categorias comportamentais, mais simples será a construção do instrumento, já que a facilidade para transformar essas categorias em tarefas unitárias e específicas (itens) será uma consequência (PASQUALI, 1998, 1999).

4.1.5 Operacionalização do construto (5ª etapa)

Nesta etapa, retrata-se a construção dos itens, representação comportamental do construto, ou seja, as tarefas que os sujeitos terão de executar, para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto. Para tanto, deve-se observar as fontes na construção dos itens, as regras de construção dos mesmos, bem como a quantidade de itens que o instrumento de medida deve conter, conforme Pasquali (1998, 1999).

- **Fonte dos itens**

Nesta fase, evidenciam-se três fontes de itens: categorias comportamentais, entrevista e literatura. Caso as etapas anteriores, relacionadas ao embasamento teórico exaustivamente realizado, tenham sido adequadamente seguidas, como resultado se verifica as categorias comportamentais que expressam o construto de interesse, logo, o pesquisador encontra-se praticamente diante dos itens. A não obediência a esses procedimentos torna necessário aprofundar o conhecimento do construto, através de entrevista realizada com a população-alvo sobre os possíveis comportamentos que ela acredita poder se relacionar ao conceito estudado. Além disso, itens de outros instrumentos de medida que meçam o mesmo construto em questão podem nortear a construção dos itens.

- **Regras para construção dos itens**

Para a elaboração adequada dos itens, é essencial a observação de critérios fundamentais: os aplicados à construção de cada item individualmente (as dez primeiras regras) e os empregados ao conjunto dos itens (as duas últimas regras), detalhados a seguir:

a) Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, uma ação clara e precisa, e não uma abstração ou construto.

b) Critério de objetividade, de desejabilidade ou de preferência: Para escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Já em instrumentos de personalidade e de atitudes em geral, os itens devem cobrir comportamentos desejáveis, atitudes, ou característicos, personalidade. Assim, pode-se concordar ou discordar, opinar se convém ou não, nestes casos não existem respostas certas ou erradas, visto que cada indivíduo possui diferentes preferências, sentimentos, capacidades e modos de ser.

c) Critério da simplicidade: Um item necessita expressar apenas uma ideia, evitando-se explicações de termos ou justificativas embutidas nos itens da escala.

d) Critério da clareza: O item precisa ser compreensível para todos os estratos da população, desde o estrato mais baixo da população-alvo, ou seja, aquele que possui menos anos de estudo. Preferencialmente, os itens devem se constituir de frases curtas, expressões simples, inequívocas, evitando-se frases negativas, sendo preferível que se afirme uma negatividade, do que se negue uma informação, e não se utilizando gírias, pois não são inteligíveis para todos, além de poderem ofender ao estrato com mais anos de escolaridade da população-alvo. É relevante citar que se deve utilizar o linguajar típico da população-alvo, mesmo que pareça coloquial e deselegante, afinal o importante é a compreensão dos itens.

e) Critério da relevância: O item carece ser consistente com o traço latente definido, assim, não deve insinuar atributo diferente do objetivado na escala. Para tanto, deve-se verificar a carga fatorial do item na análise fatorial, pois a mesma retratará a pertinência do item.

f) Critério da precisão: O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

g) Critério da variedade: Precisa-se variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos pode causar monotonia e aborrecimento. No caso de escalas de preferência, deve-se formular metade dos itens em termos favoráveis e metade não; dessa forma, espera-se evitar respostas estereotipadas.

h) Critério da modalidade: Faz-se necessário evitar frases com expressões extremadas, pois a resposta nesse caso já vem viciada, destarte, a intensidade da reação do sujeito deverá ser evidenciada através de sua escolha na escala de respostas.

- i) Critério da tipicidade:** As frases formadas carecem vir com expressões condizentes e próprias do atributo.
- j) Critério da credibilidade (*face validity*):** O item não deve parecer ridículo, despropositado ou infantil, pois pode ofender ao respondente, contribuindo para uma atitude negativa frente ao restante do teste e aumentando a possibilidade de vieses de resposta. Salienta-se que tal critério pode ser avaliado por meio da validade aparente, *face validity*.
- k) Critério da amplitude:** O conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo precisa cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo, permitindo a discriminação por parte de indivíduos de níveis distintos.
- l) Critério do equilíbrio:** Itens do mesmo contínuo necessitam cobrir igualmente ou proporcionalmente todos os segmentos do contínuo, devendo haver uma maioria de itens de dificuldade mediana, reduzindo-se, de maneira progressiva, o número de itens fáceis e difíceis.

- **Quantidade de itens**

Espera-se, ao final do processo de construção de uma escala, que esta possua um número razoável de itens, possibilitando atender à extensão semântica do construto, para o qual, geralmente, se propõe um total de 20 itens. Para o alcance de quantidade final adequada, *a priori* foi sugerido que se iniciasse a construção com, pelo menos, o triplo de itens que se pretendia ao final. Após análises criteriosas realizadas sobretudo nas quatro primeiras etapas do polo teórico, passou-se a observar que não seriam necessários mais do que 10% de itens além do número pretendido ao final. Essa mudança se deve ao fato dos itens incluídos no instrumento piloto não serem apenas “chutados” como outrora, pois, afinal, eles possuem validade teórica real.

4.1.6 Análise teórica dos itens (6ª etapa)

Com base nos itens, levanta-se a hipótese de que eles representem adequadamente o construto, entretanto, faz-se premente a avaliação teórica por parte de juízes: análise semântica, compreensão dos itens, e análise dos juízes, pertinência dos itens do construto que representam.

- **Análise semântica dos itens**

A análise semântica tem como objetivo precípua verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros da população, aos quais o instrumento se destina. Destarte, esses membros verificam se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com o referido estrato. Além disso, deve ser realizada também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta para evitar deselegância na formulação dos itens, garantindo a chamada "validade aparente" do teste (PASQUALI, 1998).

Para a execução da análise semântica, Pasquali (1998) sugere uma técnica em que o instrumento é aplicado a uma amostra de aproximadamente 30 pessoas da população-meta e, em seguida, discute-se com eles as dúvidas que os itens suscitaram.

Os itens que continuarem apresentando dificuldades de compreensão após no máximo cinco sessões devem ser descartados. Em seguida a essas sessões, deve ser realizada pelo menos uma sessão com um grupo de sujeitos do estrato mais sofisticado, para garantir a validade aparente dos itens (PASQUALI, 1998, 1999).

- **Análise dos juízes**

Esta análise muitas vezes é chamada de análise de conteúdo, mas Pasquali (1998, 1999) acredita que deveria ser chamada de análise de construto, visto que verifica a adequação da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s).

Na análise de conteúdo, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens referem-se ou não ao traço em questão. Essa análise trata do julgamento sobre a qual dos domínios/fatores elencados pertence cada um dos itens. Uma concordância de 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere; caso esse valor não seja atingido, preferencialmente este item deve ser descartado. Ressalta-se que alguns itens podem referir-se simultaneamente a mais de um fator, contudo, para facilitar a análise, o ideal é que se oriente aos juízes que, se possível, enquadrem cada item sob um fator somente.

4.2 Polo empírico ou experimental

O polo empírico é composto por duas etapas: planejamento da aplicação e a própria coleta de informação empírica.

4.2.1 Planejamento da aplicação (7ª etapa)

Nesta etapa deve-se definir a amostra, visto que cada instrumento é tipicamente construído para um determinado tipo de população. Assim, torna-se premente ter claramente definidas as características específicas bio-socio-demográficas da mesma. Além disso, o ideal é que as amostras utilizadas sejam relativamente grandes, e a literatura orienta que a amostra deve conter, no mínimo, 100 sujeitos por fator medido (PASQUALI, 1999). Entretanto, se houver dúvidas acerca do número de fatores que o instrumento mede, sugere-se também uma amostra de 10 sujeitos por cada item do instrumento (NUNNALLY, 1978) ou ainda 5 sujeitos para cada item (TABACHNICK; FIDELL, 2001). Ressalta-se que amostras com menos de 200 sujeitos dificilmente são consideradas adequadas, devido à possibilidade de comprometerem a análise fatorial posterior (PASQUALI, 1999).

No planejamento da aplicação são definidas a sistemática da aplicação do instrumento (aplicação coletiva ou individual, se será necessário contato prévio com os respondentes ou não, entre outros) e o formato do instrumento, ou seja, como serão dadas as respostas do sujeito à escala (escolha do item mais apropriado, escolha entre múltiplas escolhas, escalas tipo Likert). Além disso, nesta etapa são feitas as instruções que acompanham o instrumento, as quais devem evidenciar em que consiste o teste, deixar absolutamente claro como o sujeito procederá para responder corretamente, podendo conter exemplos de como os itens devem ser respondidos, e devendo ser o mais curtas possível (PASQUALI, 1999).

4.2.2 Coleta de dados propriamente dita (8ª etapa)

Concluída a fase de planejamento, inclusive contemplando os possíveis ajustes da validação de conteúdo (análise dos juízes) e sugeridos pelo pré-teste, passa-se à coleta de dados propriamente dita, aplicando-se a versão piloto do instrumento à população-alvo. Essa coleta originará uma matriz ou banco de dados informatizado, o qual será utilizado nas etapas seguintes (PASQUALI, 1999).

4.3 Polo analítico ou estatístico

Este polo inclui a finalização do processo de validação do instrumento, sendo composto por alguns procedimentos estatísticos elencados nas últimas quatro etapas do processo de construção de instrumentos psicológicos.

4.3.1 Dimensionalidade do instrumento (9ª etapa)

Até que se chegasse a esta etapa, o número de fatores que o instrumento irá medir era uma hipótese. Assim, para que se verifique se o instrumento é ou não unidimensional, orienta-se a realização da análise fatorial, a qual demonstra a própria validade do instrumento e representa, igualmente, a análise preliminar ou a qualidade dos próprios itens. Destaca-se que se o instrumento medir mais de um fator, as análises estatísticas devem ser realizadas independentemente para cada fator (PASQUALI, 1999).

A análise fatorial verifica precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens (PASQUALI, 2003). Assim, trata-se de uma técnica que dá ao pesquisador informações sobre o alcance de um conjunto de questões para medir o mesmo construto subjacente ou dimensão de um construto, ou seja, avalia o grau em que as questões individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). A análise fatorial para componentes principais é uma técnica para identificar grupos e agrupamentos de variáveis, possuindo três usos principais: entender a estrutura de um conjunto de variáveis; construir um questionário para medir uma variável subjacente; reduzir um conjunto de dados a um tamanho manejável, enquanto retém o máximo da informação original possível (FIELD, 2009).

Trata-se da técnica mais sofisticada e complexa utilizada por pesquisadores envolvidos com a construção e avaliação de testes e escalas, pois, no desenvolvimento inicial de instrumentos, em geral, é criada uma diversidade de itens, os quais, por meio da análise fatorial são refinados e reduzidos na forma de subescalas, domínios ou fatores (PALLANT, 2005).

Galindo (2005) complementa, ao afirmar que a suposição básica da análise fatorial é que dimensões subjacentes, denominadas fatores, podem ser utilizadas para explicar um fenômeno complexo.

A análise fatorial produz, para cada item, uma carga fatorial (saturação) desse item no fator, a qual indica a covariância (parentesco) entre o fator e o item. Quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, melhor será considerado o item. As cargas fatoriais podem ir de -1,00 a +1,00, e salienta-se que uma carga fatorial de 0,00 significa que não há nenhuma relação entre o item e o fator (PASQUALI, 1999). Recomenda-se uma carga mínima de 0,30 (positivo ou negativo) para que o item seja representante útil do fator (PASQUALI, 1999; TABACHNICK; FIDELL, 2001).

Ressalta-se que, conforme Pasquali (1999), uma amostra inferior a 200 sujeitos inviabiliza a análise fatorial.

4.3.2 Análise empírica dos itens (10ª etapa)

Nesta fase, Pasquali (1997) recomenda o uso da Curva Característica do Item (ICC), também conhecida como Teoria da Resposta ao Item (TRI), a qual produz uma curva logística para cada item (modelo de Lord). Isso envolve três parâmetros: dificuldade, discriminação e resposta aleatória.

Essa teoria julga que “o sujeito possui certo nível de magnitude do traço latente, o qual é determinado através da análise das respostas dos sujeitos por meio de diversas funções matemáticas” (PASQUALI, 1999, p. 63).

Porém a dificuldade se refere à magnitude do traço latente que o sujeito deve ter para acertar ou aceitar o item. Assim, quanto maior a magnitude exigida, mais difícil o traço latente, e, com isso, a dificuldade do item é dada pelo número/proporção de acertos. A discriminação relaciona-se à capacidade de diferenciar sujeitos com escores altos daqueles com escores baixos. Enquanto que a resposta aleatória diz respeito às respostas corretas dadas ao acaso (PASQUALI, 2003, p.129).

4.3.3 Fidedignidade do instrumento (11ª etapa)

A fidedignidade refere-se a quanto os escores de um sujeito se mantêm semelhantes em ocasiões diferentes. Destaca-se que é válido apenas se aplicado com os mesmos sujeitos, e, além disso, tal conceito possui como sinônimos os seguintes termos: precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade, homogeneidade. A fidedignidade encontra-se intimamente ligada à variância erro, assim, depende do erro produzido pelo próprio instrumento, ou seja, do quanto o escore produzido pela escala se

distância do escore verdadeiro do sujeito no traço em questão. Com isso, quanto maior a variância verdadeira e menor a variância erro, mais fidedigno é o instrumento (PASQUALI, 2003).

A precisão de um instrumento pode ser dada por vários tipos de testes, entre eles: teste-reteste, consistência interna, formas paralelas. O teste-reteste consiste em calcular a correlação entre as distribuições de escores obtidos em um teste pelos mesmos sujeitos, em duas ocasiões diferentes de tempo. A correlação de 1,00 seria obtida se não houvesse variância erro provocada pelo teste ou outros fatores aleatórios. Ressalta-se que, quanto mais longo o período de tempo entre a primeira e a segunda testagem, mais chances de ocorrerem fatores aleatórios, comprometendo, assim, o coeficiente de precisão (PASQUALI, 1999).

A consistência interna, ou seja, a homogeneidade da amostra de itens do teste, pode ser dada por algumas técnicas, sendo as mais utilizadas: duas metades, Kuder-Richardson e alfa de Cronbach (PASQUALI, 1999). O coeficiente alfa é o mais frequentemente utilizado. Pode resultar em valores de zero a 1, onde o zero indica ausência total de consistência interna dos itens, e o 1, presença de consistência de 100%. Quanto menos variabilidade um mesmo item produz em uma amostra de sujeitos, menos erros ele provoca, mais preciso é o item (PASQUALI, 2003).

Ressalta-se que a fidedignidade do teste pode ser afetada pela variabilidade da amostra de sujeitos, assim, quanto maior e mais variável for a amostra de sujeitos, maior será o coeficiente de correlação e, conseqüentemente, o índice de fidedignidade. Além disso, o comprimento do teste também pode afetar esta confiabilidade, portanto, quanto maior o número de itens, maior será o índice de precisão do teste, pois o erro tende a zero quando o número se aproxima do infinito (PASQUALI, 2003).

4.3.4 Normatização (12ª etapa)

Depois de percorridas todas as onze etapas anteriores, o instrumento deve ser submetido à normatização para que os resultados possam ser interpretados (PASQUALI, 1999), visto que diz respeito a padrões de como se deve interpretar um escore que o sujeito recebeu em um teste (PASQUALI, 2003).

Assim, trata-se de um passo relevante, pois um escore bruto produzido por um teste necessita ser contextualizado para poder ser interpretado. Qualquer escore deve ser referido a algum padrão ou norma para adquirir sentido, dessa forma, torna-se possível determinar a posição que o sujeito ocupa no traço medido pelo teste que produziu o tal escore,

bem como comparar o escore deste sujeito com o escore de qualquer outro sujeito (PASQUALI, 2003).

O critério de referência ou a norma de interpretação é constituído por três padrões: normas de desenvolvimento (nível de desenvolvimento do indivíduo humano), normas intragrupo (um grupo padrão constituído pela população típica para a qual o teste é construído) e normas referentes a critério (utilizadas para teste de aprendizagem) (PASQUALI, 2003).

As normas de desenvolvimento se fundamentam no fato do desenvolvimento progressivo pelo qual o indivíduo passa ao longo da sua vida. Dessa forma, considera três fatores: idade mental, série escolar e estágio de desenvolvimento. Com relação às normas intragrupo, o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população, sendo referenciado em termos do posto percentílico ou do desvio padrão (PASQUALI, 2003).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica, a qual, conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), caracteriza-se pelo desenvolvimento de instrumentos de coleta de dados, visando definir o construto ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, além de testar a confiabilidade e a validade do instrumento.

Polit, Becker e Hungler (2004) concordam, por considerarem esse tipo de pesquisa ideal para a verificação de métodos de obtenção, organização e análise de dados, bem como devido à elaboração, validação ou avaliação de instrumentos e técnicas para a pesquisa ou para a prática. Além disso, complementam que há uma carência de procedimentos para coleta de dados referentes à maioria dos conceitos que interessam à enfermagem. Para Burns e Grove (2001), o estudo metodológico é projetado para desenvolver a validade e confiabilidade dos instrumentos, a fim de medir construtos usados como variáveis em pesquisa.

O estudo metodológico encontra-se estreitamente relacionado com a psicometria, visto que esta trata do aspecto mais significativo e criticamente expressivo da pesquisa metodológica abordado em mensuração, consistindo em um conjunto de técnicas utilizadas para avaliar comportamentos e conceitos de forma adequada e comprovada experimentalmente. Para tanto, a psicometria lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração (questionários) ou técnicas de medição (ferramentas de observação), por conta disso, nas últimas décadas, pesquisadores têm adotado seus princípios para desenvolver e testar instrumentos de medição concentrados em fenômenos de enfermagem (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Os procedimentos metodológicos adotados para a construção da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) foram pautados na psicometria segundo os princípios de Pasquali (1997, 1998, 1999, 2003). Dessa forma, a metodologia e resultados deste trabalho estão divididos, com a finalidade de facilitar a compreensão, em três polos: teórico, empírico e analítico, conforme se pode verificar esquematicamente na **Figura 3**.



Figura 3 – Representação gráfica das etapas seguidas na construção da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), Fortaleza, 2010

5.2 Polo teórico

5.2.1 Identificação e aprofundamento do construto “prevenção de diarreia infantil”

A presente etapa trata do levantamento dos elementos que englobam as múltiplas facetas do construto em estudo, “prevenção de diarreia infantil”. Assim, representa um passo fundamental para o desenvolvimento das definições constitutivas e operacionais, precursoras da operacionalização dos itens que irão compor o instrumento.

Os pesquisadores, segundo Pasquali (2003), frequentemente se esquivam da explicitação teórica preliminar e iniciam a construção do instrumento pela coleta intuitiva e aleatória de uma amostra de itens. Contudo, LoBiondo-Wood e Haber (2001) afirmam a necessidade de uma revisão de literatura sólida, específica e exaustiva, para identificar as teorias que subjazem ao construto e para embasar a formulação de cada item da ferramenta em construção.

Dessa forma, diante da necessidade de aprofundamento do construto, para que se garanta o embasamento teórico necessário à construção dos itens deste instrumento de medida, optou-se por explorar o construto “prevenção de diarreia infantil” por meio de uma busca bibliográfica em dicionários e livros, da própria experiência na temática dos pesquisadores envolvidos no estudo, bem como através de uma revisão ampla da literatura.

As primeiras etapas do polo teórico constituem-se em uma pesquisa bibliográfica que leva o pesquisador a ter contato direto com o que já foi escrito sobre o assunto, permitindo maior cobertura dos fenômenos pesquisados, o que não seria possível se a mesma fosse realizada diretamente na fonte (MARCONI; LAKATOS, 2001).

Conforme Cooper (1984), em alguns casos, analisar dados cumulativos de pesquisas independentes pode ser mais complexo do que a própria condução individual de cada um desses trabalhos, devido à multiplicidade de fatores, conceitos e diferenças metodológicas a serem avaliadas.

Para a realização da presente revisão bibliográfica, adotaram-se as seguintes etapas: identificação do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores e dos critérios para inclusão/exclusão de produções); amostragem (seleção dos trabalhos); definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; síntese do conhecimento evidenciado nas publicações analisadas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: “Quais as medidas preventivas da diarreia infantil que podem depender do cuidado materno?”.

Os critérios de inclusão adotados para os trabalhos levantados foram: a publicação possuir como temática a prevenção da diarreia infantil; estar disponível eletrônica e gratuitamente na íntegra; publicações completas e indexadas nas bases *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), independente do ano de publicação. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, anais de eventos científicos (resumos), publicações duplicadas, bem como estudos que não abordassem temática relevante para o objetivo da presente revisão.

Utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Bireme) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed), pelos quais identificaram-se os respectivos descritores: prevenção e controle (*prevention and control*), criança (*child*) e diarreia (*diarrhea*).

Ressalta-se que, apesar de *prevention and control* ser um descritor controlado indexado no MeSH, em algumas bases de dados optou-se por utilizar *prevention* como palavra citada ao longo do texto (PubMed, CINAHL, Cochrane), visando elevar o número de publicações encontradas para que, assim, fosse realizada uma análise vasta e exaustiva na literatura disponível.

A busca ocorreu no mês de março de 2009. Durante esse período, cada base foi acessada em um único dia e no mesmo dia era esgotada a busca por publicações. Cada página de busca foi gravada e a seleção das publicações de cada base foi realizada nos dias subsequentes.

Os cruzamentos realizados nas bases de dados encontram-se elencados no **Quadro 1**, bem como os resultados obtidos por meio da leitura dos resumos e dos artigos na íntegra.

Quadro 1 – Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane e LILACS, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza, 2010

BASE DE DADOS	PUBMED	CINAHL	COCHRANE	LILACS	TOTAL
DESCRITORES	Diarrhea(MeSH Terms) AND Child(MeSH Terms) AND prevention (Text Word)	Diarrhea (MH) AND child (MH) AND Prevention (TX All Text)	Diarrhea in Keywords AND child in Keywords AND prevention (texto)	diarreia [Descriptor de assunto] and /prevenção & controle [Descriptor de assunto]	
PUBLICAÇÕES LOCALIZADAS	256	191	212	136	795
RESUMOS EXCLUÍDOS (repetidos ou não respondiam à questão norteadora)	122	135	105	60	422
PUBLICAÇÕES COMPLETAS INDISPONÍVEIS (eletrônica e gratuitamente)	72	14	52	64	202
ESTUDOS EXCLUÍDOS POR MEIO DA LEITURA NA ÍNTEGRA	30	20	30	9	89
ESTUDOS SELECIONADOS	32	22	25	3	82

As buscas resultaram em 795 referências levantadas nas quatro bases de dados investigadas. Para a seleção das publicações, inicialmente se leu cada título e resumo, com o objetivo de confirmar se eles contemplavam a pergunta norteadora desta investigação e se atendiam aos critérios de seleção estabelecidos.

Dessas 795 publicações, 398 foram excluídas por não responderem à questão norteadora e 24 por repetirem-se em outras bases de dados. Além disso, mesmo em relação aos títulos cujos resumos encontravam-se indisponíveis, realizou-se uma ampla busca na literatura, sendo resgatados 56 trabalhos na íntegra. No entanto, as versões completas de 202 produções encontravam-se inacessíveis eletrônica e gratuitamente.

A leitura na íntegra das publicações localizadas na base de dados PubMed levou à exclusão de 30 trabalhos, cujos motivos encontram-se elencados a seguir: não relata medidas preventivas exequíveis pela mãe (N=14); repete-se em outras bases de dados investigadas (N=2); traz tratamentos para diarreia (N=1); aborda o uso de probióticos (N=2); relaciona-se à diarreia do viajante (N=4); refere-se a outra doença (N=4); é editorial (N=2); não se trata de publicação científica (N=1).

No CINAHL, 20 estudos foram excluídos por serem editoriais (N=8); por referirem medidas preventivas que não dependiam apenas do cuidado materno, como indicação de probióticos (N=3) e suplementação de zinco (N=3); por abordarem formas de tratamento da diarreia (N=3); por versarem sobre diarreia do viajante (N=2); ou por não relatar medida preventiva, como suplementação de ferro (N=1).

Na Cochrane, 30 estudos foram excluídos por não relatarem medidas preventivas passíveis de serem executadas pelo cuidado materno (N=5); por serem repetidos em outras bases de dados investigadas (N=2); trazerem tratamentos para diarreia (N=2), uso de probióticos (N=7), de suplementação de zinco (N=8), de vitamina A (N=4) ou de zinco e vitamina A (N=1); e por se relacionarem à diarreia do viajante (N=1).

No LILACS, nove estudos foram excluídos pelos seguintes motivos: tratamento da diarreia (N=4); não trazerem medidas preventivas para diarreia que possam ser executadas pela mãe (N=4); e não se trata de produção científica (N=1).

Assim, 82 publicações foram selecionadas e constituíram a amostra desta etapa do estudo. Para se estabelecer quais informações seriam extraídas de cada publicação, ocorreu um processo extenso e profundo de leitura, o qual foi executado entre os meses abril e maio de 2009. Durante essa leitura, efetuou-se a triagem de trechos considerados pertinentes à análise do construto, ou seja, a seleção das medidas preventivas para diarreia infantil que fossem passíveis da execução materna, mediante fichamento.

Em seguida, foram identificadas as definições constitutivas sobre o construto de interesse, bem como as definições operacionais, sendo estas reunidas em categorias temáticas (domínios/fatores) relacionadas às referidas medidas preventivas que possam ser executadas pelas mães. Os quatro domínios/fatores identificados por meio do levantamento bibliográfico foram: práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno e higiene da criança/infantil.

Assim, as informações extraídas dessas produções e a síntese das mesmas encontram-se elencadas nos resultados do presente estudo, em forma de quadro (**Quadro 4**).

5.2.2 Operacionalização do construto e análise teórica dos itens

Após a explicitação teórica sobre o construto, bem como a definição do mesmo, prosseguiu-se com a elaboração dos itens e construção do instrumento. Ressalta-se que no levantamento bibliográfico realizado não se identificou nenhum estudo que abordasse a

autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, tampouco que mencionasse a construção ou uso de alguma escala ou instrumento de mensuração do referido construto.

- **Tipo de escala e sistema de pontuação**

Quando questionamentos de interesse indireto são combinados para obter um escore global, a ferramenta de medição é denominada escala (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Para Polit, Becker e Hungler (2004), as escalas são dispositivos destinados a atribuir um escore numérico às pessoas, visando colocá-las em uma sequência em relação aos atributos medidos. No caso das escalas sociopsicológicas, estas discriminam quantitativamente as pessoas com diferentes atitudes, medos, motivos, percepções, traços de personalidade e necessidades.

Dessa forma, neste estudo, o instrumento construído é a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), composta por questões fechadas, as quais, segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), são assim denominadas quando existe um número fixo de respostas alternativas, sendo a escala de Likert muitas vezes a de escolha.

A escala de Likert deve seu nome ao sociopsicólogo Rensis Likert e consiste de várias afirmações declaratórias (itens) que expressam um ponto de vista sobre determinado assunto ou construto, sendo os respondentes solicitados a indicar o grau em que concordam ou discordam da opinião expressa em cada afirmação (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Outros autores corroboram, dizendo que as escalas de Likert são listas de afirmações cujas respostas indicam gradativamente seu grau de concordância, podendo haver inclusive categorias neutras, originando escalas ímpares (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Esta categoria central ou neutra é relevante, visto que sua retirada pode conduzir o entrevistado a ter uma tendência de marcar na escala uma posição positiva ou negativa (ALEXANDRE *et al.*, 2003).

Assim, optou-se por construir a EAPDI graduada por meio da escala de Likert, com cinco categorias: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) às vezes concordo, (4) concordo, (5) concordo totalmente. Cada mãe, ao responder a EAPDI, pode escolher apenas uma das cinco opções referidas.

Ressalta-se que o escore total da pessoa é determinado pela soma dos escores dos itens, assim, tais escalas podem ser denominadas de “escalas somadas de classificação” (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004), sendo que estes pontos de corte relacionados ao somatório total dos escores serão tratados mais adiante na etapa de normatização, conforme

orienta Pasquali (1999, 2003). Além disso, na EAPDI, as mães que mais concordarem com os itens possuirão índices mais elevados de autoeficácia em prevenir diarreia infantil.

Ao se construir ou escolher um instrumento de pesquisa, é necessário que se evidencie o método de coleta de dados do mesmo. Em relação à EAPDI, acredita-se que ela possa ser aplicada por meio de entrevistas e na forma de questionário, já que ambos, conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), são utilizados quando se solicita aos sujeitos que narrem ou respondam acerca dos fatos que se passam com eles, tais como atitudes e crenças (no caso a autoeficácia), os quais seriam difíceis de serem obtidos sem se solicitar diretamente aos sujeitos da pesquisa.

- **Itens da Escala e primeira análise dos juízes (validade de conteúdo)**

Os itens foram construídos mediante a observação por parte da pesquisadora dos doze critérios sugeridos por Pasquali (1998, 1999), contudo destaca-se que, de acordo com o autor, dependendo do tipo de traço latente a ser medido, algumas regras não são aplicáveis.

Tendo em vista que, para se chegar à última versão da EAPDI, percorreram-se inúmeras etapas, as quais originaram seis versões diferentes da escala, optou-se por representar este percurso metodológico por meio de um esquema que especifica cada versão da escala e sua quantidade respectiva de itens, conforme se pode observar na **Figura 4**.

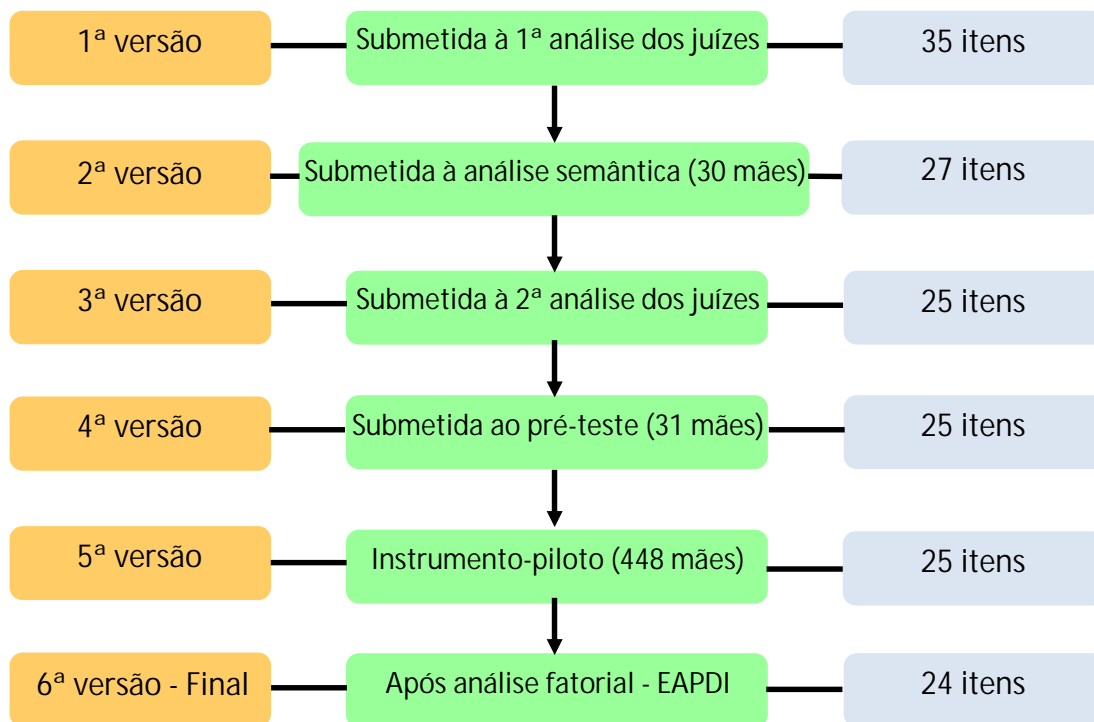


Figura 4 – Representação gráfica do número de itens, conforme cada versão do instrumento e cada etapa de construção e validação da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). Fortaleza, 2010

Para proceder à primeira análise dos juízes (validação de conteúdo), os mesmos receberam em junho de 2009 um instrumento de análise da primeira versão da escala (35 itens) (APÊNDICE A), juntamente com uma carta-convite para participarem da pesquisa (APÊNDICE B), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), um questionário de caracterização relacionado à sua qualificação e trajetória profissional (APÊNDICE D) e uma sinopse sobre a Teoria da Autoeficácia (BANDURA, 1977b, 1986).

No instrumento de análise da primeira versão da escala, os itens foram alocados de maneira que os juízes procedessem à avaliação quanto à sua clareza e compreensão, à relação dos itens com o construto da escala e com o domínio/fator correspondente (práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno ou higiene da criança/infantil), e à relevância de cada item (APÊNDICE A). Além disso, neste instrumento constava um local para sugestões dos juízes.

Ressalta-se que o objetivo da etapa de análise dos juízes é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos, ou seja, realizar a validação do conteúdo do instrumento pretendido (PASQUALI, 1998).

A validade de conteúdo representa o universo do conteúdo ou o domínio de um dado construto, os quais fornecem a estrutura e a base para a formulação de questões que

representarão adequadamente o conceito. Nesta etapa, concordando com o que refere Pasquali (1998), o pesquisador submete as questões/itens a um grupo de juízes considerados especialistas no conceito em estudo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Um número de seis juízes é o recomendável para essa tarefa (PASQUALI, 1998). Lynn (1986) indica que é necessário um mínimo de três juízes, sendo considerado desnecessário um número superior a dez. Dessa forma, no presente estudo, optou-se por uma quantidade ímpar de juízes (sete), devido ao fato de essa condição evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982) e, com isso, tornar-se mais provável a possibilidade de decisão majoritária.

Os juízes foram selecionados por meio da 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. Assim, quando se identificava um sujeito que se enquadrava nos critérios de elegibilidade necessários, era solicitado ao mesmo que sugerisse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Ressalta-se que, para a validação de conteúdo faz-se premente que os juízes sejam realmente *experts* na área de interesse do construto, pois somente assim são capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos.

Contudo, verifica-se que muitas pesquisas têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão na amostra, por não existir um padrão para seleção de *experts* (CHAVES, 2008; GALDEANO; ROSSI, 2006), ou, simplesmente, não citam os critérios adotados (OLIVEIRA; CHIANCA; RASSOOL, 2008; SILVA *et al.*, 2006). Tal fato influencia de forma negativa no processo de validação, pois a adoção de critérios inadequados interfere na fidedignidade dos achados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Assim, Carvalho *et al.* (2010), em estudo de levantamento bibliográfico acerca dos critérios adotados para classificação de *experts*, identificaram que a maioria dos autores tem utilizado os critérios de Fehring (1994) com adaptações.

Dessa maneira, tendo em vista a necessidade de estabelecer parâmetros para a seleção dos juízes e por não ter sido identificada nenhuma padronização de seleção dos mesmos para validação de conteúdo de instrumentos, construiu-se um sistema próprio de classificação de *experts* (**Quadro 2**), à luz dos critérios adotados por Fehring (1994) e dos achados de Carvalho *et al.* (2010).

Com isso, para participarem do estudo, os sujeitos identificados pelo critério *bola de neve* deveriam consentir formalmente por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e obter uma pontuação mínima de cinco pontos

(FEHRING, 1994) no referido sistema de classificação de *experts* (**Quadro 2**). Mediante obediência a essas condições, foi possível obter a participação de sete juízes.

Quadro 2 – Sistema de Classificação de *Experts*, segundo critérios próprios. Fortaleza, 2010

Crítérios de classificação de <i>experts</i>	Pontuação
Ser doutor	4p
Possuir tese na área de interesse do construto*	2p
Ser mestre	3 p
Possuir dissertação na área de interesse do construto*	2 p
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do construto*	1p
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática do construto de interesse*	2p
Ser especialista em área relacionada ao construto de interesse*	2p

*Área de interesse do construto *prevenção de diarreia infantil*: diarreia infantil; saúde da criança; saúde da família/coletiva/pública; doenças infecciosas e parasitárias.

Os referidos dados foram obtidos por meio de questionários de caracterização relacionado à qualificação e trajetória profissional (APÊNDICE D) entregues aos juízes e preenchidos pelos mesmos, além de consulta aos seus currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹.

Na sequência, os dados obtidos junto aos juízes com a aplicação do instrumento de validação dos itens (APÊNDICE A) foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel 7.0*. Considerou-se o critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados da segunda versão do instrumento, conforme orienta Pasquali (1998).

Visando a objetividade da validade de conteúdo, realizou-se o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) preconizado por Waltz e Bausell (1981) e utilizado por inúmeros pesquisadores (DENNIS; FAUX, 1999; GUSMÃO; PIERIN, 2009; LYNN, 1986; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008; SOEKEN, 2005; VITURI; MATSUDA, 2009), o qual é útil para quantificar a extensão de concordância entre os especialistas (SOEKEN, 2005).

O cálculo do IVC foi realizado baseando-se nas respostas dos juízes com relação

¹ Plataforma Lattes do CNPq. Disponível em: < <http://lattes.cnpq.br/>>.

ao grau de relevância de cada item (POLIT; BECK, 2006), assim, estes poderiam ser classificados como: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante e (4) muito relevante.

Polit e Beck (2006) tecem diversas críticas em relação à maneira como os autores discorrem acerca da validade de conteúdo, visto que muitas publicações científicas não esclarecem como se chegou ao IVC publicado. Assim, esses autores propõem três equações matemáticas para se efetuar o cálculo do IVC: SVI-Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 – realmente relevante e 4 – muito relevante, por todos os especialistas) e I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais).

Um IVC nas três equações acima de 0,80 é considerado desejável (NORWOOD, 2000). O IVC igual a 1 indica concordância plena, entretanto, não quer dizer que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações; contudo pode-se afirmar, nestes casos, que houve relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos escores dos demais (ORÍÁ, 2008).

Vale ressaltar que levaram-se em consideração todas as sugestões dos juízes, sendo alguns itens da escala modificados e outros excluídos. Dessa forma, originou-se a segunda versão da escala, com 27 itens (**Figura 4**).

- **Análise semântica**

Após a primeira versão do instrumento ter sido revisada criticamente pelos juízes, originou-se a segunda versão da escala (27 itens) (**Figura 4**), a qual foi aplicada em julho de 2009, a 30 mães de crianças com idade abaixo de 5 anos, cadastradas no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) e residentes na Secretaria Executiva Regional III. A escolha do local para realização desta etapa, bem como da amostra selecionada baseou-se na conveniência para os pesquisadores e na garantia de elegibilidade do estrato mais baixo da população-alvo.

Ressalta-se que, para as etapas que necessitaram de consulta nos registros do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), obteve-se a permissão da coordenadora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que é responsável pela administração do referido centro.

Tal etapa foi realizada após o consentimento livre e esclarecido das mães (APÊNDICE E), por meio de visita domiciliária e da técnica da entrevista, visando à

comodidade dos sujeitos. Assim, aplicou-se a segunda versão da escala, composta por 27 itens (APÊNDICE F), além de um formulário que abordava dados socioeconômicos e demográficos (APÊNDICE G), o qual também passou pela validade aparente ou validade de rosto por parte dos sujeitos entrevistados. Para LoBiondo-Wood e Haber (2001), a validade de rosto é um tipo rudimentar de validade que verifica a legibilidade e clareza de conteúdo.

Após esta etapa de análise semântica, foram realizadas algumas alterações nos itens da escala, tendo sido excluídos dois itens. Assim, a terceira versão da escala possuiu 25 itens (**Figura 4**). A fim de obter nova adequação dos itens, optou-se por uma segunda fase com os juízes. Tal etapa também se mostrou necessária no estudo de Barroso (2008). Além disso, esta segunda fase foi considerada como uma análise por amostra sofisticada, para se evitar a deselegância na formulação dos itens.

- **Segunda análise dos juízes (validade de conteúdo)**

Com a realização das modificações sugeridas pelos sujeitos que participaram da etapa de análise semântica, a terceira versão da escala foi entregue aos mesmos juízes *experts* da primeira análise. A escolha dos mesmos sujeitos deveu-se à comodidade para o pesquisador e por estes terem sido considerados uma amostra extremamente qualificada para realizar as análises, não havendo a necessidade de expandi-la, tampouco de substituí-la.

Esta etapa do estudo ocorreu em agosto e setembro de 2009. O instrumento, nesta segunda análise dos juízes, possuía 25 itens. Além disso, foi entregue aos juízes uma relação contendo os demais itens que haviam sido excluídos da escala até o momento (dez itens) e as respectivas justificativas para tais exclusões. Com isso, os juízes tiveram a oportunidade de verificar os motivos que levaram a escala passar de 35 itens (primeira versão) para 25 itens (terceira versão) (**Figura 4**).

Em relação a estes 25 itens, constava no instrumento (APÊNDICE H) a primeira versão do item, analisada na etapa denominada “primeira análise dos juízes”, e, ao lado, a versão modificada do item a ser avaliada nesta “segunda análise dos juízes”. Contudo, os *experts* deveriam analisar apenas a existência de relevância (sim/não) e o grau de relevância dos itens (1 - irrelevante, 2 - pouco relevante, 3 - realmente relevante, e 4 - muito relevante).

Os dados obtidos junto aos juízes foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel 7.0*. Continuou-se considerando o critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados das próximas versões da escala (PASQUALI, 1998).

Além disso, realizaram-se os cálculos do SVI-Ave, SCVI/UA e I-CVI, conforme se procedeu na primeira análise dos juízes.

Ressalta-se que os juízes acataram todas as modificações realizadas na escala até o momento e suas sugestões em relação aos 25 itens submetidos à segunda análise foram respeitadas. Dessa forma, a quarta versão da escala foi composta por 25 itens (**Figura 4**).

- **Pré-teste**

Realizadas as modificações sugeridas pelos juízes e considerando os índices de concordância calculados, obteve-se a quarta versão da escala (25 itens), que foi pré-testada na presente etapa (**Figura 4**). De acordo com Polit, Becker e Hungler (2004), o pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, imparcialmente, e se é realmente útil para a geração das informações desejadas.

Nesta etapa, o pesquisador deve submeter o instrumento-piloto a um grupo de pessoas com características sociodemográficas semelhantes às daquelas que serão estudadas na investigação maior. O propósito dessa análise consiste em determinar a qualidade do instrumento como um todo, bem como a capacidade de cada item para discriminar as pessoas que o respondem (LO BIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Assim, a quarta versão da escala (25 itens) (APÊNDICE I) foi aplicada a uma amostra de 31 mães de crianças menores de 5 anos de idade, tendo sido considerado como critério de exclusão ter participado da etapa de análise semântica do presente estudo, pois tal fato poderia influenciar no grau de compreensão das mães acerca dos itens da escala.

O tamanho da amostra do pré-teste foi determinado conforme Beaton *et al.* (1998), os quais sugerem uma amostra de 25 a 30 sujeitos. Ressalta-se ainda a possibilidade de se utilizar amostra inferior a 30 participantes nesta etapa (ORÍÁ, 2008; PUPULIM, 2009).

As mães foram selecionadas por conveniência, por meio dos registros existentes no setor de puericultura do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM). O pré-teste foi realizado com o estrato mais baixo da população-alvo (PASQUALI, 1998), por meio de visita domiciliária, tendo ocorrido em outubro de 2009.

Nesta etapa, após o convite verbal para participação no estudo e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), as mães foram entrevistadas, respondendo a um formulário que abordava dados sociodemográficos, econômicos e sanitários, informações sobre dieta infantil e saúde da criança (APÊNDICE J), bem como os itens que compunham a quarta versão da escala (APÊNDICE I) (**Figura 4**).

Durante o pré-teste, as dificuldades e observações das mães foram consideradas e anotadas pelos pesquisadores para possíveis reajustes e adequações. Assim, tal etapa teve por finalidade verificar se as mães compreenderam o instrumento, avaliando o sistema de atribuição dos escores, o formato e o tempo de aplicação do mesmo.

Dessa forma, realizada a adequação sugerida pelas mães, obteve-se a quinta versão da escala, ou seja, o instrumento-piloto, a qual permaneceu com 25 itens (**Figura 4**), sendo submetidos ao polo empírico.

5.3 Polo empírico

Nesta fase foram desenvolvidas as duas próximas etapas do processo de construção da escala, consistindo em planejar e aplicar o instrumento a uma parcela representativa da população-alvo.

5.3.1 Local do estudo

O polo empírico foi desenvolvido entre os meses de novembro de 2009 e fevereiro de 2010, na cidade de Fortaleza, Ceará, cuja população estimada é de 2.447.409 (IBGE, 2010), sendo que as crianças de zero a 5 anos de idade equivalem a 20,1% do total da capital (IBGE, 2007).

Fortaleza é dividida em Secretarias Executivas Regionais (SERs), que são subsecretarias com suporte técnico, autonomia financeira e administrativa. Cada SER conta com uma estrutura de Centros de Saúde da Família (CSF), portas de entrada no sistema de saúde hierarquizado, contando com a assistência de equipes da Estratégia Saúde da Família para o acompanhamento da população adstrita de seus respectivos CSFs.

O estudo foi desenvolvido em seis CSFs, os quais pertencem às SERs III, IV e VI. A coleta de dados iniciou-se após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e dos coordenadores dos CSFs estudados.

As referidas SERs foram selecionadas por se destacarem em relação ao número de crianças com idade até 5 anos. De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, no ano de 2008, as SERs III, IV e VI possuíam, respectivamente, 31527, 24057 e 40386 crianças menores de 5 anos. A coleta de dados iniciou-se nos CSFs da SER III, seguida pelos da SER

IV e, por fim, da SER VI. Tal ordem deveu-se à prioridade dada às SERs de mais fácil acesso para os entrevistadores. Em relação à escolha dos CSFs, estes foram selecionados por conveniência.

5.3.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por mães de crianças com idade de zero a 5 anos, cadastradas nos CSFs participantes e residentes nas áreas adstritas aos mesmos. Os critérios de inclusão no estudo foram: mães com pelo menos um filho (a) com idade inferior a 5 anos; e mães cujos filhos fossem acompanhados nos CSFs selecionados pelo estudo.

O critério de exclusão adotado foi: mães com problemas mentais que impossibilitassem a compreensão da escala. Em relação aos critérios de descontinuidade, estes consistiram em desistência da mãe para participar da pesquisa, após início da coleta; desistência da mãe ou do responsável legal (no caso de mães adolescentes) de participar da pesquisa; falecimento da mãe ou da criança durante o estudo.

Tendo em vista o considerável aumento no número de gravidezes na adolescência (CREMONESI; FERREIRA, 2009), a idade não foi utilizada como critério de seleção. Desse modo, nesses casos, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obteve-se o consentimento verbal das mães ou responsáveis que acompanhavam as adolescentes que eram mães de crianças menores de 5 anos aos CSFs.

A amostra foi calculada a partir da fórmula para populações infinitas apresentada a seguir:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q}{e^2}$$

onde:

n = tamanho da amostra

t = valor da distribuição t de Student ($t_{5\%} = 1,96$);

P = percentagem de crianças < 5 anos com diarreia (P=24,85% e Q=75,15%);

e = erro amostral (e = 4%)

Para o cálculo considerou-se uma prevalência de 24,85% e uma população de 198.267 crianças menores de 5 anos de idade, dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em relação ao ano de 2008 (FORTALEZA, 2008). O erro amostral adotado foi

de 4%, dessa forma, a coleta de dados propriamente dita, com a quinta versão da escala (instrumento-piloto), foi realizada com uma amostra de 448 mães de crianças menores de 5 anos de idade, as quais atenderam aos critérios de seleção do estudo.

Ressalta-se que a amostra foi obtida por conveniência, o que acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Dessa maneira, as mães eram convidadas a participar da pesquisa no momento em que buscavam atendimento nos CSFs selecionados, enquanto aguardavam consulta, ou após o atendimento, sendo entrevistadas mediante o consentimento formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

5.3.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados no momento da coleta de dados foram a quinta versão da EAPDI (instrumento-piloto), composta por 25 itens (APÊNDICE L) e um formulário elaborado, validado e pré-testado pela pesquisadora (APÊNDICE J) que abordava dados relacionados à mãe e à criança, como o perfil sociodemográfico, dados obstétricos da mãe, condições higiênico-sanitárias, dieta infantil e saúde da criança, além de dados relacionados à doença diarreica na criança.

5.3.4 Coleta de dados

A coleta de dados nesta fase, bem como nas fases de análise semântica e pré-teste, foi realizada por meio de entrevistas, tendo sido esta opção escolhida para se evitar possíveis constrangimentos para as mães, visto que algumas não sabiam ler nem escrever.

A entrevista é o método de coleta de dados em que um entrevistador faz questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, podendo ser face a face ou por telefone, aplicando-se perguntas dissertativas ou de múltipla escolha (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

As vantagens deste método consistem no ritmo da resposta, já que, estando diante do entrevistador, é mais difícil de a pessoa se negar a responder às perguntas; a entrevista favorece também a participação de crianças, pessoas muito idosas, deficientes visuais e analfabetos; permite que algumas medidas de segurança sejam tomadas na ocasião da coleta, como o esclarecimento de informações dúbias, a possibilidade de observar o nível de

entendimento e o grau de cooperação da pessoa que responde (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Além disso, por meio da entrevista, sabe-se com certeza quem está respondendo às perguntas, fato que não ocorre quando, por exemplo, questionários são enviados via correio; o pesquisador possui controle acerca da ordem das perguntas, não havendo a possibilidade de o respondente modificá-la; dessa forma, as entrevistas permitem a coleta de dados mais ricos e complexos (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Contudo, apesar das vantagens citadas, deve-se ressaltar que as respostas dadas pelos entrevistados podem ser afetadas pela chamada desejabilidade social, quando as pessoas buscam responder às perguntas de forma favorável por estarem diante do pesquisador. Dessa forma, na maioria das vezes, o pesquisador é forçado a acreditar naquilo que os sujeitos respondem, por não haver possibilidade de comprovar essa tendenciosidade dos respondentes (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por três alunos do Curso de Enfermagem da UFC, previamente selecionados e treinados para a coleta de dados, no período de setembro a outubro de 2009. Os critérios de seleção dos alunos foram: ter tido contato anterior com trabalhos científicos, sob orientação de docentes do Departamento de Enfermagem da instituição; e serem membros do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde da Criança e da Família.

Assim, os três alunos selecionados cursavam o terceiro, quarto e sexto semestres do Curso de Enfermagem da UFC e eram bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) ou do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O treinamento desses alunos foi realizado pela própria pesquisadora no decorrer de cinco encontros, nos quais foram explicitados o tema e objetivo do estudo, o conceito de autoeficácia, a operacionalização da coleta de dados (abordagem das mães, condução da entrevista, registro das informações), a distribuição das questões do formulário e dos itens da EAPDI, bem como a disposição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos encontros foram realizadas entrevistas simuladas entre os alunos, com a finalidade de padronizar e aprimorar a técnica da entrevista, no sentido de não induzir as respostas e prevenir possíveis falhas.

Durante a coleta de dados, as questões do formulário e os itens da EAPDI eram lidos e registrados por escrito pelos entrevistadores. Para tanto, contou-se com o apoio dos

coordenadores de alguns CSFs, pois os mesmos disponibilizaram uma sala reservada, tanto no período da manhã quanto da tarde, para a realização da pesquisa. Dessa forma, buscou-se garantir o conforto e a privacidade dos respondentes no momento da coleta de dados. Cada entrevista durou, em média, 20 minutos, sendo 14 minutos no formulário e seis minutos na aplicação da EAPDI.

5.3.5 Organização dos dados para análise

O banco de dados foi desenvolvido no programa *Access 2007 (Microsoft Office)*, o qual possibilitou maior rigor durante a formação da base de dados, pois permitiu a dupla entrada dos dados, ou seja, a dupla digitação com conferência automática. Dessa forma, no momento em que era detectada alguma divergência entre a primeira e segunda digitação, prontamente os dados da fonte primária (formulários e instrumento-piloto aplicados no campo) eram conferidos, para que as informações fossem checadas, fazendo-se, então, a correção no banco de dados.

Com todos os dados digitados, checados automaticamente e corrigidos, as informações que se encontravam no *Access 2007* foram exportadas para o programa *Excel 2007*. Neste, foram separados os dados de identificação e informações subjetivas ou variáveis que, inicialmente, não interessariam às análises estatísticas. Por fim, as planilhas geradas foram revisadas e exportadas para o programa *Predictive Analytics Software (PASW)*, versão 18, para proceder às análises descritivas e inferenciais.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e quadros. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. A apreciação dos mesmos se deu de acordo com a literatura pertinente ao tema. Solicitou-se o apoio de um profissional estatístico para esta fase. Os testes estatísticos foram selecionados conforme a necessidade de análise dos dados, com o intuito de se alcançar os objetivos propostos, sobretudo de validade e confiabilidade do instrumento, sendo estes apresentados no polo analítico.

5.4 Polo analítico

O polo analítico ou estatístico foi realizado por meio da dimensionalidade do instrumento (validade de construto); validade de critério; da fidedignidade ou confiabilidade do instrumento (estabilidade e homogeneidade); e, por fim, da normatização dos itens que compõe o instrumento.

A validade, em geral, busca verificar se um instrumento de medição mensura exatamente o que deve medir. Enquanto que a confiabilidade de um instrumento de pesquisa é uma avaliação para constatar se um instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas. Uma medida pode ser confiável, mas não válida, contudo, quando um instrumento é válido, ele, conseqüentemente, também é confiável (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Mesmo assim, faz-se premente analisar a confiabilidade do instrumento se a validação foi realizada por meio da análise de fatores (FIELD, 2009).

5.4.1 Validade de construto

A validade de construto tenta validar um corpo de teoria subjacente à medida e testagem das relações hipotéticas, trata-se, portanto de um processo complexo (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Assim, a mesma foi realizada por meio de duas técnicas: análise fatorial e testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados.

- **Análise fatorial**

A análise fatorial foi obtida por meio da matriz dos fatores ou matriz dos componentes (matriz de correlação), critério de Kaiser, o diagrama de declividade (regra do *screeplot*) e a rotação oblíqua (*direct oblimin*), conforme orientam Field (2009), Pallant (2005) e Pett, Lackey, Sullivan (2003). Para a execução desta análise utilizou-se o *Predictive Analytics Software* (PASW), versão 18.

Pasquali (1999) recomenda que, mesmo o instrumento tendo sido submetido às análises anteriormente citadas, seja realizada a normatização, visto que esta facilita no momento da interpretação dos dados.

O caráter de soma das escalas de Likert possibilita fazer discriminações acuradas entre as pessoas com diferentes pontos de vista (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004). Assim, por meio dos escores obtidos através da escala de Likert, foram calculados os percentis, a fim de identificar os intervalos de baixa, moderada e elevada autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.

Ressalta-se que, para tornar possível a realização da validade de construto por grupos contrastados, fez-se necessário efetivar a normatização ou padronização da EAPDI. Contudo, essa normatização foi realizada logo após a análise fatorial, tendo em vista que tal avaliação foi primordial para determinar o número de itens existente na versão final do instrumento.

- **Testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados**

A abordagem de grupos contrastados, também chamada de grupos conhecidos, foi realizada identificando-se dois grupos de indivíduos que apresentaram resultados extremamente altos ou baixos nas características que foram medidas pelo instrumento (autoeficácia), avaliando se a escala foi sensível a diferenças individuais.

Assim, considerou-se que, se o instrumento for sensível a diferenças individuais no traço que foi medido (autoeficácia), o desempenho médio desses dois grupos deve diferir significativamente, sendo sustentadas as provas de validade de construto (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Logo, utilizou-se o conceito que subsidia a escala (autoeficácia) para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento (prevenir diarreia) dos sujeitos com diferentes escores da escala. Assim, as hipóteses formuladas e testadas por meio da abordagem de grupos contrastados foram:

- Os escores mais elevados da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil correlacionarão negativamente com a ocorrência anterior de diarreia na criança.
- Os escores mais elevados de autoeficácia em prevenir a diarreia infantil estarão associados às mães que possuem mais idade.
- Os escores mais elevados da autoeficácia em prevenir a diarreia infantil estarão associados às mães com mais anos de estudo.

Os testes utilizados para verificar a diferença entre os grupos relacionados nas referidas hipóteses foram: *linear by linear*, quiquadrado e razão de maximoverossimilhança. O nível de significância foi estabelecido em 5% e o intervalo de confiança em 95%. Considerou-se significativo o teste que apresentou p valor $< 0,05$.

5.4.2 Validade de critério

No que se refere à validade relacionada ao critério, verificou-se a validade de previsão (preditiva), correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; QUEIJO, 2002). Logo, para avaliar se a escala iria prever a confiança das mães em prevenir a diarreia infantil foram relacionados os escores totais obtidos pelas mães e a incidência da diarreia em seus filhos nos quatro meses posteriores ao término da coleta de dados propriamente dita, ou seja, de março a junho.

A referida coleta ocorreu em julho de 2010, por meio de visitas domiciliares, nas residências de 40 mães das 448 que haviam sido entrevistadas no polo empírico. A coleta deu-se por conveniência, optando-se pelas famílias que residissem na SER III, pela facilidade de deslocamento dos pesquisadores na localidade.

Ressalta-se que a coleta de dados nesta etapa deu-se por meio de visita domiciliar por ser uma estratégia mais cômoda para as mães, e pela possibilidade de integração entre o profissional de saúde ou pesquisador e o meio em que o indivíduo vive (ROESE; LOPES, 2004).

Para tanto, os critérios de inclusão adotados foram: ser mãe de criança com idade igual ou inferior a 5 anos; e ter sido entrevistada nas etapas do polo empírico. Os critérios de descontinuidade foram: ter mudado de endereço, inviabilizando o deslocamento do pesquisador para a coleta dos dados; e falecimento da mãe ou do seu filho.

Para a validade preditiva, aplicaram-se às mães apenas a quinta versão da escala (instrumento-piloto), com 25 itens, e as questões do formulário relacionadas à diarreia infantil. Os dados obtidos foram digitados no programa *Excel 2007*, sendo, posteriormente, revisados e exportados para o programa *Predictive Analytics Software (PASW)*, versão 18, para proceder às análises descritivas e inferenciais.

A validade preditiva da EAPDI foi estimada utilizando quatro índices: sensibilidade (S); especificidade (E); Valor de Predição Positiva (VPP), que é a probabilidade de a criança apresentar diarreia, quando os escores de autoeficácia para prevenir diarreia da mãe são menores; e Valor de Predição Negativa (VPN), que é a probabilidade de a criança não apresentar diarreia, quando os escores de autoeficácia para prevenir diarreia da mãe são maiores (MENEZES, 1998).

Tais índices foram calculados considerando-se as definições utilizadas por Costa (2003), conforme pode ser observado por meio do **Quadro 3**.

Quadro 3 – Definições das medidas de validade da EAPDI para prever o desenvolvimento de diarreia infantil. Fortaleza, 2010

EAPDI	DIARREIA	
	PRESENTE	AUSENTE
Positiva (AE BAIXA)	VP Verdadeiro positivo (com diarreia)	FP Falso positivo (sem diarreia)
Negativa (AE ELEVADA)	FN Falso negativo (com diarreia)	VN Verdadeiro Negativo (sem diarreia)
Total	(VP + FN)	(VP + FN)
SENSIBILIDADE: definida como a porcentagem de sujeitos que desenvolveram diarreia e foram previstos pelo instrumento EAPDI como estando em risco, ou seja, todas as crianças com diarreia infantil cujos escores de suas mães foram iguais ou menores que o escore considerado de corte		$\frac{VP}{VP + FN} \times 100$
ESPECIFICIDADE: definida como a porcentagem de sujeitos que não desenvolveram diarreia e foram previstos como não estando em risco, ou seja, todas as crianças sem diarreia, cujas mães apresentaram escores maiores que o escore considerado de corte na EAPDI		$\frac{VN}{VN + FP} \times 100$
VALIDADE PREDITIVA DE RESULTADO POSITIVO: todas aquelas mães que tiveram escores menores ou igual ao de corte na EAPDI (previsto como em risco) e cujos filhos desenvolveram diarreia		$\frac{VP}{VP + FP} \times 100$
VALIDADE PREDITIVA DE RESULTADO NEGATIVO: todas aquelas mães que tiveram escores maiores que o escore de corte na EAPDI (previsto como não estando em risco) e cujos filhos não desenvolveram diarreia		$\frac{VN}{FP + VN} \times 100$

5.4.3 Fidedignidade ou confiabilidade do instrumento

- **Homogeneidade**

A homogeneidade ou coerência interna verifica se as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas às outras; isso é possível, pois o investigador pode somar as coerências internas de cada questão e obter um escore total para o conceito (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; PASQUALI, 2003).

A homogeneidade foi efetivada por meio do alfa de Cronbach, conforme orienta Pasquali (2003), que é o mais comumente utilizado, inclusive em pesquisas de construção e

validação de instrumentos relacionados à autoeficácia (LEITE *et al.*, 2002; PEREIRA; ALMEIDA, 2004; PRASOPKITTIKUN *et al.*, 2006).

Segundo Lobiondo-Wood e Harber (2001), esse teste é utilizado quando o instrumento possui formato de escala de Likert, assim, ele compara cada questão da escala, simultaneamente, uma com a outra.

No presente estudo, procedeu-se ao cálculo do alfa de Cronbach por meio das respostas das 448 mães à quinta versão da escala (instrumento-piloto). Para tanto, utilizou-se o *Predictive Analytics Software* (PASW), versão 18.

- **Estabilidade**

Considera-se um instrumento estável quando os mesmos resultados são obtidos em administração repetida do instrumento, ou seja, quando a escala é capaz de medir o conceito coerentemente, mesmo com o passar do tempo. Ressalta-se que, para tanto, faz-se necessário que todas as outras variáveis subjacentes ao indivíduo mantenham-se iguais (FIELD, 2009).

Para avaliar a confiabilidade do teste-reteste, a quinta versão da EAPDI (instrumento-piloto) foi aplicada em julho de 2010, por meio de visitas domiciliares, a 40 participantes que haviam sido entrevistadas no polo empírico, ou seja, 4 meses após a coleta de dados propriamente dita. A amostra para esta etapa foi menor do que a primeira (448), como aconteceu no estudo de Campos (2006).

O intervalo entre as administrações repetidas varia e depende do fenômeno que está sendo medido (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Estudo de Souza, Silva e Galvão (2002) que avaliou autoeficácia como mediadora da saúde oral realizou teste-reteste com intervalo de 3 meses, já estudo de Colland (1993) avaliou ao longo de 18 meses um programa de formação educacional para crianças asmáticas, o qual se baseiou em crenças de autoeficácia. Nicholas, Wilson e Goyen (1992) verificaram a eficácia de um tratamento cognitivo-comportamental mesmo após 6 meses.

A coleta para realização do teste-reteste deu-se por conveniência, por meio de visita domiciliar, optando-se por entrevistar famílias que residiam na SER III pela facilidade de deslocamento dos pesquisadores na região, sendo adotados os mesmos critérios de seleção mencionados da validade preditiva.

Os dados obtidos pela aplicação da quinta versão da escala (instrumento-piloto) foram digitados no próprio programa *Excel 2007*, sendo, posteriormente, revisados e

exportados para o programa *Predictive Analytics Software* (PASW), versão 18, procedendo-se às análises descritivas e inferenciais.

As respostas fornecidas pelas 40 mães na primeira aplicação da escala foram comparadas às respostas das mesmas 40 mães na segunda aplicação da escala, que ocorreu em julho de 2010. Essa comparação foi expressa pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) para variáveis contínuas.

Sabe-se que, quanto mais alto o valor do CCIC, mais confiável (estável) é o instrumento de mensuração (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

5.5 Aspectos éticos

A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados, de modo a proteger os direitos dos sujeitos envolvidos (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Protocolo nº 92/09 (Anexo A), atendendo à determinação da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, considerando os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 1996). O estudo não fez distinção de credo, etnia nem levou em conta qualquer estigma social na seleção das mães participantes.

A partir do primeiro contato com as mães e com os juízes, eles foram convidados a fazer parte da pesquisa, sendo explicados os objetivos do estudo, o seu direito de participar livremente, podendo solicitar seu afastamento no momento desejável (autonomia).

Durante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), os entrevistadores (a pesquisadora e três estudantes de enfermagem devidamente treinados) se colocaram à disposição para responder aos questionamentos dos sujeitos, bem como garantiram o anonimato das informações concedidas a partir da codificação das identidades de cada participante (não maleficência).

Foi esclarecido aos participantes, tanto aos juízes quanto às mães, que a elaboração da EAPDI contribuiria para o conhecimento das atitudes que as mães das crianças julgam-se capazes de tomar na prevenção da diarreia infantil. Dessa forma, os profissionais de saúde poderão intervir para incentivar um cuidado preventivo eficaz, buscando-se reduzir a incidência dessa afecção em crianças (beneficência).

Após o consentimento verbal, os participantes, tanto juízes quanto as mães, assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C, E), visando formalizar a aceitação. Os Termos foram emitidos em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), nas quais constou a assinatura da pesquisadora e assinatura (ou digitais) dos participantes do estudo, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça).

Ressalta-se que, nos casos de mães adolescentes, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obteve-se ainda o consentimento verbal das mães ou responsáveis que acompanhavam as adolescentes ao CSF.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Polo teórico

6.1.1 Identificação e aprofundamento do construto *prevenção de diarreia infantil*

De acordo com as etapas propostas por Pasquali (1997, 1998, 1999, 2003), o primeiro passo para a construção de escalas envolve o “sistema psicológico”, ou seja, a identificação do interesse do pesquisador pelo objeto em estudo. Nesse contexto, a pesquisadora, durante sua graduação em Enfermagem, obteve aproximação com a temática de prevenção de enteroparasitoses nas crianças (JOVENTINO *et al.*, 2009), bem como em relação à prevenção de diarreia infantil (JOVENTINO, 2008).

Em seguida, tendo em vista que a segunda etapa preconizada pelo referencial metodológico adotado é a “propriedade do sistema psicológico”, a pesquisadora delimitou o objeto psicológico para aspectos específicos que desejava estudar. Desse modo, seu interesse enfocou um aspecto mais restrito, ou seja, a “prevenção da diarreia infantil”, sendo este o construto adotado na construção do presente instrumento de medida.

Em relação à dimensionalidade do atributo, considerando-se a inexistência de uma teoria pré-formada sobre o construto “prevenção da diarreia infantil”, a pesquisadora recorreu à literatura para o aprofundamento do objeto de estudo, buscando, assim, reunir conhecimentos que embasassem o referido instrumento.

A motivação nesta etapa, segundo Dantas (2006), ocorre pelo interesse do pesquisador em fazer uso da metodologia da reflexão e da revisão de literatura. Viegas (2007) complementa, ao mencionar que a revisão de literatura proporciona uma nova visão sobre uma área, ao trazer concepções convergentes, divergentes e, até mesmo, escassas sobre determinado tema.

Nesse sentido, inicialmente, foram encontradas algumas definições constitutivas para cada palavra que compõe o construto de interesse “prevenção da diarreia infantil”.

6.1.2 Definição constitutiva

De acordo com o dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986, p. 1391), “prevenção” é um substantivo feminino com origem no latim tardio, *praeventione*, tratando-se do “Ato ou efeito de prevenir(-se). Disposição ou preparo antecipado e preventivo. Modo de ver antecipado; premeditação (...). Precaução, cautela (...)”. Já o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001) traz “prevenção” como um conjunto de medidas ou preparação antecipada (de algo) que visa prevenir (um mal).

Em relação a “prevenir”, palavra originada do termo latino *praevenire* (“vir antes”, “tomar a dianteira”), é um verbo transitivo direto e indireto, cujos significados são “avisar, informar com antecedência; influenciar; dispor”. Como verbo transitivo direto, “prevenir” refere-se a antecipar; dispor com antecipação; preparar; chegar antes de; antecipar-se a; evitar; impedir que suceda ou se execute; acautelar-se contra; dizer ou fazer antes que o outro diga ou faça; realizar antecipadamente; ir ao encontro de; atalhar (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1991).

No contexto da saúde, a prevenção "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17).

As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, cujo objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 1999).

A doença que se pretende prevenir por meio da construção da escala é a diarreia; assim, “diarreia” é um substantivo feminino, advindo do grego *diarrhoia*, o qual significa, conforme Fernandes, Luft e Guimarães (1991), evacuações frequentes e líquidas; fluxo do ventre.

No latim a doença é chamada de *diarrhoea*, sendo um termo da patologia, cujo significado é “evacuação frequente de fezes líquidas e abundantes; fluxo de ventre” (FERREIRA, 1986, p. 586). Alguns sinônimos da palavra “diarreia”, quase todos populares e muitos deles brasileiros, são: “afitamento, afito, borra, caganeira, câmaras ou cambras, carreirinha, caseira, corredeira, desarranjo, destempero, ligeira, piriri, reira, sedeca, soltura, soltura de ventre” (FERREIRA, 1986, p. 586).

Além dos referidos conceitos, identificou-se que a diarreia pode ser definida como três ou mais eliminações de fezes fluidas dentro de 24 horas; duas ou mais incidências de fezes fluidas com pelo menos um dos seguintes sintomas: dor abdominal, cólicas, náuseas, vômito ou febre; ou a incidência de uma única eliminação fluida com sangue ou muco (BAQUI *et al.*, 1991; ISENBARGER *et al.*, 2001; WRIGHT *et al.*, 2006).

Há autores que referem que a diarreia pode ser definida como a eliminação de quatro ou mais evacuações por dia (ENGLISH *et al.*, 1997), e ainda aqueles que conceituam diarreia como uma alteração no hábito intestinal, com aumento no número e volume das evacuações e diminuição na consistência das fezes (FAGUNDES NETO; SCALETSKY; AFFONSO, 2000).

Agrasada *et al.* (2005) parecem concordar, ao afirmarem que a diarreia pode ser definida como fezes mais amolecidas, mais aguadas e mais frequentes do que o habitual.

Para o UNICEF e OMS (2009), a diarreia é definida como eliminações de fezes moles ou líquidas, pelo menos três vezes por dia, ou mais frequentemente do que o normal para um indivíduo. Embora a maioria dos episódios de diarreia infantil seja leve, os casos agudos podem levar à perda de líquido e significativa desidratação, resultando em morte ou outras consequências graves se os fluidos não forem substituídos no primeiro sinal de diarreia.

A diarreia infantil pode ser entendida como um aumento do número de evacuações e redução da consistência das fezes, geralmente causados por agentes infecciosos que provocam uma secreção excessiva de eletrólitos importantes na fisiologia da criança, promovendo, assim, distúrbios ácido-básicos que, quando não corrigidos, podem levar a óbito por falência renal (KOTZE, 1992).

Existem três principais formas de diarreia na infância: diarreia aguda aquosa, diarreia sanguinolenta e diarreia persistente. Estas últimas são potencialmente fatais e necessitam de tratamentos diferentes. A diarreia aguda aquosa é associada com a perda de fluido significativa e rápida desidratação em um indivíduo infectado, e geralmente se prolonga por várias horas ou dias. Os patógenos que geralmente causam diarreia aguda aquosa incluem *Vibrio cholerae* e a bactéria *Escherichia coli*, bem como o rotavírus (UNICEF; OMS, 2009).

Diarreia sanguinolenta, muitas vezes referida como disenteria, é marcada por sangue visível nas fezes. É associada a danos intestinais e perda de nutrientes de um indivíduo infectado. A causa mais comum de diarreia sanguinolenta, sobretudo dos casos graves, são as bactérias do gênero *Shigella* (UNICEF; OMS, 2009).

Já a diarreia persistente se manifesta por episódios diarreicos, com ou sem sangue, que duram pelo menos 14 dias. Crianças desnutridas e pessoas com outras doenças, como AIDS, estão mais propensas a desenvolvê-la, tendo, então, sua condição de saúde agravada (UNICEF; OMS, 2009).

As crianças, devido à imaturidade no sistema imunológico, sobretudo aquelas com estado nutricional comprometido e expostas a precárias condições, são mais suscetíveis a episódios diarreicos graves (UNICEF; OMS, 2009). O pico de incidência da doença ocorre em crianças de 3 a 24 meses. Em relação aos recém-nascidos, estes tendem a escapar da diarreia provavelmente devido à protecção conferida pelos anticorpos maternos (GLASS *et al.*, 2006).

Estudo epidemiológico realizado em Fortaleza constatou que a incidência de diarreia é 3,8 vezes maior em crianças menores de 1 ano, em relação àquelas que têm entre 1 e 4 anos de idade, e 13,5 vezes maior do que as de 5 a 9 anos (FAÇANHA; PINHEIRO, 2005). Estudos salientam que a diarreia é uma das cinco patologias mais prevalentes em crianças menores de 5 anos, no Brasil (AMARAL, 2002; JUCÁ; MARTINS, 2005).

Por esses motivos, o construto estudado englobou a faixa etária infantil. A palavra “infância”, do latim *infantia*, é um substantivo feminino que significa o período de crescimento do ser humano que vai do nascimento até a puberdade, tratando-se, portanto, das crianças. Assim, “infantil”, do latim *infantile*, é o adjetivo que se refere a algo que é “de, ou relativo à, ou próprio da infância, de crianças” (FERREIRA, 1986, p. 942).

6.1.3 Definição operacional

Após a definição constitutiva do construto a ser mensurado, realizou-se uma conceituação detalhada, para que o mesmo se tornasse uma operação concreta. Dessa forma, identificaram-se as definições operacionais, as quais servem como base para a origem dos domínios, bem como para cada item do instrumento.

Para tanto, LoBiondo-Wood e Haber (2001) afirmam a necessidade de uma revisão de literatura sólida, específica e exaustiva visando identificar as teorias que subjazem ao construto e embasar a formulação de cada item da ferramenta em construção.

Como o objetivo do estudo foi elaborar uma escala para medir a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, buscaram-se as dimensões teóricas do construto, que, por sua vez, pudessem se manifestar em forma de comportamentos.

Assim, o levantamento bibliográfico mostrou-se como ferramenta essencial no aprofundamento do construto. Ademais, ressalta-se que, além dos estudos científicos analisados, contou-se com a experiência da pesquisadora na temática de interesse para a elaboração do instrumento. Com o referido material, procurou-se responder à seguinte questão norteadora: “Quais as medidas preventivas da diarreia infantil que podem depender do cuidado materno?”

Os 82 estudos selecionados no levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane e LILACS foram analisados por meio da leitura na íntegra e oportunizaram a síntese, apresentada a seguir, do conhecimento acerca das medidas preventivas da diarreia infantil dependentes do cuidado materno.

Assim, por meio desse vasto levantamento bibliográfico, podem-se observar no **Quadro 4** as definições operacionais relacionadas ao construto que foram citadas nos estudos, além dos prováveis domínios (práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno e higiene da criança/infantil) aos quais as mesmas poderiam estar relacionadas.

Quadro 4 - Definições operacionais relacionadas às medidas preventivas de diarreia infantil que podem ser executadas pela mãe identificadas na literatura de acordo com referências. Fortaleza, 2010

Domínio/Fator	Definições operacionais / Medidas preventivas de diarreia infantil que podem ser executadas pela mãe	Referências
Comportamento materno	Lavar as mãos com água e sabão	Barker (1975); Barros <i>et al.</i> (1999); Black <i>et al.</i> (1981); Bowen <i>et al.</i> (2007); Curtis (2003); Curtis; Cairncross (2003); David; Lobo (1995); Diggle (2007); Ehiri <i>et al.</i> (2001); Ejemot <i>et al.</i> (2008); Fewtrell <i>et al.</i> (2005); Garrett <i>et al.</i> (2008); Gastafiaduy; Begue (1999); Graf <i>et al.</i> (2008); Han; Hlaing (1989); Jamieson <i>et al.</i> (2006); Khan (1982); Kyriacou <i>et al.</i> (2009); Luby <i>et al.</i> (2004a, 2004b, 2005, 2006); Murray (1999); Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansen; Jensenc (2005); Oswald <i>et al.</i> (2008); Peterson <i>et al.</i> (1998); Rosen <i>et al.</i> (2009); Shahid <i>et al.</i> (1996); Torun (1982); UNICEF; OMS (2009);
Higiene da criança/infantil	Lavar as mãos da criança com sabão antes das refeições	Ligon (2006); Vasconcelos <i>et al.</i> (2008)
Práticas alimentares	Lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio.	Barker (1975); David; Lobo (1995); Käferstein (2003); Nicarágua (2005); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004)
Práticas alimentares	Observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para a criança.	Araújo <i>et al.</i> (2007a)

Comportamento materno	Lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer os alimentos.	Alam; Wai (1991); Curtis (2003); Gasana <i>et al.</i> (2002); Käferstein (2003); Kawata (1978); Kotch <i>et al.</i> (1994, 2007); Ligon (2006); Nicarágua (2005); Pinfeld; Horan (1996); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004); Roberts <i>et al.</i> (2000); Stanton; Clemens; Khair (1988); Vasconcelos <i>et al.</i> (2008)
Ambiente doméstico	Manter limpo o local onde se prepara a comida	Graf <i>et al.</i> (2008); Kyriacou <i>et al.</i> (2009); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004)
Práticas alimentares	Cobrir os alimentos e a água	Barker (1975); Cao <i>et al.</i> (2000); Graf <i>et al.</i> (2008); Kyriacou <i>et al.</i> (2009)
Comportamento materno	Manter o cabelo limpo e bem amarrado	Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansenb; Jensenc (2005)
Ambiente doméstico	Lavar os objetos de cozinha da casa, logo após seu uso	Pinfeld; Horan (1996)
Comportamento materno	Levar a criança para o serviço de saúde	Nicarágua (2005)
Práticas alimentares	Não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira	Leite <i>et al.</i> (2009); Lievonen; Havulinna; Maijala <i>et al.</i> (2004); Towns <i>et al.</i> (2006)
Práticas alimentares	Amamentar a criança até os seis meses de vida	Agrasada <i>et al.</i> (2005); Araújo <i>et al.</i> (2007a); Arifeen <i>et al.</i> (2001); Barker (1975); David; Lobo (1995); Eshete (2008); Gastafiaduy; Begue (1999); Morrow; Rangel (2004); Murray (1999); Nicarágua (2005); UNICEF; OMS (2009); Vaz (1999); Viera; Silva; Viera (2003)
Higiene da criança/infantil	Dar banho diariamente na criança	Nicarágua (2005)
Comportamento materno	Lavar as mãos com sabão antes de alimentar a criança	Kawata (1978); Kyriacou <i>et al.</i> (2009); Omotade <i>et al.</i> (1995); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004); Pinfeld; Horan (1996); Vasconcelos <i>et al.</i> (2008)
Higiene da criança/infantil	Evitar que a criança coloque objetos sujos na boca	Feliciano; Kovacs (2001)
Comportamento materno	Conservar as sobras de alimentos na geladeira	Barker (1975); Nanan <i>et al.</i> (2003)
Comportamento materno	Lavar as mãos após pegar em dinheiro	Pereira; Pinheiro; Silva (2009)
Comportamento materno	Levar a criança para se vacinar, até seus 5 anos de idade	Barker (1975); Burström <i>et al.</i> (2005); Clark <i>et al.</i> (1988); David; Lobo (1995); Diggle (2007); Fischer <i>et al.</i> (2005); Gastafiaduy; Begue (1999); Glass <i>et al.</i> (1999, 2006); Goossens <i>et al.</i> (2007); Kane <i>et al.</i> (2004); Kapikian <i>et al.</i> (1986); Murray (1999); O’Ryan (2005); Parashar; Glass (2009); Payne; Parashar (2008); Pont <i>et al.</i> (2008); Roberts (2005); Salinas <i>et al.</i> (2005); UNICEF; OMS (2009); Vesikari (1993); Vesikari <i>et al.</i> (2004)
Comportamento materno	Lavar com água e sabão as embalagens de bebidas, antes de consumir	Graf <i>et al.</i> (2008)
Práticas alimentares	Oferecer aleitamento materno exclusivo para a criança por pelo menos 3 meses	Arifeen <i>et al.</i> (2001)
Higiene da criança/infantil	Lavar as mãos da criança após pegar em animais	Sobel <i>et al.</i> (2004)
Comportamento materno	Ferver a mamadeira/chupeta/copo da criança	Sobel <i>et al.</i> (2004)

Comportamento materno	Lavar as mãos após mexer na lixeira	Ligon (2006)
Higiene da criança/infantil	Manter as unhas da criança curtas e limpas	Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansenb; Jensenc (2005)
Ambiente doméstico	Descartar o lixo do domicílio em recipientes fechados	Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansenb; Jensenc (2005); Stanton; Clemens; Khair (1988); Westaway; Viljoen (2000)
Ambiente doméstico	Descartar o lixo fora do domicílio, longe do alcance das crianças	Graf <i>et al.</i> (2008); Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansenb; Jensenc (2005); Stanton; Clemens; Khair (1988); Westaway; Viljoen (2000)
Comportamento materno	Lavar as mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro	Alam; Wai (1991); Borghi <i>et al.</i> (2002); Graf <i>et al.</i> (2008); ; Kyriacou <i>et al.</i> (2009); Ligon (2006); Nicarágua (2005); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004); Roberts <i>et al.</i> (2000)
Higiene da criança/infantil	Colocar para lavar a roupa que a criança usou durante o dia	Nicarágua (2005)
Ambiente doméstico	Evitar insetos na residência	Curtis (2003); David; Lobo (1995); Graf <i>et al.</i> (2008);
Comportamento materno	Evitar que a criança entre em contato com animais	Sobel <i>et al.</i> (2004)
Ambiente doméstico	Manter a cozinha livre de restos de alimentos	Kyriacou <i>et al.</i> (2009)
Práticas alimentares	Oferecer uma alimentação saudável para a criança após desmamá-la	Araújo <i>et al.</i> (2007a); Barker (1975); Burström <i>et al.</i> (2005); David; Lobo (1995); English <i>et al.</i> (1997); Gasana <i>et al.</i> (2002); Guerrant <i>et al.</i> (2008); Varley; Tarvid; Chao (1998); Vasconcelos <i>et al.</i> (2008)
Higiene da criança/infantil	Manter a criança calçada fora de casa	Gasana <i>et al.</i> (2002); Graf <i>et al.</i> (2008); Kyriacou <i>et al.</i> (2009)
Ambiente doméstico	Descartar o lixo em local apropriado	Onyango-Oumaa; Aagaard-Hansenb; Jensenc (2005); Stanton; Clemens; Khair (1988); Westaway; Viljoen (2000)
Comportamento materno	Lavar as mãos com água e sabão depois de limpar a criança quando ela tiver defecado	Alam; Wai (1991); Borghi <i>et al.</i> (2002); Cousens <i>et al.</i> (1996); Curtis (2003); Eshete (2008); Jinadu; Esmal; Adegbenro (2004); Kotch <i>et al.</i> (1994, 2007); Ligon (2006); Omotade <i>et al.</i> (1995); Pinfold; Horan (1996); Pönkä; Poussa; Laosmaa (2004); Sobel <i>et al.</i> (2004)
Práticas alimentares	Ferver ou filtrar a água destinada ao consumo humano	Araújo <i>et al.</i> (2007a); Boisson <i>et al.</i> (2009); Brown; Sobsey; Loomis (2008); Burghart (1996); Cao <i>et al.</i> (2000); Chiller <i>et al.</i> (2006); Clasen <i>et al.</i> (2004, 2005, 2006); Conroy <i>et al.</i> (1999); Curtis (2003); Garrett <i>et al.</i> (2008); Graf <i>et al.</i> (2008); Gasana <i>et al.</i> (2002); Luby <i>et al.</i> (2004b, 2006); Nicarágua (2005); du Preez <i>et al.</i> (2008); Quick <i>et al.</i> (1999); Reller <i>et al.</i> (2003); Semenza <i>et al.</i> (1998); Sobsey (1989); Stauber <i>et al.</i> (2009); UNICEF; OMS (2009)

A principal medida preventiva identificada por meio dos estudos selecionados é o cuidado com a lavagem das mãos. A promoção da higiene das mãos deve ser uma prioridade para a saúde pública em todo o mundo, pois estudos ratificam que o impacto estimado de lavar as mãos com sabão sobre as taxas de diarreia é positivo, podendo-se reduzir a incidência da doença em até 42% (BARROS *et al.*, 1999; BLACK *et al.*, 1981; HAN; HLAING, 1989; KHAN, 1982; SHAHID *et al.*, 1996; TORUN, 1982). Outra série de estudos corrobora, ao ter identificado que a lavagem das mãos com sabão pode reduzir a incidência de doença diarreica em mais de 40% (CURTIS; CAIRNCROSS, 2003; FEWTRELL *et al.*, 2005).

Estudo clínico controlado randomizado realizado em favelas do Paquistão comprovou que, nos domicílios onde havia disponibilidade de sabão antibacteriano para lavagem das mãos, houve uma redução de 53% na incidência de diarreia entre as crianças menores de 15 anos (LUBY *et al.*, 2005). Além disso, crianças que viviam em domicílios que receberam sabão e orientações acerca da promoção da lavagem das mãos tiveram 39% menos dias com diarreia, bem como as crianças menores de 5 anos gravemente desnutridas, as quais tiveram 42% menos dias com diarreia do que aquelas severamente desnutridas do grupo controle (LUBY *et al.*, 2004a).

Stanton, Clemens, Khair (1988) implementaram em uma área urbana de Bangladesh uma estratégia baseada na lavagem das mãos das mães antes do preparo dos alimentos, e no descarte adequado de resíduos e fezes, impedindo o acesso das crianças aos detritos. Os autores verificaram eficácia protetora entre tais medidas e a ocorrência de diarreia infantil, visto que no grupo-intervenção a taxa da doença foi de 5,89 episódios, enquanto que no grupo de não intervenção foi de 7,55 episódios. Já Ejemot *et al.* (2008) demonstraram, em um estudo de revisão realizado com 14 ensaios clínicos randomizados, que a lavagem das mãos com sabão pode reduzir em cerca de 30% os episódios de diarreia. Vale ressaltar que não basta apenas a presença do sabão para uma lavagem correta das mãos, pois uma fonte acessível e abundante de água constitui-se em um fator relevante para promoção de uma higienização melhor; contudo ressalta-se que a qualidade da água desta fonte disponível também deve ser observada (CURTIS; CAIRNCROSS, 2000).

Estudo realizado em uma favela de Lima (Peru) corrobora, por ter verificado que baixos volumes de consumo de água contribuem para a lavagem inadequada das mãos e, conseqüentemente, para a contaminação fecal-oral (OSWALD *et al.*, 2008).

Rosen *et al.* (2009) referiram a importância da autoeficácia no ato de lavagem das mãos em um estudo que investigou o efeito de um programa de higiene pré-escolar, realizado em Jerusalém, utilizando intervenção psicossocial com 80 educadores, sobre a lavagem das mãos e doenças transmissíveis infantis, inclusive em relação à diarreia.

Em Malawi (África), um estudo comprovou que a presença de sabão nas casas mostrou um efeito protetor significativo para diarreia, visto que houve nessas residências uma redução de 27% na ocorrência de diarreia (PETERSON *et al.*, 1998).

Na Nigéria, verificou-se que a lavagem das mãos após a limpeza das crianças, quando estas acabavam de defecar, e após a eliminação de fezes foi observada em 29,3% dos episódios, enquanto que a lavagem das mãos antes da alimentação da criança ocorreu em 12,4% das observações (OMOTADE *et al.*, 1995). Esse achado é semelhante ao de uma

pesquisa realizada em Burkina Faso, África, a qual examinou os comportamentos de higiene de 200 mães de crianças de 2 a 36 meses de idade, e constatou que, após a defecação da criança, as mães, geralmente, lavavam-nas apenas com água. Além disso, 76% delas utilizavam apenas uma das mãos nesse asseio. Após tal ato, a lavagem das mãos das mães mostrou-se bem menos frequente, estando presente em apenas 29% dos casos (COUSENS *et al.*, 1996).

Programa realizado neste mesmo país africano, visando aumentar a lavagem das mãos com sabão depois do manuseio de fezes de crianças e após o uso do vaso sanitário constatou que a promoção da higiene, reduziu consideravelmente a ocorrência de diarreia infantil. Para tanto, utilizou-se menos de 1% do orçamento do Ministério da Saúde e menos de 2% do orçamento doméstico; assim, trata-se de uma estratégia que pode ser amplamente replicada, por demandar um baixo custo e possuir elevada eficácia (BORGHI *et al.*, 2002).

Jamieson *et al.* (2006) corroboram, ao afirmarem que lavar as mãos com um sabão ou sabonete representa uma importante barreira para a transmissão da diarreia, sendo a intervenção de saúde pública com melhor relação custo-benefício.

Uma prática bastante comum em muitos países pobres é o uso de uma mesma bacia de água (muitas vezes sem sabão) para a lavagem das mãos de vários membros de uma família (KALTENTHALER; WATERMAN; CROSS, 1991). Contudo, Ehiri *et al.* (2001) comprova que lavar as mãos com sabão e água corrente, fazendo uma fricção vigorosa, é um hábito bem mais eficaz do que o citado anteriormente. O compartilhamento de um mesmo recipiente para lavagem coletiva das mãos pode contribuir para a transmissão dos patógenos presentes nas mãos contaminadas para aqueles que posteriormente mergulharão suas mãos na mesma tigela de água (SCHMITT *et al.*, 1997).

Estudo randomizado realizado em 87 escolas chinesas comparou três grupos de crianças: grupo-controle, grupo-intervenção padrão (participou de um programa de lavagem das mãos) e grupo-intervenção expandida (participou de um programa de lavagem das mãos com monitores de higiene e recebeu sabonetes para pias da escola). Verificou-se que houve uma redução significativa do absenteísmo escolar nos grupos-intervenção, bem como da incidência e da duração de diarreia nessas crianças, passando de uma média de 2 episódios (mediana de 2,6 dias) de diarreia por 100 alunos/semana no grupo-controle; para 1,2 episódios (1,9 dias) no grupo-intervenção padrão; e para uma média de 1,2 episódios (1,2 dias) de diarreia 100 alunos por semana no grupo-intervenção expandida (BOWEN *et al.*, 2007).

Roberts *et al.* (2000) enfatizam a lavagem das mãos para prevenção de diarreia infantil, descrevendo ainda uma técnica por eles recomendada: deve-se esfregar a mão com

sabão por um período equivalente à contagem de “1 a 10” e, da mesma forma, deve-se enxaguar contando-se de “1 a 10”. Os autores relatam ainda a relevância da lavagem das mãos após ir ao banheiro, antes de comer e depois da troca de fraldas, além do fato de que pessoas que tiveram contato com dejetos no ato de troca de fraldas devem ser desencorajadas a preparar a comida para as crianças no mesmo dia.

Ligon (2006) referiu algumas situações em que se deve priorizar a lavagem das mãos para evitar a diarreia e outras doenças: antes de preparar e comer refeições; após a manipulação de alimentos crus, especialmente carne crua, aves ou peixe; após o manuseio do lixo; depois de usar o banheiro ou limpar uma criança que tenha utilizado o banheiro; depois de mudar uma fralda; após o manuseio de resíduo animal. Alam e Wai (1991) destacaram ser importante para prevenção da diarreia a lavagem das mãos depois de usar o banheiro, de manusear alimentos e de limpar a criança depois da defecação.

Estudo realizado na Nigéria refere que intervenções educativas para mudar as práticas anti-higiênicas relativas à limpeza e à eliminação de fezes das crianças podem reduzir significativamente a incidência de diarreia infantil; algumas dessas orientações devem enfatizar: o uso de penicos por parte das crianças, a lavagem das mãos com sabão e água após a limpeza das crianças e a construção de latrinas em local acessível e ventilado (JINADU; ESMAI; ADEGBENRO, 2004).

A lavagem das mãos pode ser tão eficaz quanto algumas vacinas atualmente em desenvolvimento. Além disso, é uma estratégia que se encontra ao alcance de boa parte das famílias, pois, mesmo nos países mais pobres, a maioria das pessoas tem um pouco de sabão em casa. Além disso, sabe-se que intervenções de incentivo à lavagem das mãos são viáveis entre as mães (CURTIS, 2003).

Sabe-se também que a melhoria da disponibilidade de água e de sua qualidade podem reduzir o risco de diarreia em 20% e 16%, respectivamente. Além disso, demonstrou-se que o saneamento é quase duas vezes mais eficaz, reduzindo o risco em 36% (ESREY *et al.*, 1990). Huttly sugere que a promoção da higiene reduz o risco de diarreia em 35% (HUTTLY; MORRIS; PISANI, 1997). No entanto, uma revisão da literatura por meio de metanálise sugere que intervenções para melhorar a lavagem das mãos podem reduzir o risco de diarreia em até 47% (CURTIS; CAIRNCROSS, 2003).

Em relação à higienização das mãos, esta deve acontecer antes de alimentar a criança, antes de cozinhar ou comer, e depois da limpeza do bebê, quando ele tiver defecado. Além dessas orientações, mediante o fato de haver elevados níveis de contaminação por bactérias nas pontas dos dedos após a lavagem das louças, e tendo em vista que deixar os

utensílios de cozinha de molho proporciona um ambiente favorável para o crescimento bacteriano, recomenda-se que a lavagem desses materiais domésticos ocorra imediatamente após os horários das refeições, e não antes (PINFOLD; HORAN, 1996).

O pacote de prevenção de diarreia da UNICEF e OMS (2009) destaca cinco elementos principais: vacinação contra o sarampo e rotavírus; promoção do aleitamento materno exclusivo; promoção da lavagem das mãos com sabão; tratamento e armazenamento seguro de água para uso doméstico; promoção do saneamento de toda a comunidade.

Os esforços preventivos são muitas vezes mais fáceis de serem iniciados nos países em desenvolvimento. Em relação a isso, orienta-se estratégias de educação sobre a lavagem das mãos, incentivo ao aleitamento materno e vacinação não apenas contra o rotavírus, como também contra o sarampo (MURRAY, 1999). Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde da Nicarágua (2005) destaca as medidas que devem ser tomadas pelas mães ou responsáveis de crianças menores de 5 anos, e por toda a família, em geral, para a prevenção da diarreia infantil: aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses e complementado até no mínimo 2 anos de idade; manter as crianças banhadas diariamente, trocando suas roupas quantas vezes forem necessárias; lavar os alimentos que a mãe for preparar para as crianças e dar-lhes bem cozidos; lavar as mãos antes de preparar os alimentos; supervisionar as crianças durante sua alimentação e não deixá-las ingerir alimentos cuja procedência seja desconhecida; lavar as mãos após ir ao banheiro e depois de trocar as fraldas das crianças, eliminando adequadamente excretas; realizar tratamentos domiciliares na água potável, especialmente se esta for oferecida para crianças menores de 1 ano de idade. Além disso, tal boletim ressalta o acompanhamento constante dessas crianças na unidade de saúde mais próxima.

Leite *et al.* (2009) verificaram que em 45% das residências estudadas na Lapa (Rio de Janeiro) ocorria o armazenamento de alimentos crus próximo aos alimentos prontos. Tal falha é reconhecida como possível fator de risco para diarreia, por comprometer a qualidade dos alimentos perecíveis devido a um potencial risco de crescimento microbiano e propagação da contaminação cruzada no refrigerador doméstico (LIEVONEN; HAVULINNA; MAIJALA *et al.*, 2004; TOWNS *et al.*, 2006).

Graf *et al.* (2008) referem que os cuidados com as bebidas a serem consumidas reduzem as chances de a criança sofrer de doenças diarreicas. Além disso, destacam a relevância da promoção de práticas de higiene por meio de duas barreiras: primárias e secundárias. As barreiras primárias são destinadas a impedir que patógenos entrem no ambiente após a defecação. Assim, consistem na lavagem das mãos após usar o banheiro,

limpeza das instalações sanitárias e do domicílio, bem como eliminação segura das fezes. Enquanto que o segundo tipo de barreira refere-se a práticas que impedem que as bactérias fecais possam atingir um novo hospedeiro, envolvendo comportamentos como: lavagem regular das mãos com sabão, cobertura dos recipientes de água e de alimentos, controle de moscas, entre outros.

Estudo realizado em Creta, Grécia, verificou contaminação por estreptococos fecais nas mãos de 52,9% das crianças examinadas, constatando-se que, nos ambientes onde o sabão encontrava-se disponível para lavagem das mãos, a frequência de isolamento de estreptococos nas mãos das crianças foi significativamente menor. Observou-se também que o contato das crianças com o solo pode facilitar sua contaminação e, conseqüentemente, a ocorrência de diarreia (KYRIACOU *et al.*, 2009).

Pesquisa revelou que a maioria das crianças participantes respondeu que lavava as mãos antes de comer (77,7%) e após ir ao banheiro (82,1%), contudo nem sempre estas informações obtidas representam de fato as práticas dos informantes. Esse estudo destacou também o risco existente no fato de haver alimentos não cobertos, suscetíveis à contaminação por moscas e outros insetos, além do risco que reside na contaminação de superfícies (KYRIACOU *et al.*, 2009).

A limpeza do ambiente doméstico também é referida por Graf *et al.* (2008) como medida de prevenção da diarreia infantil. As crianças pequenas não costumam ficar apenas dentro de casa, mas também gastam muito do seu tempo nos quintais, ruas próximas e espaços abertos. Dessa forma, a qualidade da higiene nos ambientes frequentados pelas mesmas é algo relevante, que deve ser observado. Os arredores de algumas comunidades podem mostrar-se altamente poluídos por lixo, material fecal, esgotos, dentre outros, por isso, assumir um ambiente mais limpo dentro e fora do domicílio pode reduzir imediatamente a incidência de diarreia. Westaway e Viljoen (2000) corroboram, ao afirmarem que o descarte do lixo é uma importante medida de saúde pública para conter as doenças diarreicas.

Graf *et al.* (2008) referem que é indispensável o tratamento doméstico da água consumida prioritariamente pelas crianças. Em relação a isso, diversos estudos foram realizados para demonstrar a eficácia dessa medida, bem como para comparar o uso de diversas medidas de tratamento dessa água.

Revisão sistemática que utilizou 30 ensaios clínicos randomizados, cobrindo mais de 53.000 participantes, detectou que intervenções domésticas para melhorar a qualidade microbiológica da água de beber são mais eficazes na prevenção diarreia em áreas endêmicas

do que outras abordagens ambientais, como saneamento básico e melhoria no abastecimento de água (CLASEN *et al.*, 2006).

Quick *et al.* (2002) também constataram que medidas de tratamento da água nos domicílios reduziram em 48% as chances de adoecimento por diarreia. O manejo da água na Bolívia demonstrou ser uma promissora estratégia, pois, com o simples armazenamento e tratamento adequados da água, a população apresentou substancialmente menos doenças diarreicas do que as famílias que não se beneficiavam dessas práticas (QUICK *et al.*, 1999).

Tratamento da água por meio da filtração como estratégia para prevenir diarreia confere uma proteção de 25% (BOISSON *et al.*, 2009). Stauber *et al.* (2009), em ensaio randomizado e controlado realizado em Bona, República Dominicana, durante 6 meses, verificou a efetividade do uso de filtros bioareia para purificar água contaminada, tornando-a segura para beber, pois 75 famílias usuárias do filtro melhoraram significativamente a qualidade da água potável, passando a ter 53 vezes menos chance de adquirir doença diarreica.

O tratamento doméstico da água é cada vez mais reconhecido como um meio eficaz de reduzir as doenças diarreicas entre populações de baixa renda e sem acesso à água potável. Estudos randomizados realizados no Zimbábue, na África do Sul e no Camboja constataram a eficácia de filtros de cerâmica para reduzir a diarreia infantil (DU PREEZ *et al.*, 2008; BROWN; SOBSEY; LOOMIS, 2008). Estudo randomizado controlado realizado na Colômbia detectou que o impacto do uso de filtros de cerâmica para o tratamento doméstico da água para consumo humano reduziu em 60% a prevalência de diarreia entre as famílias estudadas (CLASEN *et al.*, 2005).

Pesquisa realizada na zona rural da Bolívia constatou que o risco de doença diarreica para os indivíduos de famílias que receberam filtros de cerâmica foi 70% inferior ao das famílias que não possuíam filtro. Enquanto que, para crianças menores de 5 anos, a redução do risco foi de 83%. Assim, os filtros de cerâmica mostram-se como estratégias acessíveis que permitem às famílias de baixa renda tratar e manter a qualidade microbiológica da água de beber (CLASEN *et al.*, 2004).

Outras estratégias comuns de tratamento da água são a sua fervura (BURGHART, 1996) e cloração. Programa de higiene para prevenção de diarreia implementado no Kenia demonstrou que o uso de cloro para tratamento da água reduz o risco de diarreia infantil em 44% (GARRETT *et al.*, 2008).

O hipoclorito é uma alternativa barata, de fácil distribuição e utilização, e eficaz contra a maioria das bactérias e vírus. Quando adicionado à água em recipientes bem

tampados, a volatilização é mínima, além disso, sua proteção residual perdura por muitas horas e dias (SOBSEY, 1989). Contudo, as limitações de desinfecção com cloro incluem eficácia limitada contra alguns parasitas, forte odor e sabor desagradável na presença de grandes quantidades de material orgânico na água a ser tratada (MINTZ *et al.*, 2001).

Semenza *et al.* (1998) compararam, no Uzbequistão, grupos controle e de intervenção relativamente ao tratamento da água por meio da cloração, verificando-se que o grupo de intervenção teve a menor taxa de diarreia, apesar da falta de acesso à água encanada em suas casas.

A quantidade de hipoclorito recomendada para o tratamento da água para consumo humano com hipoclorito de sódio a 2,5% é de duas gotas para cada litro de água, deixando repousar por 30 minutos antes do uso. Em relação aos alimentos, a orientação é lavar e desinfetar os alimentos crus, como as verduras e hortaliças, com solução de hipoclorito de sódio a 2,5% durante 30 minutos, sendo a diluição recomendada uma colher de sopa (15 ml) para cada litro de água (BRASIL, 2005).

Conroy *et al.* (1999) referem o tratamento da água como uma importante estratégia para redução da diarreia infantil, enfatizando o uso de desinfecção solar para as populações para as quais os demais métodos sejam pouco acessíveis. Tal estratégia ainda é pouco utilizada no Brasil, mas deveria ser implementada sobretudo nas regiões em que o sol incide em boa parte do ano, como no Nordeste.

Ensaio clínico randomizado controlado, realizado com 514 famílias rurais da Guatemala, demonstrou que as 1702 pessoas que receberam o desinfetante-floculante para tratamento da água tiveram uma redução de 40% na prevalência de diarreia, em comparação com as 1699 pessoas que utilizaram práticas de padrão de tratamento de água. Além disso, nos domicílios onde se usava o desinfetante, crianças menores de 1 ano de idade apresentaram uma prevalência 39% menor de diarreia em comparação com as demais residências (CHILLER *et al.*, 2006).

Estudo semelhante identificou que domicílios-controle tiveram 4,31 episódios de diarreia por 100 pessoas/semana, enquanto que a incidência de diarreia foi de 12% a 29% menor entre os moradores das residências que receberam desinfetante-floculante para tratamento da água, e 25% menor entre aqueles que fizeram uso da água sanitária (RELLER *et al.*, 2003).

Nas favelas de Karachi (Paquistão) constatou-se que intervenções de desinfecção de água potável e lavagem das mãos com sabão resultaram em uma redução de 73% e 56%, respectivamente, na incidência de diarreia (LUBY *et al.*, 2004b).

Nesse mesmo local, estudo randomizado controlado demonstrou que os participantes dos bairros pertencentes ao grupo de intervenção, os quais receberam sabão para lavagem das mãos e orientações acerca do tratamento da água destinada ao consumo humano, tiveram uma redução de 51% a 64% na prevalência de diarreia em detrimento do grupo-controle (LUBY *et al.*, 2006).

Outra medida preventiva para diarreia nas crianças é o aleitamento materno, o qual depende de inúmeros fatores, inclusive do cuidado materno.

No contexto da imunologia e fisiologia, os discursos que respaldam as propriedades benéficas do leite materno revelaram que este, especialmente o colostro, apresenta elevadas concentrações de anticorpos (IgA, IgM, IgE e IgD), com predominância da IgA. Essas imunoglobulinas, durante o aleitamento praticado pela puérpera, começam a integrar a isenta e vulnerável mucosa gastrointestinal do neonato, impedindo, continuamente, a aderência e colonização da mucosa do trato digestivo infantil por patógenos entéricos. Outras células que estão presentes no leite materno e lhe conferem uma característica protetora são as polimorfonucleares (macrófagos, neutrófilos e eosinófilos), que fagocitam microorganismos patogênicos. Há ainda, no leite materno, substâncias com propriedades probióticas e antibióticas, como a lisozima, lactoferrina e o fator bífido, que combatem a instalação de agentes envolvidos na etiologia de doenças diarreicas, como *E. coli*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Shigella*, *Klebsiella*, *Serratia*, entre muitas outras (BLUMBERG; STROBER, 2001; HAYANI *et al.*, 1992; MOREIRA, 1996; NOVAK *et al.*, 2001).

Assim, o aleitamento materno tem sido identificado como a intervenção mais eficaz para proteger as crianças menores de 5 anos de idade contra a diarreia e outras causas de letalidade (MORROW; RANGEL, 2004).

Por isso, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, o qual deve ser continuado com alimentação mista até 24 meses. Dessa forma, poderiam ser evitadas anualmente no mundo mais de 1 milhão de mortes de crianças (OMS, 2003, 2006).

Estudos corroboram, ao demonstrarem que o aleitamento materno até o sexto mês de vida do lactente é, reconhecidamente, a mais eficaz forma de prevenir a gênese da diarreia infantil. Pesquisa de coorte prospectiva realizada com 1.677 crianças demonstrou que o aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida confere forte proteção contra diarreias, sendo o risco de a doença surgir, nas que não mamaram até os seis meses, 2,23 vezes maior. Outros estudos atestam ainda que a proteção contra diarreia conferida a uma criança com

amamentação até o sexto mês de vida é de 83%, sendo o risco de contrair uma doença diarreica 14 vezes maior entre aquelas que mamaram por um período inferior a seis meses (ARIFEEN *et al.*, 2001; VAZ, 1999; VIERA; SILVA; VIERA, 2003).

Outro estudo de coorte de crianças que viviam nas favelas de Dhaka, Bangladesh, constatou que a amamentação exclusiva de bebês de 1 a 3 meses de idade foi associada com uma quádrupla proteção contra mortes por diarreia, em comparação com aleitamento materno parcial (ARIFEEN *et al.*, 2001).

Em Manila (Filipinas), observou-se que as crianças não amamentadas apresentaram maiores taxas de diarreia (30,5%) do que aquelas que recebiam o leite materno (15%). As 24 crianças que foram amamentadas exclusivamente a partir do nascimento até os 6 meses não apresentaram nenhum episódio diarreico nesse período (AGRASADA *et al.*, 2005).

Estudo realizado em Fortaleza, com 121 crianças, detectou uma prevalência de 12,4% de diarreia. Desses casos, constatou-se que 60% e 26,7% ocorreram, respectivamente, entre as crianças não amamentadas e com amamentação inferior a seis meses, enquanto que entre as crianças que ainda mamavam e as que o fizeram por seis meses ou mais, esse valor foi de apenas 6,6%, para ambas as situações (ARAÚJO *et al.*, 2007a).

Além dessas medidas preventivas, Araújo *et al.* (2007a) afirmam que o fato de uma família não ingerir água tratada, ou se nutrir com alimentos ricos em lipídios e pobres em fibras, ou até mesmo comer alimentos deteriorados, fora do prazo de validade, pode interferir na vulnerabilidade às doenças entéricas.

English *et al.* (1997) demonstraram que um projeto que visava a melhoria da nutrição da população, baseando-se no cultivo de alimentos no próprio jardim/quintal (especialmente de frutas e vegetais ricos em carotenos) e na educação nutricional das mães de crianças pré-escolares, reduziu de 18,3% para 5,1% a incidência de infecções diarreicas no município de Khai Xuan, Vietnã. Assim, destaca-se o impacto da má nutrição sobre o aumento da incidência e da duração dos episódios diarreicos (GUERRANT *et al.*, 2008).

Sabe-se que condições nutricionais ideais são atingidas quando se consome uma quantidade de nutrientes suficiente para sustentar as necessidades corporais cotidianas e para suprir qualquer aumento de demanda metabólica; conseqüentemente, verifica-se uma redução das enfermidades. Deve-se, portanto, tomar cuidado com a existência de propagandas ilusórias relativas a alimentos de custo elevado e baixo valor nutritivo, pois estas tentam persuadir afirmando que somente é moderna aquela pessoa que os consome, fato que resulta em uma nutrição inadequada (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

O referido estudo destacou ainda que a exposição a bactérias e vírus é uma realidade contínua na gênese da diarreia, fazendo-se necessários cuidados preventivos que passem por ações simples, tais como: lavagem das mãos antes da alimentação, banho diário, lavagem dos alimentos, uso de água filtrada, dentre outras (VASCONCELOS *et al.*, 2008).

Estudo realizado na Etiópia com mães de crianças menores de 5 anos verificou que fatores como a prática de lavagem das mãos após a limpeza das fezes da criança, estado de aleitamento materno e uso de mamadeira para alimentar a criança possuem relação estatisticamente significativa com a ocorrência de diarreia infantil (ESHETE, 2008).

A redução da diarreia infantil está associada ao fornecimento de água e saneamento, mudanças na percepção de higiene e dos comportamentos, melhorias socioeconômicas gerais, incluindo melhora do estado nutricional, além de intervenções específicas, tais como imunização (BURSTRÖM *et al.*, 2005).

Diggle (2007) destaca que a lavagem das mãos é essencial para a prevenção da diarreia causada por rotavírus. No entanto, mesmo com boas práticas de higiene, o vírus pode sobreviver por longos períodos de tempo nas mãos e superfícies (WIETHOFF *et al.*, 2006). Assim, a vacinação contra o rotavírus deve ser incentivada (DIGGLE, 2007), por ser comprovadamente eficaz contra a doença diarreica (CLARK *et al.*, 1988; FISCHER *et al.*, 2005; GLASS *et al.*, 1999, 2006; GOOSSENS *et al.*, 2007; KANE *et al.*, 2004; KAPIKIAN *et al.*, 1986; PARASHAR; GLASS, 2009; PAYNE; PARASHAR, 2008; PONT *et al.*, 2008; O'RYANG 2005; ROBERTS, 2005; SALINAS *et al.*, 2005; VESIKARI, 1993; VESIKARI *et al.*, 2004).

Destarte, David e Lobo (1995) destacam algumas intervenções não clínicas que podem controlar a diarreia infantil. São elas: prevenir baixo peso em bebês; melhorar a lactação; promover o aleitamento materno; evitar o desmame precoce; incrementar programas de alimentação; incentivar a imunização contra rotavírus, cólera e sarampo; melhorar o abastecimento de água e as instalações sanitárias; promover a higiene pessoal e doméstica, sobretudo em relação à lavagem das mãos; melhorar a higiene dos alimentos, controlar as moscas para evitar a contaminação de alimentos.

Os agentes de gastroenterite aguda são transmitidos pelo percurso fecal-oral, seja por meio do contato direto de pessoa para pessoa, através de alimentos contaminados ou da água. Saneamento, lavagem das mãos e medidas de higiene podem impedir a propagação de pessoa para pessoa. A amamentação reduz a exposição a enteropatógenos e fornece uma variedade celular e humoral de fatores de proteção contra infecções intestinais, reduzindo a

incidência e a severidade das doenças diarreicas. Além disso, a vacinação contra o rotavírus também é uma estratégia preventiva promissora (GASTAFIADUY; BEGUE, 1999).

Varley, Tarvid e Chao (1998) referem como medidas importantes para a prevenção da diarreia projetos de desenvolvimento relacionados à água, saneamento, drenagem, irrigação, estradas, barragens, habitação; fornecimento de informações visando à melhoria nos comportamentos de higiene; criação e implementação de normas para água potável e segurança alimentar.

Estudo prospectivo quase experimental realizado no Quênia implementou as seguintes estratégias de educação em saúde, visando à prevenção da diarreia: orientações acerca de práticas cotidianas de cuidados com vestuário, higiene corporal (unhas, cabelo, corpo) e doméstica, limpeza na preparação de alimentos, saneamento, descarte do lixo, tratamento da água para consumo, estado de higiene das latrinas e presença de instalações para lavagem das mãos (ONYANGO-OUMAA; AAGAARD-HANSENB; JENSENC, 2005).

Estudo realizado na República da Finlândia implementou intervenções baseadas em cuidados higiênicos, como a intensificação da lavagem das mãos entre as crianças e cuidadores, sobretudo ao ir ao banheiro ou após trocar fraldas e antes de comer; limpeza regular e diária de todas as superfícies que poderiam ser alcançadas pelas crianças; instruções sobre boas práticas de higiene e limpeza dos alimentos (PÖNKÄ; POUSSA; LAOSMAA, 2004).

Já, na Carolina do Norte (EUA), orientações quanto à lavagem das mãos após troca de fraldas e antes do preparo de alimentos, especificamente destinadas a reduzir a propagação de agentes infecciosos, diminuiu significativamente a diarreia entre as crianças usuárias de creches (KOTCH *et al.*, 1994, 2007).

Kawata (1978) ressaltou a relevância de intervenções ambientais para reduzir as infecções diarreicas, como água de boa qualidade e em quantidade suficiente, instalações sanitárias para eliminação adequada de excretas, lavagem das mãos da mãe antes de preparar os alimentos e antes de alimentar o bebê.

Estudo realizado em São Paulo constatou que a ebulição da mamadeira e do seu bico constituem-se em fatores de proteção para diarreia infantil, bem como a lavagem das mãos pelo cuidador, depois de higienizar a criança após defecação. Enquanto que o tempo para oferecer a comida para a criança constitui-se em fator de risco para diarreia; assim, quanto mais tempo demorar, maior o risco (SOBEL *et al.*, 2004).

Em relação à prevenção de doenças causadas por alimentos contaminados biológica e quimicamente, Käferstein (2003) constatou que os consumidores também

necessitam assumir a sua parte no que diz respeito às condições de higiene e preparo de alimentos. Lembra ainda que a situação é agravada em condições de pobreza, pois nesse caso torna-se cada vez mais difícil observar as regras de segurança alimentar, visto que alguns desses ambientes facilitam o crescimento, contaminação e sobrevivência de patógenos

Curtis (2003) refere que uma pessoa com diarreia constitui-se em fator de risco para que outras pessoas, sobretudo crianças, venham a adquirir a doença, pois um grama de fezes pode conter mais de 100 milhões de vírus e 10 milhões bactérias. Assim, as fezes devem ser consideradas como "inimigo público número 1". Para prevenir a diarreia deve-se, portanto, considerar a lavagem das mãos após entrar em contato com excrementos. Por exemplo, a mãe que limpa seu bebê após ele ter defecado, muitas vezes passa a usar as mãos, sem as lavar, para preparar a comida da família. Deve-se promover a lavagem das mãos antes de preparar alimentos, fazer o controle de moscas, tratar eficazmente a água consumida e ter cuidado com o reaquecimento de alimentos a serem consumidos.

Nanan *et al.* (2003) referem que a incidência da diarreia pode ser reduzida por programas que visem a melhoria do abastecimento de água potável, a promoção de utilização de latrinas e eliminação segura das fezes; a higiene pessoal, doméstica e do meio ambiente; cuidados no preparo, manuseio e armazenamento de alimentos.

Alguns fatores de risco para aquisição de diarreia citados em um estudo realizado em Ruanda (África) foram: seios não higienizados antes da amamentação, pois representam fontes potenciais de contaminação para recém-nascidos; contato direto com as fezes através das mãos sujas de outra pessoa; contato da criança ao engatinhar em superfícies sujas; ingestão de água contaminada; uso de mamadeiras; mãos não higienizadas antes do preparo de alimentos. Além disso, o mau estado nutricional aumenta a susceptibilidade a doenças diarreicas, sua gravidade e sua duração (GASANA *et al.*, 2002).

Um estudo identificou como fatores de risco para diarreia o desmame precoce, o consumo de água não fervida, não cobrir os alimentos perecíveis e a lavagem de utensílios de alimentação das crianças sem detergente (CAO *et al.*, 2000).

Barker (1975) listou em seu estudo alguns fatores que podem reduzir as chances de ocorrência de diarreia: cuidado na escolha dos alimentos e nas fontes de água potável para consumo, lavagem dos alimentos para consumo, hábitos de higiene pessoal, aleitamento materno, optar por ingerir legumes ou frutas frescas, evitar manter os alimentos em temperaturas propícias ao crescimento bacteriano, lavagem de mãos, vacinação, manter um bom estado nutricional, evitar deixar os alimentos descobertos, pois as moscas podem servir como veiculadores através da transferência de patógenos para alimentos ou água.

Assim, as definições operacionais identificadas por meio deste vasto levantamento bibliográfico nortearam a construção dos itens da primeira versão da EAPDI.

6.1.4 Itens da Escala e primeira análise dos juízes (validade de conteúdo)

Diante das definições operacionais obtidas por meio do levantamento bibliográfico e mediante a experiência da pesquisadora, foi construída uma listagem de 35 itens relacionados à capacidade materna para prevenir diarreia infantil, os quais foram, inicialmente, enquadrados em quatro domínios/fatores (práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno e higiene da criança/infantil), conforme se pode observar no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a primeira versão da escala. Fortaleza, 2010

	Itens da Escala	Domínio/Fator
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com sabão antes das refeições.	Higiene da criança/infantil
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio.	Práticas alimentares
3	Eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	Práticas alimentares
4	Posso sempre lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer alimentos.	Comportamento materno
5	Eu sempre consigo manter o local onde preparo a comida limpo.	Ambiente doméstico
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos.	Práticas alimentares
7	Posso manter sempre o meu cabelo limpo e bem amarrado enquanto estou preparando o alimento do meu filho.	Comportamento materno
8	Eu sempre consigo lavar os objetos de cozinha da minha casa, logo após seu uso.	Ambiente doméstico
9	Eu posso acompanhar o crescimento e desenvolvimento do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	Comportamento materno
10	Eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira.	Práticas alimentares
11	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	Práticas alimentares
12	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	Higiene da criança/infantil
13	Eu consigo lavar as mãos com sabão antes de alimentar o meu filho.	Comportamento materno
14	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	Higiene da criança/infantil
15	Após o consumo dos alimentos, eu posso guardá-los na geladeira.	Comportamento materno
16	Eu posso lavar as mãos após pegar em dinheiro.	Comportamento materno
17	Eu posso sempre levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	Comportamento materno
18	Eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir.	Comportamento materno

19	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê por 3 meses.	Práticas alimentares
20	Eu posso fazer meu filho lavar as mãos após pegar em animais.	Higiene da criança/infantil
21	Eu sempre consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	Comportamento materno
22	Eu posso lavar as mãos após mexer na lixeira.	Comportamento materno
23	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	Higiene da criança/infantil
24	Eu consigo descartar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	Ambiente doméstico
25	Eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da casa.	Ambiente doméstico
26	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de ir ao banheiro.	Comportamento materno
27	Eu sempre coloco para lavar a roupa que meu filho usou durante o dia.	Higiene da criança/infantil
28	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.	Ambiente doméstico
29	Eu consigo evitar que meu filho entre em contato com animais de rua.	Comportamento materno
30	Eu consigo manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos.	Ambiente doméstico
31	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar.	Práticas alimentares
32	Eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa.	Higiene da criança/infantil
33	Eu posso descartar o lixo sempre em local apropriado.	Ambiente doméstico
34	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	Comportamento materno
35	Eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa.	Práticas alimentares

Pode-se verificar que o domínio/fator denominado “práticas alimentares” possuía oito (22,9%) itens, o “ambiente doméstico” era composto por sete (20%), o “comportamento materno” era formado por 13 (37,1%) e, por fim, o domínio/fator “higiene da criança/infantil” tinha sete (20%) itens.

Já com a listagem das 35 itens, fez-se premente a análise dos juízes. A média de idade dos juízes participantes deste estudo foi de 40 anos, variando de 33 a 55 anos, com desvio-padrão de $\pm 7,2$ anos. Dois juízes eram do sexo masculino (28,6%) e, conseqüentemente, cinco do sexo feminino (71,7%). Abaixo seguem os dados de caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de *Experts* adotado (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de *Experts* adotado. Fortaleza, 2010

Crítérios de classificação dos juízes (N=7)	N	%
Ser doutor	5	71,7
Possuir tese na área de interesse do construto*	2	28,6
Ser mestre	7	100
Possuir dissertação na área de interesse do construto*	2	28,6
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do construto*	7	100
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na temática do construto de interesse*	7	100
Ser especialista em área relacionada ao construto de interesse*	5	71,7

*Construto de interesse *prevenção de diarreia infantil*: diarreia infantil; saúde da criança; saúde da família/comunitária/pública; doenças infecciosas e parasitárias.

Os sete juízes participantes do estudo referiram experiência na área de diarreia de 3 a 30 anos, com uma média de 12 anos, e três (42,9%) juízes apresentaram experiência anterior com construção de escalas. Dos cinco participantes que tinham curso de doutorado, três (60%) possuíam doutorado em enfermagem, um (20%) em microbiologia e um (20%) em farmacologia. No que se refere aos sete juízes que haviam concluído curso de mestrado, cinco (71,7%) possuíam mestrado em enfermagem e dois (28,6%) em farmacologia.

As áreas temáticas das teses dos dois juízes que contemplaram o critério “possuir tese na área de interesse do construto” foram saúde da criança e diarreia infantil. Já as dissertações consideradas na área de interesse do construto foram relacionadas à saúde da família e saúde da criança. As especializações dos cinco participantes que se relacionavam à área de interesse do construto foram em saúde da família (N=2; 40%); doenças infecciosas (N=1; 20%) e saúde comunitária (N=1; 20%). Ressalta-se que dois (28,6%) juízes possuíam ainda titulação de pós-doutorado na área de doenças infecciosas e parasitárias.

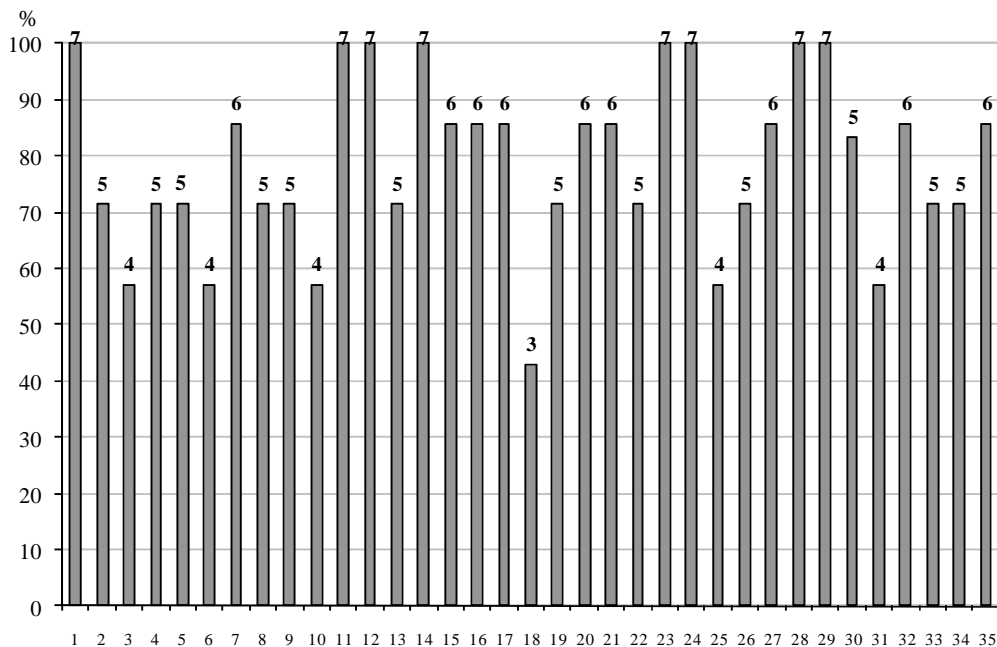
Assim, após a análise dos questionários de caracterização dos juízes, verificou-se que três (42,9%) juízes obtiveram 14 pontos no Sistema de Classificação de *Experts* adotado, dois (28,6%) alcançaram 12 pontos, um (14,3%) conseguiu atingir 8 pontos, e um (14,3%), 6 pontos. Tais achados demonstram o elevado nível de *expertise* dos juízes selecionados, pois, afinal, nenhum alcançou apenas o valor mínimo necessário de 5 pontos para participação no estudo.

Sendo assim, os sete juizes que atenderam aos critérios de seleção participaram da validade aparente e de conteúdo dos 35 itens da escala (primeira versão). Quanto à validade aparente do instrumento, trata de uma forma subjetiva de validar um instrumento, consistindo

no julgamento quanto à clareza e compreensão, contudo ressalta-se que a mesma não deve ser utilizada de maneira isolada (WILLIAMSON, 1981).

Em relação a essa validade, consideraram-se como claros e compreensíveis os itens que obtiveram concordância de, pelo menos, 70% dos juízes, conforme sugerido por Pupulim (2009) e Grant e Davis (1997). Observa-se que o valor de 70% contemplava uma concordância mínima de cinco juízes. Assim, o item avaliado foi tido como claro quando cinco ou mais juízes concordaram em relação à sua clareza e compreensão, conforme pode-se observar no **Gráfico 1**.

Gráfico 1 – Distribuição dos itens considerados claros e compreensíveis para os juízes avaliadores. Fortaleza, 2010



Pode-se verificar que os itens 3, 6, 10, 18, 25 e 31 não foram considerados claros nem compreensíveis pelos juízes, visto que apresentaram menos de 70% de concordância, sendo o item 18 o que se mostrou menos claro e compreensível pelos juízes (N=3; 42,9%), contudo os mesmos não foram excluídos, pois a exclusão de um item só deve ser efetuada mediante a validação de conteúdo .

Na primeira análise dos juízes, também foi avaliada a pertinência de cada um dos itens à confiança materna na prevenção da diarreia infantil. Para tanto, se considerou que o item relacionava-se ao assunto se apresentasse concordância mínima de 70% dos juízes (**Quadro 6**).

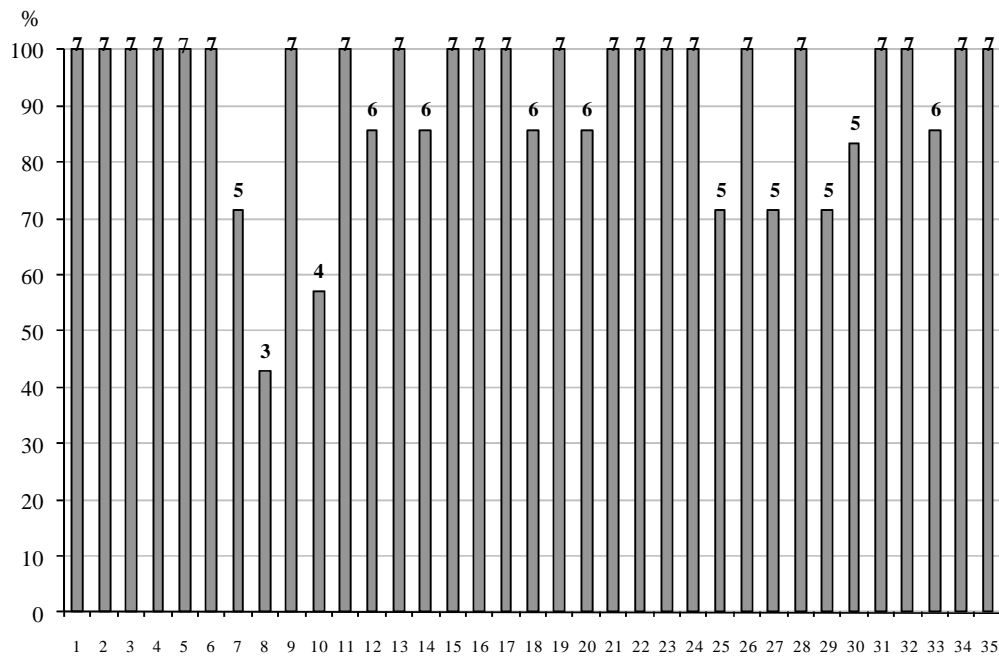
Quadro 6 – Relação dos itens que foram considerados pertinentes à “confiança materna na prevenção da diarreia infantil”, segundo os juízes. Fortaleza, 2010

Itens	Juízes que consideraram o item pertinente à <i>confiança materna na prevenção da diarreia infantil</i>	
	N	%
2, 3, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35	7	100
1, 7, 8, 9, 20, 27, 28	6	85,7
12, 29	5	71,4
10	4	57,1

Assim, em relação à associação de cada item com a *confiança materna na prevenção da diarreia infantil*, verificou-se que, dos 35 itens, 25 (71,4%) foram tidos como relacionados ao assunto da escala por todos os juízes (N=7; 100%); sete (20%) itens foram considerados pertinentes à *confiança materna na prevenção da diarreia infantil* por seis juízes (85,7%); e dois itens (5,7%), por cinco (71,4%) juízes. Apenas o item 10 (*eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira*) foi dito relacionado ao construto somente por quatro juízes (57,1%) (**Quadro 6**).

No que concerne à relevância do item na escala, considerou-se o critério de Pasquali (1998) de no mínimo 80% de concordância, ou seja, para que o item fosse considerado relevante, deveria obter concordância de, pelo menos, seis juízes, conforme pode ser verificado no **Gráfico 2**.

Gráfico 2 – Distribuição dos itens considerados em relação à relevância na escala. Fortaleza, 2010



Verificou-se que a presença de 29 itens (82,9%) na escala foi considerada relevante pelos juízes, dessa forma, apenas seis itens (17,1%) deveriam ser retirados da quinta versão da escala (instrumento-piloto), sendo eles os itens de número: 7, 8, 10, 25, 27 e 29.

A **Tabela 2** demonstra os I-CVI de cada item, conforme a primeira análise dos juízes.

Tabela 2 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI), de acordo com primeira análise dos juízes. Fortaleza, 2010

Item	I-CVI
1	1
2	0,857
3	0,857
4	1
5	0,857
6	0,857
7	0,714
8	0,428
9	0,857
10	0,285
11	1
12	0,857
13	1
14	0,857
15	1
16	0,571
17	1
18	0,571
19	0,857
20	0,714
21	1
22	1
23	1
24	0,857
25	0,857
26	1
27	0,571
28	0,857
29	0,571
30	0,571
31	1
32	1
33	0,857
34	1
35	1

Ao aplicar as três equações (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI), obteve-se um IVC de 0,84, indicando que a escala é representativa do conteúdo a ser estudado sobre a prevenção da diarreia infantil.

De acordo com a **Tabela 2**, verificou-se que nove itens apresentaram valores de I-CVI inferiores a 0,80 (7, 8, 10, 16, 18, 20, 27, 29, 30), por esse motivo, oito foram retirados da escala.

O item 18 (*eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir*) da primeira versão da escala, apesar de ter possuído IVC inferior a 0,80, permaneceu na segunda versão da escala por ter sido considerado relevante para a prevenção de diarreia infantil, do ponto de vista da pesquisadora. Devido ao fato de

existirem controvérsias acerca da possibilidade de contaminação microbiológica na face externa de embalagens de bebidas (garrafas de polietileno tereftalato – PET; latas de alumínio; embalagens de achocolatados, sucos e iogurtes, entre outros) (DANTAS; SILVA; DANTAS, 2006; DANTAS *et al.*, 2009), optou-se por conduzir o item 18 à etapa de análise semântica das mães para que, dependendo dos resultados encontrados, o mesmo fosse mantido ou excluído da escala.

Assim, comparando-se os resultados obtidos nesta primeira análise dos juízes, verifica-se por meio do **Quadro 7** que, dos 35 itens da primeira versão da escala, 13 itens mostraram-se inadequados em relação aos seguintes quesitos: clareza e compreensão, associação à confiança materna na prevenção da diarreia infantil, relevância na escala e grau de relevância (IVC).

Quadro 7 – Relação dos itens considerados inadequados em algum dos quesitos avaliados na primeira análise dos juízes. Fortaleza, 2010

Item	Clareza e Compreensão	Associação à confiança materna na prevenção da diarreia infantil	Relevância do item na escala (Concordância<80%)	Grau de relevância do item na escala (IVC)
3	Inadequado			
6	Inadequado			
7			Inadequado	Inadequado
8			Inadequado	Inadequado
10	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado
16				Inadequado
18	Inadequado			Inadequado
20				Inadequado
25	Inadequado		Inadequado	
27			Inadequado	Inadequado
29			Inadequado	Inadequado
30				Inadequado
31	Inadequado			

Dos 13 itens observados no **Quadro 7**, um item permaneceu inadequado nos quatro quesitos destacados, enquanto que seis itens mostraram-se inadequados em dois quesitos, e os demais em apenas um quesito. Destacando-se que nove itens obtiveram o IVC inadequado (IVC<0,80).

Diante dos resultados obtidos, visando tornar adequados estes itens considerados não claros e incompreensíveis, acatou-se boa parte das sugestões dos juízes, inclusive alguns itens que tinham alcançado níveis de concordância adequados foram reestruturados, buscando-se um melhor entendimento dos mesmos. Tais alterações podem ser observadas no

Quadro 8. Ressalta-se que, com o intuito de manter o sigilo das identidades, cada juiz foi referido por um número, o qual representava a ordem de entrega dos formulários à pesquisadora.

Quadro 8 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versões da escala. Fortaleza, 2010

Nº de cada item na 1ª versão	Itens da primeira versão da escala	Considerações e sugestões dos juízes acatadas	Motivo de retirada do item	Nº de cada item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com sabão antes das refeições.			1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio.	Juízes 2, 3: “o termo hipoclorito de sódio pode não ser compreendido por pessoas com nível de instrução mais baixo” Juiz 6: inserir “hipoclorito de sódio ou água sanitária”		2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.
3	Eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	Juiz 3: o domínio comportamento materno poderia ser fundido nos demais Juiz 6: substituir “eu posso (...)” por “eu consigo (...)”		3	Eu consigo observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.
4	Posso sempre lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer alimentos.	Juiz 6: retirar a palavra “sempre”; retirar a palavra “comer”, pois o ato de a mãe lavar as mãos antes de ela mesma comer não interfere na prevenção da diarreia infantil.		4	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.
5	Eu sempre consigo manter o local onde preparo a comida limpo.	Juiz 6: modificar a estrutura da afirmação “eu consigo manter limpo o local onde preparo a comida”; retirar a palavra “sempre”		5	Eu consigo manter limpo o local onde preparo a comida.

6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos.	Juiz 1: modificar a estrutura da afirmação “eu consigo deixar coberto os alimentos (...)” Juiz 2: “(...) em todos os momentos” está generalizando, muito amplo Juiz 5: substituir “em todos os momentos” por “durante as refeições”		6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água durante as refeições.
7	Posso manter sempre o meu cabelo limpo e bem amarrado enquanto estou preparando o alimento do meu filho.	Juiz 2: o domínio comportamento materno poderia ser fundido nos demais Juiz 6: retirar a palavra “sempre”	IVC < 0,80		
8	Eu sempre consigo lavar os objetos de cozinha da minha casa, logo após seu uso.	Juiz 6: retirar a palavra “sempre”	IVC < 0,80		
9	Eu posso acompanhar o crescimento e desenvolvimento do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	Juiz 6: “eu consigo acompanhar (...)”		7	Eu consigo acompanhar a saúde do meu filho levando-o para o serviço de saúde.
10	Eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira.		IVC < 0,80		
11	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.			8	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.
12	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.			9	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.
13	Eu consigo lavar as mãos com sabão antes de alimentar o meu filho.	Juiz 5: “eu consigo lavar minhas mãos (...)”		10	Eu consigo lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.
14	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.			11	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.
15	Após o consumo dos alimentos, eu posso guardá-los na geladeira.			12	Após o consumo dos alimentos, eu consigo guardá-los na geladeira.
16	Eu posso lavar as mãos após pegar em dinheiro.		IVC < 0,80		
17	Eu posso sempre levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	Juiz 6: retirar a palavra “sempre”		13	Eu consigo levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.
18	Eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir.		IVC < 0,80	14	Eu consigo lavar com água e sabão recipientes de bebidas, antes de dar para o meu filho beber.

19	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê por 3 meses.	Juiz 1: “(...) nos primeiros 3 meses de vida”		15	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos primeiros 3 meses de vida.
20	Eu posso fazer meu filho lavar as mãos após pegar em animais.		IVC < 0,80		
21	Eu sempre consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	Juiz 6: retirar a palavra “sempre”		16	Eu consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.
22	Eu posso lavar as mãos após mexer na lixeira.	Juiz 5: “eu consigo lavar (...)”		17	Eu consigo lavar as mãos após mexer na lixeira.
23	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.			18	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.
24	Eu consigo descartar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	Juiz 5: substituir o termo “descartar” por “jogar”		19	Eu consigo jogar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.
25	Eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da casa.	Juiz 2: a palavra “descartar” deixa o item confuso		20	Eu consigo manter o meu domicílio limpo descartando o lixo fora da casa.
26	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de ir ao banheiro.	Juiz 6: retirar a palavra “sempre”		21	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.
27	Eu sempre coloco para lavar a roupa que meu filho usou durante o dia.		IVC < 0,80		
28	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.			23	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.
29	Eu consigo evitar que meu filho entre em contato com animais de rua.		IVC < 0,80		
30	Eu consigo manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos.		IVC < 0,80		
31	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar.	Juiz 6: inserir exemplos de alimentos saudáveis, pois o termo saudável é algo relativo		24	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, frango, arroz, feijão).
32	Eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa.	Juiz 6: algumas famílias, dependendo das condições de moradia, não conseguem manter a higiene dentro de casa, sendo interessante um item “Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa”		22	Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa.
				25	Eu consigo manter meu filho calçado fora de casa.

33	Eu posso descartar o lixo sempre em local apropriado.	Juízes 2, 3, 5, 6: repetitivo, semelhante aos itens 24 e 25	Repetitivo		
34	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	Juíz 6: retirar a palavra “sempre”; inserir “(...) logo após ele fazer xixi ou cocô”		26	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.
35	Eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa.	Juíz 6: “eu posso ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral antes de oferecer à criança ”		27	Eu consigo ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.

Além das sugestões relacionadas a cada item individualmente obtidas na primeira análise dos juízes, o juiz 7 ressaltou que alguns itens pareciam repetitivos e sugeriu outras denominações para os domínios: questões de higiene, saneamento, comportamental, práticas alimentares e medidas preventivas.

Contudo, a escala trata da autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil, assim, itens relacionados a “saneamento” estariam, muitas vezes, fora do alcance de intervenções por parte das mães. Ademais, por tratar-se de uma escala de autoeficácia materna, todos os itens referiam-se à sua confiança em relação a diversos comportamentos preventivos, por esse motivo os domínios “comportamental” e de “medidas preventivas” sugeridos pelo juiz encontram-se implícitos ao longo da escala em todos os itens.

Concordou-se com o exposto pelos juízes no que concerne ao termo “hipoclorito de sódio”, pois poderia ser incompreensível para a população de estrato mais baixo, assim, acrescentou-se o termo “água sanitária” à afirmação.

Alguns itens da primeira versão da escala possuíam o termo “sempre”, o qual foi retirado por sugestão dos juízes, visto que, conforme evidenciado no critério da modalidade, de Pasquali (1998, 1999), devem-se evitar frases com expressões extremadas, já que haverá uma escala de Likert na qual o respondente poderá evidenciar sua escolha. O mesmo critério foi considerado ao se acatar a sugestão do juiz 5 de substituir os termos “em todos os momentos” por “durante as refeições”, no item 6.

Concordou-se com o juiz 6, que sugeriu no item 31 da primeira versão da escala, que fossem inseridos exemplos de alimentos saudáveis. Afinal, é um conceito abrangente que poderia dar margens a erros, tendo em vista que o que parece saudável para uma pessoa pode não ser considerado saudável para outra. Assim, para exemplificar, buscaram-se alguns dos alimentos da pirâmide alimentar infantil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), sendo o

item evidenciado da seguinte forma: *eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, frango, arroz, feijão)*.

O item 32 (*eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa*) também sofreu modificação, desmembrando-se em dois itens (22 - *eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa*; e 25 - *eu consigo manter meu filho calçado fora de casa*), pois realmente, conforme relatou o juiz 6, alguns domicílios não costumam cumprir práticas mínimas de higiene (SILVA *et al.*, 2005), sendo considerado relevante que as crianças fossem mantidas calçadas mesmo estando dentro dos seus lares.

O item 35 (*eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa*) da primeira versão da escala também foi modificado, por ter sido considerado pertinente o fato de algumas mães comprarem água mineral industrializada para o consumo. Além disso, acatou-se a sugestão do juiz 6 no que diz respeito ao termo “em casa”, pois daria a ideia de que toda a família deveria consumir tal água; contudo, considerando a realidade de algumas famílias brasileiras de dificuldades para ter acesso a água potável ou mineral para consumo humano (AMARAL *et al.*, 2003; RAMIRES *et al.*, 2004) e tendo em vista o foco da presente escala (prevenção de diarreia infantil), a água tratada deveria ser ingerida, pelo menos, pelas crianças dos domicílios. Assim, na segunda versão da escala o item foi redigido da seguinte forma: *eu consigo ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho*.

Além disso, conforme pode ser observado no **Quadro 8**, por decisão dos pesquisadores, considerando a numeração da primeira versão da escala, nos itens de números 1, 4, 13, 26 e 34 foi acrescido o termo “água”, pois os mesmos citavam lavagem das mãos “com sabão”, assim, passaram a referir lavagem das mãos “com água e sabão”.

Em relação aos domínios/fatores nos quais a maioria dos juízes alocou cada item, pode-se verificar, por meio do **Quadro 9**, que alguns itens foram encaixados em mais de um domínio/fator por um mesmo juiz, resultando em oito respostas para cada um desses itens.

Quadro 9 – Distribuição dos itens da primeira versão da escala nos respectivos domínios/fatores, conforme nível de concordância entre os juízes. Fortaleza, 2010

Concordância percentual dos juízes										Total de itens
	42,9%	50%	57,1%	62,5%	66,7%	71,4%	85,7%	87,5%	100%	
Domínios										
Práticas alimentares	8	3**	2, 6, 21			31, 35	10, 15			9
Ambiente doméstico					30***		24, 25, 33	5**	28	6
Comportamento materno	29	3**	18, 19	34**		4, 11, 22	13	7**	9, 16, 17, 26	14
Higiene da criança/infantil	29					27	1, 12, 23	14**	20, 32	8
Total	2	1	5	1	1	6	9	3	7	37* 35

* Dois itens (3 e 29) foram enquadrados cada um em dois domínios/fatores diferentes, aumentando o número de itens na referida contagem.

** Possuíram 8 respostas, pois nestes itens alguns juízes os enquadraram em dois domínios/fatores.

*** Possui 6 respostas, pois um dos juízes não opinou em relação a este item (30).

Comparando-se os domínios/fatores escolhidos pelos juízes para cada item (**Quadro 9**) e os domínios/fatores identificados por meio do aprofundamento das definições operacionais do polo teórico e experiência da pesquisadora (**Quadro 4**), pode-se verificar que apenas sete itens (20%) não coincidiram em relação aos domínios/fatores (3, 8, 11, 15, 19, 21, 29). Dessa forma, esses itens deveriam ser reformulados de maneira a deixar mais evidente o domínio/fator relacionado, com exceção dos itens 8 e 29, os quais foram excluídos mediante o $IVC < 0,80$.

Vale ressaltar que alguns juízes referiram que os itens do domínio 3 (comportamento materno) poderiam ser enquadrados em outros domínios. Assim, diante dessa sugestão, as demais versões da escala passaram a ser compostas por três domínios/fatores, visto que se optou por retirar o domínio 3 relacionado ao “comportamento materno”, pois como se trata de uma escala que mensura a autoeficácia da mãe na prevenção da diarreia infantil, presume-se que todos os itens relacionem-se a atos preventivos que dependam do comportamento da mãe.

Diante da avaliação dos 35 itens pelos juízes, considerando os quesitos analisados e suas sugestões, 27 itens mantiveram-se na escala.

6.1.5 Análise semântica

A idade média das mães foi de 31 anos, estando a maioria na faixa etária entre 30 e 39 anos (N=13; 44%). A idade média dos seus filhos foi de 2,7 anos e a maioria dessas crianças era do sexo feminino (N=17; 56%).

Em relação à escolaridade das mães, estas possuíam em média 8,3 anos de estudo, sendo que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto (N=17; 56%), seguida por aquelas que tinham o ensino médio completo (N=7; 23,3%).

A maior parcela das mães referiu como estado civil a união consensual (N=20; 66,7%). Em média, cada domicílio possuía cinco moradores, cuja renda *per capita* foi de R\$ 160,00. O tempo de moradia dessas famílias no mesmo domicílio foi de, em média, 12 anos.

Ressalta-se que, com o intuito de manter o sigilo das identidades, cada mãe foi denominada pela letra M seguida pelo número do seu formulário, o qual cumpriu a ordem das entrevistas realizadas.

No **Quadro 10**, pode-se observar as sugestões e dúvidas referidas pelas mães participantes da análise semântica dos itens da segunda versão da escala.

Quadro 10 – Distribuição das sugestões e dúvidas das mães decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão da escala. Fortaleza, 2010

Nº do item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala	Sugestões/dúvidas das mães
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	
3	Eu consigo observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	
4	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.	M9. Sugeriu inserir “lavar minhas mãos”
5	Eu consigo manter limpo o local onde preparo a comida.	
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água durante as refeições.	M1. Sugeriu inserir “ depois de me servir ”
7	Eu consigo acompanhar a saúde do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	M8, M14, M16, M17, M19. Referiram que só levam para o serviço de saúde quando estão doentes. M23. Referiu levar mesmo quando ele não está doente.
8	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	
9	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	M13. Referiu que não dá só um banho por dia, dá muito mais.
10	Eu consigo lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	
11	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	

12	Após o consumo dos alimentos, eu consigo guardá-los na geladeira.	M2, M7, M30. Referiram que não dá para compreender que é o alimento que sobra de uma refeição. M4. Referiu não guardar as sobras na geladeira, pois joga no lixo. M6. Referiu não guardar as sobras, pois não possui geladeira. M7, M27. Referiram que o item não deixa evidente se é em relação aos adultos ou à criança, pois se tratam de condutas diferentes.
13	Eu consigo levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	
14	Eu consigo lavar com água e sabão recipientes de bebidas, antes de dar para o meu filho beber.	M1, M4, M6, M15, M24, M26. Confundiram os termos “recipientes de bebida” com copos ou mamadeiras. M3, M11. Referiram que talvez fosse bom colocar exemplos desses recipientes.
15	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos primeiros 3 meses de vida.	
16	Eu consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	M28. Referiram que o item deixa dúvidas com relação à frequência, é todo dia ou após cada uso?
17	Eu consigo lavar as mãos após mexer na lixeira.	M5, M13. Sugeriram inserir “lavar as mãos com água e sabão”
18	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	M1, M7. Referiram que só conseguem mantê-las curtas, pois o filho rói as próprias unhas.
19	Eu consigo jogar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	M1. Referiu colocar o lixo em sacos plásticos amarrados. M7. Sugeriu substituir “domicílio” por “casa” M29. Sugeriu inserir exemplos de recipientes fechados onde o lixo pode ser jogado
20	Eu consigo manter o meu domicílio limpo descartando o lixo fora da casa.	M3. Sugeriu substituir “descartando” por “ jogando ”
21	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	
23	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.	M27. Sugeriu inserir exemplos de insetos
24	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, frango, arroz, feijão).	
22	Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa.	M30. Referiu não ser necessário manter o filho calçado dentro de casa, pois a mesma sempre é mantida limpa.
25	Eu consigo manter meu filho calçado fora de casa.	
26	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	M3. Sugeriu inserir “lavar as minhas mãos”
27	Eu consigo ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	

Pode-se observar que as sugestões das mães que participaram da etapa de análise semântica foram bastante relevantes para a construção da escala, por isso, a maioria delas foi acatada e, em relação às dúvidas, buscou-se elucidá-las.

Salienta-se que uma das mães (M9) ofereceu uma sugestão considerada pertinente no que concerne ao conjunto dos itens, quando referiu que o fato de ela poder ou conseguir cumprir determinado comportamento não significa que ela realmente se ache capaz de exercer tal tarefa ou prática. Por esse motivo, conforme se observa no **Quadro 11**, na terceira versão da escala todos os itens passaram a se iniciar por “eu sou capaz de”; dessa maneira, tornou-se evidente que a escala avalia a capacidade materna, a sua confiança, a sua autoeficácia, e não outros construtos.

Além de terem sido efetuadas mudanças na escala devido às sugestões das mães, os próprios pesquisadores que aplicaram o instrumento na análise semântica (segunda versão da escala) verificaram a necessidade de outras alterações, visando tornar os itens mais compreensíveis. Assim, optou-se por substituir o termo “ferver” do item 16, por “escaldar”, devido ao fato de ser uma palavra mais popular em relação ao conteúdo do item. No item 24 foi acrescentado o alimento “ovo”, porque, devido ao baixo custo, pode ser considerado uma fonte proteica muito presente na dieta das crianças de famílias mais humildes. No item 8, relacionado ao aleitamento materno, foi especificado a quais 6 meses o item estava se referindo, adicionando-se *durante os seus primeiros 6 meses de vida*.

Diante das alterações realizadas, evidenciou-se a terceira versão da EAPDI, a qual pode ser observada e comparada com a segunda versão no **Quadro 11**. As alterações realizadas entre as duas versões encontram-se sublinhadas na terceira versão da escala.

Quadro 11 – Distribuição dos itens da segunda e terceira versões da EAPDI. Fortaleza, 2010

Nº de cada item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala	Nº de cada item na 3ª versão	Itens da terceira versão da escala
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	1	<u>Eu sou capaz de fazer com</u> que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	2	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.
3	Eu consigo observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	3	<u>Eu sou capaz de</u> observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.
4	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.	4	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as <u>minhas</u> mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.

5	Eu consigo manter limpo o local onde preparo a comida.	5	<u>Eu sou capaz de</u> manter limpo o local onde preparo a comida.
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água durante as refeições.	6	<u>Eu sou capaz de</u> cobrir os alimentos e a água <u>depois de me servir</u> .
7	Eu consigo acompanhar a saúde do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	7	<u>Eu sou capaz de</u> levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente.
8	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	8	<u>Eu sou capaz de</u> amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.
9	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	9	<u>Eu sou capaz de</u> dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.
10	Eu consigo lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	10	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.
11	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	11	<u>Eu sou capaz de</u> evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.
12	Após o consumo dos alimentos, eu consigo guardá-los na geladeira.	12	<u>Eu sou capaz de</u> jogar fora o que sobra da refeição do meu filho.
13	Eu consigo levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	13	<u>Eu sou capaz de</u> levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.
14	Eu consigo lavar com água e sabão recipientes de bebidas, antes de dar para o meu filho beber.		Retirado devido ao IVC<0,8 e por ter gerado inúmeras dúvidas na etapa de análise semântica
15	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos primeiros 3 meses de vida.	14	<u>Eu sou capaz de</u> oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos seus primeiros 3 meses de vida.
16	Eu consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	15	<u>Eu sou capaz de</u> escaldar a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.
17	Eu consigo lavar as mãos após mexer na lixeira.	16	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.
18	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	17	<u>Eu sou capaz de</u> cortar as unhas do meu filho quando necessário.
19	Eu consigo jogar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	18	<u>Eu sou capaz de</u> jogar o lixo da minha casa em sacos plásticos amarrados.
20	Eu consigo manter o meu domicílio limpo descartando o lixo fora da casa.	19	<u>Eu sou capaz de</u> manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.
21	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	20	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.
22	Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa.	22	<u>Eu sou capaz de</u> manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.
23	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.		Retirado por ter sido considerado irrelevante após a análise semântica
24	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, frango, arroz, feijão).	21	<u>Eu sou capaz de</u> oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).
25	Eu consigo manter meu filho calçado fora de casa.	23	<u>Eu sou capaz de</u> manter meu filho calçado fora de casa.
26	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	24	<u>Eu sou capaz de</u> lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.
27	Eu consigo ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	25	<u>Eu sou capaz de</u> ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.

Pode-se verificar que o item 14 da segunda versão da escala realmente foi retirado, pois, apesar de ter sido considerado relevante pela pesquisadora, apresentou IVC inadequado ($IVC < 0,8$). Além disso, gerou inúmeras dúvidas entre as mães que participaram da análise semântica. Assim, visando manter a qualidade da escala, o mesmo foi excluído do instrumento.

Na etapa de análise semântica, algumas mães referiram que conseguiam manter as unhas do seu filho curtas e limpas devido ao fato de a criança roer suas unhas, hábito considerado fator de risco para a aquisição de verminoses e, conseqüentemente, de diarreia. Dessa forma, na terceira versão da escala o item foi escrito de maneira mais objetiva: *eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário*, evitando-se que o item se tornasse dúbio.

O item 19 (segunda versão da escala), *eu consigo jogar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados*, também foi modificado, pois o termo “recipientes fechados” gerou dúvidas entre as mães participantes da análise semântica. Assim, acreditando que a realidade mais presente relacionada ao descarte de lixo doméstico seja o seu acondicionamento em sacos plásticos amarrados, o item 18 (terceira versão da escala) passou a ser escrito da seguinte maneira: *eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos plásticos amarrados*.

O item 22, *eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa*, devido à análise semântica foi modificado, visto que, quando o domicílio encontra-se limpo, em geral as mães permitem que seus filhos permaneçam descalços dentro de casa. Por isso, o item passou a ser escrito da seguinte forma: *eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão*.

O item 23, *eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa*, foi excluído da escala por se considerar que a presença ou ausência de determinados insetos ou ratos não depende do comportamento materno. Afinal, em muitos casos, mesmo que se tenha zelo para com o ambiente doméstico, quando a vizinhança não faz o mesmo, tais infestações terminam por aparecer nas casas de toda a comunidade.

Assim, tendo em vista tantas modificações realizadas desde a primeira versão da escala, inclusive no que concerne ao radical de cada item, que passou a ser *eu sou capaz de*, optou-se por uma segunda etapa de análise pelos juízes, com o intuito de confirmar a relevância de cada item no contexto da escala e de verificar se os juízes concordariam com as alterações realizadas.

6.1.6 Segunda análise dos juízes (validade de conteúdo)

Nesta etapa do estudo, denominada segunda análise dos juízes, os mesmos foram convidados a analisar apenas os 25 itens restantes, ou seja, a terceira versão da escala, em relação à sua relevância e ao seu grau de relevância na escala, havendo ainda, no instrumento que lhes foi dado, um espaço destinado a qualquer sugestão ou alteração consideradas pertinentes.

Em relação à relevância de cada item na EAPDI, os itens 12 (*eu sou capaz de jogar fora o que sobra da refeição do meu filho*) e 17 (*eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário*) foram considerados relevantes por 6 (85,7%) juízes. Dessa forma, como essa concordância obedeceu ao valor mínimo aceitável de 80% (PASQUALI, 1998), os itens foram considerados relevantes na composição da escala. Destaca-se que os demais itens foram ditos como de presença relevante na escala pela totalidade de juízes (N=7; 100%).

Como nesta segunda análise dos juízes realizou-se avaliação do grau de relevância de cada item na escala (1- irrelevante, 2- pouco relevante, 3- realmente relevante e 4- muito relevante), foi possível calcular novamente o I-CVI, conforme verifica-se na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (I-CVI) obtidos na segunda análise dos juízes. Fortaleza, 2010

Item	I-CVI
1	1
2	0,857
3	0,857
4	1
5	1
6	1
7	0,857
8	1
9	0,857
10	1
11	1
12	0,857
13	1
14	1
15	1
16	1
17	0,857
18	<u>1</u>
19	0,857
20	1
21	1
22	1
23	1
24	1
25	1

O valor das equações SVI-Ave, SCVI/UA e o I-CVI obtido foi 0,96, demonstrando que os itens são válidos dentro da temática de prevenção da diarreia infantil. Além disso, comparando-se os valores de IVC entre a primeira e a segunda análise dos juízes, eles se elevaram, passando de 0,86 para 0,96, verificando-se uma melhoria considerável da validade da EAPDI.

Em relação às sugestões dos juízes nesta etapa, o juiz 3 questionou o fato de os itens não seguirem uma mesma sequência, por exemplo, iniciando-se a escala com todos os itens que se referem a higiene, seguidos pelos itens sobre amamentação, e assim, sucessivamente, pois, trazendo os itens sem uma ordem específica, isso poderia dar às mães a impressão de já terem respondido a um item semelhante. Contudo, acredita-se que tal fato não influencia negativamente na aplicação da escala, pois todos os itens tratam de comportamentos diferentes.

Ao final do instrumento que os juízes receberam nesta segunda análise (APÊNDICE H), foram questionados acerca da troca dos enunciados “eu consigo” e “eu posso” por “eu sou capaz de”. Assim, por meio das respostas pode-se constatar que a maioria dos juízes (N=6; 85,7%) concordou com a mudança do enunciado:

Achei a mudança pertinente, pois fica mais compreensível na cultura brasileira. (Juiz 1)

Em minha opinião, a expressão “eu sou capaz de” é mais próxima do conceito de autoeficácia. (Juiz 2)

Acredito que o termo “eu sou capaz de” dá uma ideia mais clara de potencialidade para realização das atividades de prevenção frente à diarreia. (Juiz 3)

Achei a mudança importante, pois dá exatamente a ideia de autonomia e responsabilidade que poderá levar à mudança comportamental de determinado grupo de pessoas, para tanto é necessário acreditar “ser capaz de”. (Juiz 4)

Acho que, como o intuito da escala é medir a capacidade da mãe para prevenir a diarreia infantil, este enunciado está coerente. (Juiz 6)

Achei a troca dos enunciados apropriada. (Juiz 7)

Contudo, um dos juízes referiu que:

“Eu sou capaz de” parece medir uma habilidade e não uma intenção. Sugiro inserir nos enunciados “eu sempre procuro”, por demonstrar um potencial em realizar uma tarefa. (Juiz 5)

Conceitualmente, de acordo com o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986), a intenção é um desígnio deliberado de praticar determinado ato; vontade, desejo; pensamento secreto e reservado. Já habilidade é uma qualidade daquele que é

hábil; capacidade, destreza, agilidade, enquanto que hábil é aquele que tem aptidão para alguma coisa; é competente, apto, capaz.

Assim, já que a autoeficácia compreende um julgamento pessoal de capacidade relativa a um determinado domínio, referindo-se ao que o indivíduo acredita ser capaz de realizar, em uma variedade de circunstâncias (BANDURA, 1986), evidencia-se que é um conceito que mensura a capacidade e não uma intenção.

Tendo em vista que a capacidade é a qualidade de quem é apto a fazer determinada coisa, a compreendê-la; competência, cujos sinônimos são aptidão, faculdade, habilidade; inteligência, talento, valor (FERREIRA, 1986), então acredita-se que o enunciado “eu sou capaz de” exprime mais adequadamente o conceito de autoeficácia a ser mensurado na EAPDI.

O juiz 6 questionou o fato de ser o mesmo enunciado em todos os itens, contudo acrescentou que, se isso não se mostrasse como empecilho no pré-teste, concordaria em deixá-lo.

Após esta segunda análise dos juízes, a escala continuou com 25 itens, sendo denominada de quarta versão da escala, a qual foi submetida às mães da etapa seguinte (pré-teste).

6.1.7 Pré-teste

A idade média das mães foi de 32 anos, estando a maioria na faixa etária entre 30 e 35 anos (N=15; 48,4%). A idade média dos seus filhos foi de 3 anos, e a maioria dessas crianças era do sexo feminino (N=16; 51,6%).

Em relação à escolaridade das mães, estas possuíam em média 8,5 anos de estudo, sendo que a maioria possuía o ensino fundamental incompleto (N=14; 45,2%), seguida por aquelas que tinham o ensino médio completo (N=6; 19,6%), e apenas uma das mães nunca havia estudado (N=1; 3,2%).

A maior parcela das mães era dona de casa (N=21; 67,7%) e referiu como estado civil a união consensual (N=19; 61,3%). Em média, cada domicílio possuía cinco moradores, cuja renda *per capita* foi de R\$ 138,54. O tempo de moradia dessas famílias no mesmo domicílio foi de, em média, 8 anos.

Em relação à quarta versão da escala aplicada às 31 mães do pré-teste, a aplicação da mesma durou em média sete minutos. Algumas dúvidas foram relatadas pelas mães, enquanto que outras foram observadas pelos próprios pesquisadores. O item 9 (*eu sou capaz*

de dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia), na percepção dos pesquisadores, gerou algumas dúvidas entre as mães, pois muitas não davam atenção aos termos “pelo menos” e respondiam discordo totalmente ou discordo, mas logo após complementavam com um comentário do tipo “*dou muito mais do que um banho no meu filho, o tempo aqui sempre é muito quente*”. Assim, o item passou a ser escrito da seguinte forma: *eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia*.

Verificou-se também que o item 12 (*eu sou capaz de jogar fora o que sobra da refeição do meu filho*) deveria ser modificado, pois poderia gerar dúvidas, visto que algumas mães referiram que não jogavam a sobra de alimentos no lixo, oferecendo-a para os filhos que tinham mais idade ou elas mesmas ingeriam o resto do alimento. Algumas destacaram ainda, com tom de desaprovação, que “é pecado jogar comida fora”. Assim, optou-se por modificar o item para a seguinte versão: *eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores*.

No que diz respeito ao item 15 (*eu sou capaz de esquentar a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso*), algumas mães referiram que haviam assistido na televisão reportagens acerca de uma substância tóxica que se soltava do plástico das mamadeiras, quando estas eram submetidas a temperaturas elevadas.

Verificando tal fato na literatura científica, confirmou-se a veracidade da informação relatada pelas mães, visto que materiais como mamadeiras, garrafas de água mineral, selantes dentários, latas de conserva, lentes de óculos, encanamentos de água de abastecimento, adesivos, impermeabilizantes de papéis, tintas, entre outros, são constituídos por Bisfenol A (BPA). Tais materiais sofrem processos que resultam na liberação do BPA livre em alimentos, bebidas e no ambiente (KANG; KONDO; KATAYAMA, 2006; SONNENSCHNEIN; SOTO, 1998; VOM SAAL; WELSHONS, 2006; WELSHONS; NAGEL; VOM SAAL, 2006).

O BPA atua como interferente endócrino, apresentando atividade estrogênica, podendo causar efeitos nas células pituitárias, pancreáticas e da próstata de camundongos, bem como nas células de câncer de mama humanas, mesmo quando está presente em dosagens muito baixas, da ordem de partes por trilhão (ppt) (picogramas por mL) (VOM SAAL *et al.*, 2007; WELSHONS; NAGEL; VOM SAAL, 2006).

Além disso, destaca-se que estudos epidemiológicos levaram à comprovação de que há correlação entre a concentração de BPA no sangue e o desenvolvimento de doenças em seres humanos, tais como obesidade, síndrome dos ovários policísticos, hiperplasia do endométrio e abortos (HIROI *et al.*, 2004; TAKEUCHI *et al.*, 2004; SUGIURA-

OGASAWARA *et al.*, 2005). Estudo divulgado em 2008 encontrou correlação entre os níveis de BPA presentes na urina de pessoas adultas (18 a 74 anos de idade), com o desencadeamento de diabetes e mal funcionamento do fígado, entre outros efeitos (LANG *et al.*, 2008).

O BPA foi encontrado em fluidos corporais de seres humanos, em uma faixa de concentração de partes por bilhão (ppb), que é 1.000 vezes maior do que a concentração necessária (partes por trilhão) para que ocorram os efeitos celulares descritos acima (VOM SAAL *et al.*, 2007; WELSHONS; NAGEL; VOM SAAL, 2006). Particularmente preocupantes são os elevados níveis de BPA detectados no soro do cordão umbilical dos fetos, no soro materno durante a gravidez, e no fluido amniótico fetal, durante o período de maior sensibilidade do feto humano aos efeitos danosos dos interferentes endócrinos. Os níveis aferidos de BPA circulando livre no sangue de adultos ficaram na faixa de 0,2 a 20 ppb, enquanto que, na placenta, esses valores ultrapassaram 100 ppb (WELSHONS; NAGEL; VOM SAAL, 2006).

Notícia publicada no jornal New York Times divulgou que governo do Canadá proibiu a comercialização, a partir de 19 de junho de 2008, de mamadeiras de bebês feitas com policarbonato, devido aos efeitos tóxicos do Bisfenol A liberado a partir desses plásticos (AUSTEN, 2008).

Assim, optou-se por escrever o item 15 da seguinte maneira: *eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.*

Apesar de as mães não terem sugerido nenhuma alteração no item 18 (*eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos plásticos amarrados*), a pesquisadora achou por bem retirar a palavra “plásticos”, visto que se trata de um material prejudicial ao meio ambiente, cujo uso vem sendo desencorajado, e o item ficou da seguinte maneira: *eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.*

Efetuada as referidas alterações, originou-se a quinta versão da escala (25 itens) ou instrumento-piloto, a qual ficou composta por três domínios/fatores (**Quadro 12**).

Quadro 12 – Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a quinta versão da escala (instrumento-piloto). Fortaleza, 2010

	Itens do instrumento-piloto	Domínio
1	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	Higiene da família
2	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	Ambiente doméstico
3	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	Práticas alimentares
4	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	Higiene da família
5	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	Ambiente doméstico
6	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	Ambiente doméstico
7	Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente.	Higiene da família
8	Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.	Práticas alimentares
9	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia	Higiene da família
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	Higiene da família
11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	Higiene da família
12	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores	Práticas alimentares
13	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	Higiene da família
14	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.	Práticas alimentares
15	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	Ambiente doméstico
16	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	Higiene da família
17	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	Higiene da família
18	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	Ambiente doméstico
19	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	Ambiente doméstico
20	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	Higiene da família
21	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	Práticas alimentares
22	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	Ambiente doméstico
23	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	Higiene da família
24	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	Higiene da família
25	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	Práticas alimentares

Assim, a quinta versão da escala (instrumento-piloto), a qual será utilizada no polo empírico manteve-se com 25 itens e três domínios/fatores, distribuídos da seguinte forma: 12 (48%) itens no domínio/fator higiene da família, sete (28%) em ambiente doméstico e seis (24%) em práticas alimentares.

6.2 Polo empírico

6.2.1 Caracterização da amostra

As características sociodemográficas da amostra estudada estão apresentadas na **Tabela 4**.

Tabela 4 – Distribuição das participantes do estudo segundo características sociodemográficas. Fortaleza, 2010

Variáveis	N	%	Média (Desvio padrão)
Idade (N=447)			28,34 (±7,67)
14 – 19	42	9,4	
20 – 29	231	51,6	
30 – 39	137	30,6	
40 – 59	37	8,3	
Estado civil (N=445)			
Casada/união consensual	372	83,6	
Outros	73	16,4	
Anos de estudo (N=444)			9,07 (±2,85)
6	96	21,6	
7 – 10	176	39,6	
11 – 13	172	38,7	
Trabalha fora de casa (N=445)			
Sim	138	31	
Não	307	69	
Renda per capita em salários mínimos (N=429)			194,34 (±197,52)
0 – ¼ SM	188	43,8	
¼ SM – ½ SM	161	37,5	
½ SM – 1 SM	71	16,6	
1 SM	9	2,1	
Pessoas residindo no domicílio (N=448)			4,45 (±1,58)
2 – 3	142	31,7	
4 – 5	214	47,8	
6 – 11	92	20,5	
Tempo de moradia no mesmo lar em meses (N=443)			110,35 (±119,45)
12	94	21,2	
13 – 60	138	31,2	
61	211	47,6	
Número de filhos (N=442)			1,98 (±1,19)
1	200	45,2	
2	127	28,7	
3 – 4	97	21,9	
5 – 8	18	4,1	
Sexo da criança (N=448)			
Masculino	223	49,8	
Feminino	225	50,2	
Idade da criança (N=448)			28,75 (±20,98)
6 meses	87	19,4	
7 – 12 meses	54	12,1	
13 – 36 meses	144	32,1	
> 36 meses	163	36,4	

§ Salário mínimo durante o estudo foi igual a R\$ 510.

De acordo com a **Tabela 4**, a idade das mães de crianças menores de 5 anos variou de 14 a 59 anos, tendo sido a faixa etária mais predominante a de mulheres entre 20 e 29 anos (N=231; 51,6%), seguidas pelas mães com idade de 30 a 39 anos (N=137; 30,6%), com média de 28,34 anos (DP= ± 7,67). Vale ressaltar a presença de 42 (9,4%) mães adolescentes na amostra, com idades entre 14 e 19 anos (IBGE, 2009).

Tais dados corroboram com achados nacionais, visto que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desde o ano 2000 até 2006, a faixa etária de 20 a 29 anos é a que possui maior percentual de nascidos vivos, representando 54% em 2006, seguida pela de mães com idade entre 30 e 39 anos, faixa etária que apresentou um percentual de 22,4% (IBGE, 2009).

Achados semelhantes foram identificados em estudo realizado com crianças desnutridas que apresentaram diarreia por rotavírus, visto que a maioria das mães dessas crianças possuía idade entre 19 e 29 anos (72%), seguida pelas mães com idade superior a 30 anos (18%) (CAUÁS *et al.*, 2006).

Nanan *et al.* (2003) observou uma redução de 2,6% nas probabilidades de diarreia para cada aumento anual da idade da mãe. Vanderlei, Silva e Braga (2003) concordam, ao afirmarem que a idade da pessoa que cuida da criança, geralmente a mãe, associa-se com o internamento da criança por diarreia aguda. Além disso, indubitavelmente, quanto menor a idade materna, maior o risco de morbimortalidade infantil (PEREIRA; CABRAL, 2008).

Em relação ao estado civil, verificou-se que as mães entrevistadas eram, em sua maioria, casadas ou viviam em união consensual (N=372; 83,6%), fato considerado positivo, visto que sabe-se que as crianças nascidas de mães casadas possuem mais chances de sobrevivência. Além disso, o estado civil é um indicador da posição da mulher dentro da família e, nesse contexto, o maior poder de decisão da mãe na unidade familiar é importante para a sobrevivência da criança (FRANÇA *et al.*, 2001). Assim, o fato de a mulher possuir um companheiro fixo pode representar fator de proteção para determinadas doenças que acometem o público infantil.

No presente estudo, as mães tinham em média 9,07 anos de estudo (DP= $\pm 2,85$). Especificamente acerca dos cuidados maternos na prevenção de gastroenterites, Lins, Motta e Silva (2003) apontam que cada ano adicional de escolaridade materna é capaz de reduzir em 7% a incidência de enfermidades diarreicas em crianças.

Sabe-se que a contaminação das mãos de crianças, fator de risco para a diarreia, pode associar-se com o nível de escolaridade dos pais, visto que um estudo realizado em Creta revelou que crianças cujos pais possuem mais de 9 anos de estudo são significativamente menos contaminadas, em comparação com filhos de pais com até 9 anos de escolaridade (KYRIACOU *et al.*, 2009). A baixa escolaridade materna pode estar associada com a presença de enteroparasitos em crianças, os quais são, em muitos casos, causadores de diarreia infantil (FONSECA *et al.*, 2010).

Pereira e Cabral (2008) afirmam que um baixo grau de instrução é considerado fator de risco para adoecimento por doenças diarreicas agudas, fato que pode dever-se à dificuldade para entender as atividades educativas, muitas vezes limitando a busca dos benefícios necessários em função da pouca ou nenhuma experiência, levando também à ineficácia do cuidar, sobretudo em relação à higiene e alimentação.

Araújo *et al.* (2007a) corroboram, ao assegurarem que mães com boa instrução possuem melhores condições para compreender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aplicá-las na melhoria do cuidado infantil, sobretudo em relação a noções de higiene, imunização, terapia de hidratação oral e à própria amamentação.

A maioria das mães trabalhava em casa (N=307; 69%), enquanto que as que trabalham fora de casa (N=138; 31%) exerciam função de faxineira (N=31; 22,5%), costureira (N=23; 16,7%), autônoma (N=14; 10,1%), vendedora (N=11; 8%), auxiliar de serviços gerais (N=7; 5,1%), estudante (N=3; 2,2%), entre outras (N=49; 35,5%).

Esses achados se aproximam com os de Cauás *et al.* (2006), em que 78% das mães trabalhavam no próprio lar. Tal fato deve-se à existência de famílias com estrutura tradicional, em que o pai assume o sustento do grupo familiar e a mãe as funções de responder pelos cuidados e afetos dedicados às crianças (AMAZONAS *et al.*, 2003). Para alguns, este comportamento "de renúncia" por parte da mulher é valorizado; sendo dever dela se dedicar aos seus filhos, ao marido e ao bom andamento das atividades domésticas (BIASOLI-ALVES, 2000).

Contudo, estudos revelam que, mesmo as mães sendo donas de casa, esse fato não se constitui como fator de proteção para a ocorrência de afecções, tampouco para o internamento das crianças (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2003; XIMENES *et al.*, 2010).

Além disso, vale destacar que no presente estudo um número significativo de mães trabalhava fora do lar, fato que reflete um processo de aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a qual passou de 43% em 1990, para 55% em 2005 (TORRES; BICHIR; CARPIM, 2006).

Verificou-se que a maioria das famílias vivia abaixo da linha da pobreza, pois a renda *per capita* de zero a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (R\$ 127,50) predominou entre as famílias estudadas (N=188; 43,8%). Em geral, considera-se que o valor da linha de pobreza é de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* (ROCHA, 1996). Estudo de Cauás *et al.* (2006) encontrou renda *per capita* inferior a R\$ 150,00 em 96% da amostra; Fonseca *et al.* (2010) realizou estudo em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Norte e Nordeste

brasileiros, deparando-se com 74,9% das famílias com renda mensal igual ou inferior a 1 salário mínimo; enquanto que no estudo de Pereira e Cabral (2008) esse valor foi de 81,6%.

Além disso, a segunda faixa de renda mais prevalente no presente estudo foi de $\frac{1}{4}$ (R\$ 127,50) a $\frac{1}{2}$ (R\$ 255) do salário mínimo (N=161; 37,5%), seguida pela faixa de $\frac{1}{2}$ (R\$ 255) a menos de 1 salário mínimo (R\$ 510). Dessa forma, quase a totalidade de cada membro das famílias participantes sobrevive com menos de 1 salário mínimo por mês (N=420; 97,9%).

Tais achados preocupam, pois o nível da renda familiar é um indicador de bem-estar social; afinal, uma condição econômica familiar favorável permite o acesso a bens de consumo e serviços que proporcionam uma boa qualidade de vida, como boa moradia, saneamento básico e educação, fatores essenciais para a prevenção da diarreia entre as crianças (ARAÚJO *et al.*, 2007a).

Observou-se que a média de pessoas residindo em um mesmo domicílio foi de 4,45, havendo na maioria deles quatro a cinco pessoas (N=214; 47,8%). Sabe-se que o número elevado de pessoas morando na mesma casa pode configurar-se em situação de risco para diarreia (KUNII *et al.*, 2002; VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2003), talvez devido aos aglomerados de pessoas residindo em domicílios com poucos cômodos, dificultando, assim, as práticas preventivas de diarreia infantil, como higiene pessoal e limpeza doméstica.

A moradia por mais de 5 anos no mesmo domicílio prevaleceu (N=211; 47,6%), com uma média de aproximadamente 9 anos. Tal fato pode ser considerado positivo já que Teixeira e Heller (2005) referem que essa variável associa-se com a ocorrência de diarreia, pois, quanto maior o tempo de residência da família na moradia, maior o investimento dos moradores na melhoria de suas condições de habitabilidade, inclusive em relação às instalações sanitárias domiciliares (HELLER; COLOSIMO; ANTUNES, 2003).

A maioria das mulheres entrevistadas possuía apenas um filho (N=200; 45,2%), seguida pelas que possuíam dois filhos (N=127; 28,7%), havendo entre as famílias uma média de aproximadamente dois filhos. Esses achados conduzem ao pensamento de que, quanto menor o número de filhos, mais tempo e mais dedicação a mãe terá para cuidar dos mesmos. Contudo, considerando-se a autoeficácia (BANDURA, 1997), acredita-se que, quanto maior o número de filhos, maior a possibilidade de experiências anteriores exitosas com o cuidado infantil e com o manejo da diarreia, fato que poderia demonstrar-se positivo neste estudo.

A variável sexo da criança que possuía idade inferior a 5 anos revelou um certo equilíbrio na amostra, contudo, mesmo assim, a maioria das crianças era do sexo feminino (N=225; 50,2%). Esse achado poderia ser considerado negativo em relação à prevenção para

diarreia infantil, pois Nanan *et al.* (2003) verificou em seu estudo que crianças do sexo masculino possuem chance 25% menor de ter diarreia do que as meninas.

Contudo, estudo de Kyriacou *et al.* (2009) constatou que as mãos de crianças do sexo masculino em geral encontram-se mais contaminadas do que as de crianças do sexo feminino. Para os autores, tal fato pode estar associado às diferenças nos hábitos de higiene dos dois sexos, visto que os meninos tendem a ter atividades e jogos que trazem mais frequentemente contato com o solo e poeira (futebol, por exemplo), dessa forma, tornam-se mais facilmente contaminados.

Além disso, esse evento pode dever-se aos hábitos de higiene das próprias crianças, pois Guinan, McCuckin e Severeid (1997) verificaram que 58% das meninas estudadas lavavam as mãos após ir ao banheiro e 28% lavavam-nas com água e sabão, enquanto que, entre os meninos, 48% lavavam as mãos e 8% o faziam com água e sabão.

No que diz respeito à idade das crianças das mães entrevistadas, pode-se identificar que prevaleceram aquelas que tinham mais de 3 anos de idade (N=163; 36,4%), seguidas pelas que tinham entre 1 e 3 anos (N=144; 32,1%). A esse respeito, estudos revelam uma maior prevalência de diarreia infantil entre crianças menores de 1 ano (FAÇANHA, PINHEIRO, 2005; MELLI; WALDMAN, 2009) e entre aquelas de 1 a 4 anos de idade (DIAS *et al.*, 2010).

Sabe-se que, quanto maior a criança, menor a probabilidade de apresentar diarreia (FUCHS; VICTORA, 2002; TEIXEIRA; HELLER, 2005). Autores ainda referem que o risco de adquirir diarreia diminui 1,4% para cada aumento mensal na idade da criança (NANAN *et al.*, 2003). Tal fato deve-se provavelmente às crianças mais velhas apresentarem sistema imunológico mais desenvolvido e, portanto, maior resistência aos fatores etiológicos da diarreia (TEIXEIRA; HELLER, 2005).

É relevante esclarecer que crianças menores de 1 ano apresentam ritmo intestinal variável, e a presença de algumas dejeções ao dia não indica obrigatoriamente diarreia, sobretudo durante os três primeiros meses, em que o mecanismo de defecação é desencadeado por um reflexo decorrente da distensão da ampola retal, como no adulto, e pelo reflexo gastrocólico, bastante ativo nesse grupo etário. Esse reflexo determina uma frequência média de cinco a sete evacuações por dia, imediatamente após a ingestão de alimentos e diminui com o avançar da idade da criança (EUCLYDES, 2000).

Sabe-se que pobreza e condições de vida comprometidas são reconhecidas como mediadoras na ocorrência das doenças diarreicas. Além disso, embora os cuidadores muitas vezes não tenham imediata influência sobre o desenvolvimento econômico e social, os

mesmos podem ter um alto grau de controle sobre o bem-estar de seus filhos em termos de prevenção de diarreia (BACHRACH; GARDNER, 2002).

A **Tabela 5** revela dados relacionados às condições de moradia e ambientais das famílias estudadas.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo condições de moradia e ambientais. Fortaleza, 2010

Variáveis	N	%
Tipo de casa (N=448)		
Tijolo com reboco	396	88,4
Tijolo sem reboco	44	9,8
Mista	6	1,3
Tábua	2	0,4
Tipo de piso (N=448)		
Cimento	228	50,9
Cerâmica	207	46,2
Cerâmica e cimento	12	2,7
Terra batida	1	0,2
Abastecimento hídrico do domicílio (N=435)		
Rede pública	424	97,5
Poço/cacimba	10	2,3
Cisterna	1	0,2
Tipo de esgoto (N=448)		
Rede pública	282	62,9
Fossa	141	31,5
Céu aberto	18	4
Desconhecido	6	1,3
Outro	1	0,2
Destinação do lixo doméstico (N=448)		
Coleta pública	429	95,8
Lançado a céu aberto	19	4,2
Sanitário com descarga (N=447)		
Sim	343	76,7
Não	102	22,8
Sem sanitário	2	0,4
Existência de refrigerador (N=444)		
Sim	402	90,5
Não	42	9,5
Presença de moscas no domicílio (N=447)		
Às vezes (independente da época do ano)	186	41,6
Nunca aparece	145	32,4
Durante todo o ano	76	17
Durante o período chuvoso	40	8,9

Pode-se verificar que a maioria das famílias estudadas residia em domicílios cujas paredes eram de tijolo com reboco (N=396; 88,4%) e o piso de cimento (N=228; 50,9%). Vanderlei e Silva (2004) também encontraram em seu estudo resultado semelhante, com 74,6% das paredes de tijolo e 78,9% do piso com cerâmica/cimento.

Sabe-se que o piso de cimento ou de cerâmica pode configurar-se em fator de proteção para diarreia infantil, pois crianças que residem em casas com piso precário (terra

ou tábua) possuem riscos mais elevados de internamento (VANDERLEI; SILVA; BRAGA, 2003). Assim, a limpeza domiciliar constitui-se em fator primordial para se prevenir diarreia infantil, pois as crianças costumam engatinhar e andar descalças, tendo contato direto com o solo e se contaminando com os patógenos que porventura neste se encontrem.

Verificou-se que o abastecimento hídrico de 424 domicílios (97,5%) e o esgotamento sanitário de 282 (62,9%) casas estudadas davam-se por meio da rede pública. Além disso, o lixo de grande parte desses domicílios destinava-se à coleta pública (N=429; 95,8%). Tal fato corrobora com Tucci (2008), que afirma que os serviços de água e esgoto no Brasil são resumidos, havendo uma cobertura de água elevada (91,35%), mas uma baixa cobertura de coleta de esgoto (67,1%).

Um estudo revelou que a ausência de água encanada foi a variável que mostrou a mais forte associação com a diarreia, sendo considerado o fator de risco mais importante, pois a presença de água encanada torna possível a adequada higiene pessoal, doméstica e dos alimentos, interrompendo-se o ciclo de transmissão orofecal dos patógenos envolvidos na gênese da doença diarreica infecciosa (SILVA; LIRA; LIMA, 2004).

Fonseca *et al.* (2010) demonstram relação estatisticamente significativa entre água encanada e lixo próximo da residência com a contaminação por geo-helmintíases, considerados agentes causadores de diarreia. O consumo de água oriundas de outras fontes (mina ou nascente) representava risco 2,5 vezes maior para diarreia do que quando o fornecimento de água se dava pelo sistema público (TEIXEIRA; HELLER, 2005).

Esrey *et al.* (1991), após a revisão de 144 estudos, concluíram que melhorias no abastecimento de água em relação à qualidade e à quantidade de água levaram a uma redução de 17% na morbidade por diarreia e uma redução mediana de 36% na morbidade por diarreia, quando foram implantadas redes coletoras de esgotos.

Azevedo (2003) detectou benefícios significativos do abastecimento de água pelo sistema público (OR =1,92; redução: 48%) em detrimento de pessoas que não dispunham desse serviço. O autor encontrou também que a disposição dos esgotos na rua ou no terreno apresentou caráter de risco para a diarreia (OR =2,45; redução: 59%).

Moraes *et al.* (2003) observaram que a incidência de diarreia em crianças que vivem em bairros com drenagem e esgoto é aproximadamente 60% menor do que aquelas que não os possuem. Costa *et al.* (2005) corroboram, por terem identificado que a cobertura por coleta de esgotos e de lixo é estatisticamente associada com a mortalidade por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos.

Das 447 famílias entrevistadas, 343 (76,7%) tinham residências que possuíam sanitário com descarga, contudo um número significativo possuía sanitário sem descarga (N=102; 22,8%).

Herbst, Fayzievab e Kistemann (2008) verificaram que a latrina estava disponível em 85% dos domicílios da província de Khorezm (Usbequistão), enquanto que o sanitário com descarga estava presente em apenas 11% dos domicílios, e 4% não possuíam nem latrina nem sanitários com descarga.

Destaca-se que uma relevante estratégia para a prevenção da diarreia infantil é a eliminação segura das fezes por meio do autoclismo, ou seja, um sanitário com descarga ligado ao sistema de esgoto localizado em ambiente arejado (CURTIS, 2003).

Quanto à existência de refrigerador nos domicílios, 402 (90,5%) possuíam geladeira, entretanto 42 (9,5%) não tinham como conservar os alimentos. Estudo realizado em Kingston, Jamaica, verificou associação da gastroenterite em crianças com o fato de não se possuir uma geladeira em casa (BACHRACH; GARDNER, 2002).

A presença de geladeira no domicílio pode ser vista como um indicador do nível socioeconômico, pois seu papel na conservação dos alimentos é indiscutível e, portanto, pode realmente estar envolvida na gênese da diarreia infantil (SILVA; LIRA; LIMA, 2004).

Em relação à presença de moscas, 186 (41,6%) famílias referiram que em seus domicílios estas apareciam “às vezes”, em 40 (8,9%) residências apenas durante o período chuvoso, e em 76 (17%) durante o ano todo. Esse achado preocupa, se levarmos em consideração que as moscas podem servir como veiculadores, através da transferência de patógenos de esgoto e outros locais contaminados para alimentos ou água.

Teixeira e Heller (2005) encontraram associação de risco entre a presença de moscas e a prevalência de diarreia infantil, destacando que elas possuem papel de veicular doenças.

Assim, a morbimortalidade por diarreia ainda apresenta grande magnitude devido à sua estreita relação com fatores ambientais e socioeconômicos, sendo expressiva em alguns centros urbanos em virtude das precárias condições de vida a que os grupos populacionais estão sujeitos. A **Tabela 6** revela dados acerca dos hábitos de higiene das famílias estudadas.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo hábitos de higiene. Fortaleza, 2010

Variáveis	N	%
Realização de algum tratamento na água que a criança consome (N=443)		
Sim	128	28,9
Não	305	68,8
Ainda não bebe água (aleitamento exclusivo)	10	2,3
Tipo de tratamento na água consumida pela criança (N=128)		
Fervura	16	12,5
Filtração	106	82,8
Fervura e filtração	3	2,3
Coação	3	2,3
Cobertura dos recipientes da água consumida (N=358)		
Sim	295	82,4
Não	63	17,6
Existência de torneiras dentro de casa (N=447)		
Sim	429	96
Não	18	4
Existência de sabão próximo às torneiras (N=429)		
Sim	394	91,8
Não	35	8,2
Higienização da mamadeira (N=233)		
Lava com água	6	2,6
Lava com água e sabão	47	20,2
Ferve/Escalda	13	5,6
Lava com água e sabão e ferve/escalda	167	71,7

Em relação ao tratamento da água oferecida à criança, 305 (68,8%) famílias referiram não realizar nenhum tipo de tratamento. Ressalta-se que, mesmo a água sendo procedente de uma excelente fonte, pode se deteriorar durante a coleta, transporte, tratamento e armazenagem (CLASEN; BASTABLE, 2003; HOQUE *et al.*, 2006; WRIGHT *et al.*, 2006), por isso, deve receber alguma forma de tratamento antes da ingestão ou utilização para as necessidades domésticas.

Em algumas localidades, podem existir pontos da rede de distribuição de água com rachaduras nas tubulações que estejam localizadas no interior de valas a céu aberto, nas proximidades dos esgotos sanitários e domésticos, constituindo-se em uma situação propícia para inoculação de contaminantes no sistema de distribuição de água e para a propagação das doenças relacionadas à água (SÁ *et al.*, 2005).

Estudo realizado no Usbequistão (Ásia) constatou que, na província de Khorezm, das famílias entrevistadas, apenas 44% referiram realizar algum tratamento da água antes do consumo e, dessas, 71% afirmaram que sempre aplicavam algum tratamento na água; 17%, geralmente; 12%, às vezes (HERBST; FAYZIEVAB; KISTEMANN, 2008).

O tipo de tratamento mais realizado pelas mães na água consumida pelas crianças foi a filtração (N=106; 82,8%), seguida pela fervura (N=16; 12,5%). Tal achado torna-se positivo, pois segundo Heller (1998), o melhor método de assegurar água adequada para o consumo consiste em formas de proteção, evitando-se contaminação por dejetos animais e humanos, os quais podem conter grande variedade de bactérias, vírus, protozoários e helmintos. Além disso, salienta que falhas na proteção e no tratamento efetivo a essas impurezas expõem a comunidade a riscos de contaminação por doenças intestinais e outras infecções.

Estudo realizado em comunidades urbanas de Pernambuco detectou que houve uma incidência menor de diarreia naquelas crianças pertencentes a famílias que declararam filtrar a água. Essa diferença foi estatisticamente significativa, comparando-se com a incidência nas crianças que tomavam água sem filtrar (15,1%, contra 9,1%). Não houve diferença quando comparados os distintos tipos de tratamento da água (fervida, clorada ou filtrada) (VAZQUEZ *et al.*, 1999).

Em algumas comunidades rurais da Paraíba, famílias não costumam tratar a água antes de beber (19,29%). Dentre os tratamentos aplicados pelas restantes, prevalecem a cloração e a filtração. A filtração é realizada com pano (50%) e em filtro de barro (50%) (SILVA *et al.*, 2006).

Estudo realizado em Lavras (MG) verificou que, dos moradores das propriedades rurais da sub-bacia do ribeirão Água Limpa, 56% dos entrevistados afirmaram não fazer qualquer tratamento na água bebida, apenas 7% utilizavam a filtração; em relação à sub-bacia de Santa Cruz, o fato se repetiu. Poucos entrevistados faziam algum tratamento que visasse eliminar microrganismos da água e, desses, um (7%) informou ferver, e três (20%) utilizavam o cloro (ROCHA *et al.*, 2006).

De acordo com pesquisa realizada no Distrito de São João dos Queiroz, Ceará, em relação ao tratamento dispensado à água utilizada para beber, apenas 46 (25,8%) dos 179 entrevistados responderam que cloravam, enquanto que 70 (39,3%) não utilizavam qualquer tipo de tratamento. Outras abordagens ao tratamento da água foram especificadas da seguinte maneira: uso de filtro (N=22; 12,4%); coagem em pano (N=18; 10,1%); fervura (N=9; 5,2%); outros (N=11; 6,1%) (MELLO *et al.*, 1998).

No Quênia, estudo revelou que quase 70% das crianças bebiam água tratada por meio da desinfecção solar, 53% consumiam água fervida e 10% delas ingeriam água clorada. Contudo, 23% das famílias disseram que seus filhos bebiam água bruta, ou seja, sem nenhuma forma de tratamento (GRAF *et al.*, 2008).

Estudo realizado na Bolívia detectou que 48 (38%) dos 127 entrevistados relataram nunca tratar a água potável; 16 (33%) a ferviam, 15 (31%) adicionavam água sanitária, 11 (23%) realizavam ambos os tratamentos, quatro (8%) realizavam coação através de um pano, entre outros. Durante a amostragem de água inicial, 80 (63%) domicílios tinham água armazenada, mas apenas 17 (21%) famílias afirmaram que a mesma havia sido tratada (QUICK *et al.*, 1999).

Em uma cidade da Índia, verificou-se que a água tratada era geralmente reservada para os bebês. As técnicas utilizadas para o tratamento de água potável foram filtragem com um pano ou peneira (N=16; 40%), ebulição (N=14; 35%), filtragem e ebulição (N=6; 15%), e aquecimento (N=4; 10%). Alguns dos entrevistados referiram que costumavam tratar a água apenas durante surtos de doenças, não havendo necessidade de purificar a água em outras ocasiões (BANDA *et al.*, 2007).

Vale ressaltar que o ato de coar a água através de um pano ou sua peneiração retira apenas as impurezas macroscópicas. Dessa forma, apesar de ter sido referido no presente estudo por três mães (2,3%), torna-se necessário um segundo método que realmente trate a água tornando-a apta ao consumo humano (JOVENTINO, 2008).

Verificou-se que os recipientes de armazenamento de água para consumo humano eram cobertos em 295 (82,4%) dos casos, enquanto que 63 (17,6%) referiram não cobri-los. Kunii *et al.* (2002) mencionam que, entre os fatores associados ao desenvolvimento ou agravamento de diarreia infantil, encontram-se os tipos de recipientes de armazenamento de água e o fato de não se colocar a tampa sobre os mesmos, visto que expõe o conteúdo a ser consumido a inúmeros patógenos que se encontram no ambiente.

De acordo com as mães entrevistadas, existiam torneiras em 429 (96%) casas e havia sabão próximo às torneiras em 394 (91,8%) dos domicílios. Acredita-se que o acesso facilitado à água potável pode contribuir para a lavagem das mãos, bem como a presença de sabão próximo a essas instalações.

Estudo revela que a existência de sabão próximo às torneiras constitui fator de proteção para a ocorrência de diarreia infantil (KYRIACOU *et al.*, 2009). Contudo, para a prevenção dessa doença e da transmissão de parasitas, o acesso ao sabão e a torneiras não é o bastante, deve-se atentar para a forma como se realiza a lavagem das mãos. Assim, a técnica de lavagem das mãos, para que se garanta a eliminação ou redução significativa do número de microrganismos transitórios, é a fricção em toda a superfície das mãos, quer durante a aplicação do sabão, quer durante o enxaguamento, por pelo menos 20 segundos, com especial atenção para as costas das mãos, punhos, entre os dedos e sob as unhas. As mãos devem ser

enxaguadas com água corrente e de preferência secas com toalha de uso único (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009; PESSOA-SILVA *et al.*, 2004).

Melhorias no acesso à água potável e saneamento adequado, juntamente com a promoção de boas práticas de higiene (particularmente em relação à lavagem das mãos com água e sabão), pode ajudar a prevenir a diarreia infantil. De fato, um número estimado de 88% de mortes por diarreia no mundo é atribuível à água contaminada, saneamento inadequado e medidas pobres de higiene (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003).

A higienização da mamadeira realizada por 167 (71,7%) mães entrevistadas se dava por meio da lavagem da mesma com água e sabão, além de sua posterior fervura. Contudo, verificou-se que 47 (20,2%) mães lavavam a mamadeira com água e sabão.

O simples fato de se utilizar mamadeiras para a alimentação infantil já se constitui em fator de risco para a aquisição de diarreia, pois mamadeiras são difíceis de limpar, de maneira que os agentes contaminantes podem proliferar mais facilmente (MONTE *et al.*, 2004). Tomasi *et al.* (1994) ratificam essa afirmativa por terem detectado a contaminação por microrganismos nos bicos de mamadeiras e nas próprias mamadeiras.

Além do favorecimento à contaminação, o uso de mamadeiras, muitas vezes, encontra-se associado ao desmame precoce, que se constitui em mais um fator de risco para gastroenterite, pois crianças em fase de amamentação exclusiva apresentam menores índices de diarreia em comparação com crianças cuja alimentação é manipulada (mamadeira e alimentos diversos), chegando a representar 66,6% dos casos de diarreia infantil (GOMES; LUCENA; BARROS, 2005).

Os dados obtidos acerca da saúde da criança e aleitamento materno encontram-se na **Tabela 7**.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo a saúde da criança e condições do aleitamento materno. Fortaleza, 2010

Variáveis	N	%	Média (Desvio padrão)
Realização do pré-natal (N=448)			
Sim	440	98,2	
Não	8	1,8	
Número de consultas pré-natais realizadas (N=437)			
5	60	13,7	7,23 ($\pm 1,67$)
6	377	86,3	
Internação da criança no primeiro mês de vida (N=448)			
Sim	77	17,2	
Não	371	82,8	
Criança possui alguma doença (N=448)			
Sim	82	18,3	
Não	366	81,7	
Prematuridade da criança (N=448)			
Sim	45	10	
Não	403	90	
Amamentação exclusiva até os 6 meses (N=446)			
Sim	191	42,8	
Não	255	57,2	
Tempo de aleitamento materno exclusivo (N=253)			
< 1 mês	48	19	
1 mês	28	11,1	
1 – 2 meses	34	13,4	
2 – 4 meses	109	43,1	
Outro	34	13,4	
Uso de mamadeira para alimentação da criança (N=447)			
Sim	233	52,1	
Não	214	47,9	
Destino do conteúdo da mamadeira quando sobra (N=234)			
Despreza	223	95,3	
Guarda em temperatura ambiente para oferecer a criança	3	1,3	
Guarda no refrigerador para oferecer a criança	3	1,3	
Outros	5	2,1	
Auxílio de terceiros para cuidado da criança (N=447)			
Sim	251	56,2	
Não	196	43,8	

No que diz respeito ao pré-natal, 440 (98,2%) mães afirmaram que o realizaram. Dessas, 377 (86,3%) referiram ter realizado seis ou mais consultas pré-natais, com uma média de 7,23 consultas.

No acompanhamento pré-natal, as mulheres recebem informações sobre aleitamento materno e são incentivadas a amamentarem de maneira exclusiva até os seis meses de vida do bebê, além disso aprendem os benefícios do leite materno tanto para si mesmas quanto para a criança, no que diz respeito principalmente ao seu papel na prevenção de doenças (SANDRE-PEREIRA *et al.*, 2000).

Estudo revela que 13,2% das mães brasileiras não frequentaram nenhuma consulta pré-natal, variando entre 4,9% no Sul e 25,2% no Nordeste. O ideal é que o pré-natal comece no início da gravidez, para que seja possível detectar e tratar precocemente quaisquer

complicações. Dois terços das mulheres brasileiras que frequentaram pré-natal tiveram sua primeira consulta durante o primeiro trimestre de gestação, variando de 80% no Sul a pouco mais de 50% no Nordeste. O número médio de consultas observado foi de 7,4 para o país como um todo, variando entre 8,3 no Sul e 6,3 a 6,4 no Norte-Nordeste (VICTORA, 2001).

Além disso, a relevância da atenção pré-natal deve-se à sua associação protetora na sobrevivência infantil, visto que os filhos de mães com menos de cinco consultas apresentam um risco 2,5 vezes maior do que as demais. Se fosse possível reduzir à metade o percentual de mães com menos de cinco consultas (de 31,9% para 16%), teoricamente 16,2% de todas as mortes por causas perinatais poderiam ser prevenidas, ou 7,8% de todas as mortes de menores de 5 anos (VICTORA, 2001).

Observa-se na **Tabela 7** que, em relação à saúde das crianças, 45 (10%) nasceram prematuras, 77 (17,2%) foram internadas no primeiro mês de vida e 82 (18,3%) possuíam alguma doença, como asma, alergias e refluxo.

Pesquisa realizada em áreas de assentamento subnormal em Minas Gerais identificou que a necessidade de internação no primeiro mês de vida apresentou um caráter protetor para diarreia; tal fato pode dever-se às orientações que a mãe costuma receber durante este período de internação da criança (TEIXEIRA; HELLER, 2005).

Estudo realizado com 448 crianças menores de 1 ano de idade cuja causa básica do óbito foi diarreia ou pneumonia investigou fatores prognósticos de letalidade hospitalar. Como resultado, o autor encontrou relação entre maior letalidade das crianças prematuras e as referidas patologias (POST *et al.*, 1992). Cauás *et al.* (2006) complementa, ao afirmar que existe relação entre doenças como diarreia e desnutrição, com as seguintes variáveis: baixa renda familiar *per capita* mensal, precárias condições da moradia, prematuridade, desmame precoce, situação vacinal incompleta e mães com baixa escolaridade.

Um dado alarmante identificado foi que 255 (57,2%) mães não amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses de vida. A maioria (N=109; 43,1%) amamentou dos dois aos quatro meses de vida da criança, seguida pelas mães que ofereceram o aleitamento materno exclusivo por menos de um mês aos seus filhos (N=48; 19%).

A lactação por leite materno inferior a um semestre é um resultado compatível com os dados do Programa Nacional de Aleitamento Materno, que afirma ser de 61% o percentual de crianças brasileiras que sofrem de desmame precoce (JUCÁ; MARTINS, 2005).

Escuder, Venancio e Pereira (2003) constataram em municípios da Grande São Paulo que 80% da mortalidade infantil por diarreia poderia ser evitada mediante a amamentação.

Estudo realizado em 1987 já tinha evidenciado que crianças que não recebiam leite materno tinham risco 14 vezes maior de morrer por diarreia, quando comparadas às que recebiam apenas leite materno, sem complementos (VICTORA *et al.*, 1987).

Quando a mãe não oferece o aleitamento materno para o seu filho, comumente recorre à alimentação por meio de mamadeiras. Assim, foi identificado que 233 (52,1%) mães utilizavam mamadeira para alimentação da criança, sendo o conteúdo que sobrava de cada refeição desprezado por 223 (95,3%) dessas mães.

Sabe-se que a incidência de diarreia entre as crianças alimentadas com mamadeira é maior do que naquelas que são amamentadas (GASTAFIADUY; BEGUE, 1999). O uso de mamadeiras constitui-se fator de risco para a aquisição de diarreia tanto devido à comum má higienização das mesmas, quanto devido ao fato de geralmente substituírem o aleitamento materno, assim tal prática deve ser desestimulada pelos profissionais de saúde.

A recomendação de se evitar a chupeta e a mamadeira foi incluída como um dos dez passos para o sucesso da amamentação na Declaração de *Innocenti*, publicada pelo *United Nations Children's Fund* (UNICEF, 1990). Apesar disso, estudo desenvolvido por Melo *et al.* (2002) revelou que mais de 80% das mulheres entrevistadas referiram ter intenção de adquirir mamadeiras e cerca de 60% mencionaram que iriam aderir ao seu uso.

Verificou-se que 251 (56,2%) mães recebiam auxílio de terceiros para cuidar dos seus filhos. Vale lembrar que 138 (31%) mulheres trabalhavam fora de casa, assim, provavelmente, durante o período em que a mãe encontrava-se exercendo atividades laborais, a criança ficava recebendo cuidado exclusivo de terceiros. Nesse sentido, torna-se relevante que essas pessoas também sejam orientadas acerca das medidas preventivas para diarreia infantil, visto que, muitas vezes, o fato de a criança passar por alguma situação de risco, sendo exposta a determinados patógenos, é o bastante para que venha a adoecer por diarreia.

Por meio da **Tabela 8**, torna-se possível observar dados relacionados à ocorrência e manejo da diarreia infantil.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes da pesquisa segundo ocorrência e manejo da diarreia infantil. Fortaleza, 2010

Variáveis	N	%	Média (Desvio padrão)
Diarreia anterior (N=447)			
Sim	261	58,4	
Não	186	41,6	
Duração da diarreia (N=54)			
< 14 dias (aguda)	51	94,4	5,02 (±6,25)
14 dias (persistente)	3	5,6	
Presença de vômito concomitante à diarreia (N=261)			
Sim	91	34,9	
Não	170	65,1	
Presença de febre concomitante à diarreia (N=261)			
Sim	98	37,5	
Não	163	62,5	
Busca pelo serviço de saúde durante a diarreia (N=260)			
Sim	208	80	
Não	52	20	
Internação anterior devido a diarreia (N=259)			
Sim	37	14,3	
Não	222	85,7	
Uso de medicamentos prescritos pelo médico para diarreia (N=258)			
Sim	125	48,4	
Não	133	51,6	
Realização de receita caseira para diarreia (N=259)			
Sim	150	57,9	
Não	109	42,1	
Receita caseira utilizada (N=135)			
Soro caseiro	120	88,9	
Chá do olho da goiabeira	8	5,9	
Fruta constipante	7	5,1	
Imunização contra o rotavírus (N=414)			
Sim	311	75,1	
Não	103	24,9	
Conduta materna quanto à alimentação durante diarreia (N=251)			
Suspende alimentação normal	73	29,1	
Continua oferecendo a mesma alimentação	61	24,3	
Procura melhorar a alimentação e hidratar mais	117	46,6	
Informação anterior sobre prevenção de diarreia (N=446)			
Sim	151	33,9	
Não	295	66,1	

Por meio da **Tabela 8**, pode-se observar que 261 (58,4%) crianças tiveram episódio anterior de diarreia. Das mães que responderam acerca da duração da diarreia em seus filhos, 51 (94,4%) referiram que esta durou menos de 14 dias, com média de 5,02 dias, caracterizando uma doença diarreica aguda. Além disso, na maioria dos casos, nem vômitos (N=170; 65,1%) nem febre (N=163; 62,5%) fizeram-se presentes durante o episódio diarreico.

Entre 1996 e 2001, notificaram-se em Fortaleza, Ceará, 489.069 casos, com 81.511,5 de média anual. Os meses de fevereiro e março tiveram maior número de casos. A incidência em menores de 1 ano foi de 538,8, três vezes maior do que naqueles de 1 a 4 anos e 13 vezes maior do que nos de 5 a 9 anos (FAÇANHA; PINHEIRO, 2005).

A incidência de diarreia chega a ser de quatro a seis episódios por ano em crianças que vivem em condições desfavoráveis. Porém a diarreia é uma patologia autolimitada quanto à notificação. Ainda hoje há uma elevada subnotificação aos órgãos de vigilância epidemiológica dos casos de diarreia atendidos em clínicas e consultórios particulares, sugerindo que muitas estatísticas apresentadas atualmente não retratam um quadro fiel da diarreia em algumas localidades (FAÇANHA; PINHEIRO, 2005).

Durante a diarreia em seus filhos, 208 (80%) mães os levaram ao serviço de saúde. A maioria (N=222; 85,7%) das crianças nunca havia se internado anteriormente para tratamento da doença diarreica.

Contrastando com o presente estudo, Teixeira e Heller (2005) observaram que 79,1% das mães estudadas não procuraram o serviço médico quando seus filhos estavam com diarreia. A distribuição etária da doença diarreica por rotavírus varia entre países, com 65% a 85% das crianças internadas no primeiro ano de vida (KANE *et al.*, 2004).

Façanha e Pinheiro (2005) constataram que o risco dos menores de 1 ano de adoecerem (ou de serem levados às unidades públicas de saúde por diarreia) é 3,59 vezes maior do que o das crianças de 1 a 4 anos. Em relação às de 5 a 9 anos, o risco dos menores de 1 ano é 10,93 vezes maior. O risco de crianças maiores de 10 anos e adultos é 46,59 vezes menor de serem atendidos por diarreia em uma unidade pública de saúde do que os menores de 1 ano.

Outro dado importante refere-se ao fato de que a maioria das crianças que já havia apresentado diarreia nunca tomara medicamentos para a doença que fossem receitados por um médico (N=133; 51,6%). Contudo, grande parte das mães (N=150; 57,9%) disse que utilizava receitas caseiras para seus filhos quando estes se encontravam com diarreia, geralmente, o soro caseiro (N=120; 88,9%).

Sabe-se que em muitos casos, a diarreia é controlada em casa, pelos pais, assim, muitas vezes as crianças não são levadas aos serviços de saúde, implicando no agravamento de alguns casos e na subnotificação da doença (DIGGLE, 2007).

É importante que os cuidadores das crianças possam gerir gastroenterite aguda eficazmente em casa, pois esse fato evitaria muitos custos indiretos, incluindo absenteísmo da mãe no trabalho e custos de transporte para os hospitais. Para tanto, são necessárias estratégias que orientem as mesmas quanto ao manejo da doença e quanto à maximização do acesso ao SRO, para que se protejam as crianças de desidratação. Isso pode ser feito, por exemplo, através do incentivo para que os cuidadores possuam os pacotes de SRO no

domicílio ou através do ensino relacionado ao preparo do soro caseiro (BACHRACH; GARDNER, 2002).

O soro caseiro referido pelas mães deve ser oferecido à criança logo após cada evacuação. Considerando-se que as mães empreguem uma colher plástica dupla, preconizada pelo Ministério da Saúde, deve-se utilizar uma medida pequena e rasa de sal e duas medidas grandes e rasas de açúcar em um copo cheio de água (aproximadamente 200 ml) (SENA; MARANHÃO; MORAIS, 2001). Ressalta-se a possibilidade de um preparo equivocado pelas mães (CARVALHO *et al.*, 1991; SENA; MARANHÃO; MORAIS, 2001), sendo por isso relevante a orientação por parte dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à imunização contra o rotavírus, 311 (75,1%) crianças receberam as doses da vacina, entretanto um número considerável (N=103; 24,9%) não havia tomado.

Sabe-se que o rotavírus é a causa mais comum da doença diarreica infantil, por isso, certamente, toda criança será acometida por um episódio infeccioso causado pelo mesmo antes dos 5 anos de idade (HEALTH PROTECTION AGENCY, 2006). Kapikian (1993) ratifica, ao afirmar que aproximadamente 90% das crianças, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, experimentam uma infecção por rotavírus até chegarem aos 3 anos de idade.

Os sintomas associados com a doença por rotavírus são tipicamente diarreia e vômitos acompanhados de febre, náuseas, anorexia, câibras e mal-estar que pode ser leve e de curta duração ou produzir desidratação grave (KAPIKIAN, 1993; STAAT *et al.*, 2002). A doença grave ocorre principalmente em crianças, mais comumente naquelas com idade entre 6 a 24 meses (BERNSTEIN, 2007).

Os custos para a sociedade resultante da diarreia são substanciais em relação à diarreia por rotavírus. Nos Estados Unidos, calcula-se que sejam gastos 319 milhões dólares por ano no setor de saúde e que haja um custo total para a sociedade de 893 milhões dólares por ano (WIDDOWSON *et al.*, 2007). Diante disso, os benefícios da vacinação satisfazem às crianças e ao Estado.

Estudo realizado em Belém, Pará, verificou que a eficácia de duas doses da vacina oral RIX4414, aos 2 e 4 meses de idade, contra qualquer gastroenterite por rotavírus (GERV) foi de 63,5% e contra a GERV grave foi de 81,5%, comprovando os benefícios da imunização (ARAÚJO *et al.*, 2007b).

Em relação à conduta materna quanto à alimentação da criança durante a diarreia, 117 (46,6%) mães referiram que procuravam melhorar a alimentação e hidratar mais a

criança, enquanto que 73 (29,1%) mães suspendiam a alimentação normal e 61 (24,3%) continuavam oferecendo a mesma alimentação.

Recomenda-se que seja mantida a alimentação normal da criança, complementando-se com incremento na reidratação oral. Além disso, se uma criança está sendo amamentada, essa prática deve ser mantida sob livre demanda (DANIME, 2007; NAIMOLI *et al.*, 1996).

Apesar de todas as mães entrevistadas levarem seus filhos para se consultar nos Centros de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, 295 (66,1%) relataram nunca terem recebido nenhuma informação anterior sobre prevenção de diarreia.

Assim, ressalta-se que os profissionais da saúde, seja no âmbito da saúde comunitária, seja em nível hospitalar, devem implementar estratégias visando o empoderamento das famílias acerca das medidas preventivas para diarreia infantil. Além disso, tendo em vista a condição de educador do enfermeiro, este deve ultrapassar o processo clássico de transferência de informação, levando o indivíduo a refletir e decidir em busca da adoção de hábitos saudáveis (COSTA *et al.*, 2004).

Para tanto, deve-se avaliar as características da população assistida, pois aqueles com saúde mais precária e menor nível socioeconômico possuem mais barreiras para a adoção de mudanças nos hábitos de vida, sendo necessárias intervenções semanais para que percebam os reais benefícios para a sua saúde e para que pratiquem no seu cotidiano as orientações prestadas (LUBY *et al.*, 2004a).

6.3 Polo analítico

6.3.1 Validade de construto

- **Análise fatorial**

Para análise dos domínios aos quais os 25 itens da EAPDI pertenceriam, originaram-se a matriz dos fatores ou matriz dos componentes (matriz de correlação), critério de Kaiser, o diagrama de declividade (regra do *screeplot*) e a rotação oblíqua (*direct oblimin*).

Inicialmente, para se avaliar a adequação dos dados para realização da análise fatorial, faz-se premente verificar o tamanho da amostra e a força da relação entre as variáveis

(PALLANT, 2005). Em relação à amostra, para que se determine o número final necessário para a validação e confiabilidade de uma escala, Nunnally (1978) recomenda relação de 10 para 1, ou seja, 10 casos para cada item da escala; outros autores sugerem 5 casos para cada item (TABACHNICK; FIDELL, 2001). No presente estudo, realizou-se o cálculo para populações infinitas, com erro de 4%, resultando em uma amostra de 448. Considerando que a escala aplicada possuía 25 itens, a relação que resultou foi de 17,92, sendo considerada adequada de acordo com a literatura acima citada.

Já, no que concerne à força de relação entre as variáveis, Tabachnick e Fidell (2001) recomendam que na matriz de correlação sejam evidenciados coeficientes iguais ou acima de 0,3. Porém itens altamente correlacionados (0,8) constituem-se em um problema, tendo em vista a multicolinearidade e, nesses casos, eles devem ser retirados (PETT; LACKEY; SULLIVAN, 2003). Dessa forma, conforme a **Tabela 9**, perceberam-se inúmeros coeficientes dentro do intervalo esperado (0,3), presentes em 20 itens (80%). Assim, a realização da análise fatorial, considerando-se os dois aspectos necessários, mostra-se apropriada para o processo de validação da EAPDI. Além disso, destaca-se que as correlações item-item variaram de 0,001 a 0,527, entretanto, procurou-se destacar (em negrito) as correlações mais fortes existentes com, pelo menos, um item.

Ressalta-se ainda que, no que concerne à força de relação entre as variáveis, a suscetibilidade dos dados para a análise fatorial foi avaliada pelo método Kaiser-Meyer-Okin, atingindo um coeficiente de 0,814, superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER, 1970, 1974), e o teste de esfericidade de Bartlett (BARTLETT, 1954) alcançou significância estatística ($p = 0,0000$), confirmando que a análise fatorial é uma técnica adequada para o presente estudo.

Tabela 9 – Matriz de Correlação. Fortaleza, 2010

O critério de Kaiser é a técnica mais comumente utilizada, sendo conhecida também por *eigenvalue rule*, ou seja, autovalor. Por meio desse estudo, autovalores iguais ou acima de 1,0 são retidos para posteriores investigações, e ressalta-se que esses autovalores representam a quantidade de variância total explicada pelo fator (PALLANT, 2005). Assim, de acordo com a **Tabela 10**, a análise dos componentes principais revelou que sete componentes poderiam ser extraídos (autovalores 1) (5,595; 1,636; 1,538; 1,382; 1,213; 1,092; 1,029), os quais explicariam 53,9% da variância dos dados.

Boruchovitch *et al.* (2006) adotou *eigenvalues* acima de 1,50, porém esse ponto de corte explicou, em seu estudo, variância total de apenas 27%; em relação ao presente trabalho, caso fossem adotados autovalores iguais ou acima de 1,50, seriam obtidos três domínios (5,595; 1,636; 1,538), os quais explicariam variância total de, aproximadamente, 35,1%. Dessa forma, como esta etapa trata do início das investigações, realizaram-se outros testes mais aprofundados, conforme poderá ser observado adiante.

Tabela 10 – Variância explicada (autovalores, *eigenvalues*) e os percentuais de variância de cada item da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI). Fortaleza, 2010

Componentes	Variância explicada inicial (autovalores)		
	Total	% de variância	% cumulativo
1	5,595	22,380	22,380
2	1,636	6,543	28,923
3	1,538	6,154	35,076
4	1,382	5,527	40,604
5	1,213	4,852	45,455
6	1,092	4,369	49,825
7	1,029	4,116	53,940
8	,977	3,910	57,850
9	,961	3,844	61,694
10	,942	3,770	65,464
11	,889	3,557	69,021
12	,867	3,469	72,490
13	,762	3,049	75,539
14	,725	2,899	78,438
15	,683	2,733	81,171
16	,639	2,555	83,726
17	,597	2,388	86,114
18	,573	2,292	88,406
19	,532	2,129	90,535
20	,488	1,953	92,488
21	,446	1,783	94,271
22	,424	1,695	95,966
23	,383	1,534	97,500
24	,322	1,289	98,788
25	,303	1,212	100,000

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais.

Na **Tabela 11** apresenta-se a matriz de componentes principais não rotada, onde os itens também aparecem dispersos em sete componentes. Verifica-se que a maioria dos itens (N=18; 72%) encontra-se concentrada no fator 1; enquanto que o fator 2 possui apenas quatro itens (16%); o fator 6, dois itens (8%); o fator 5, um item (4%); e os fatores 3, 4 e 7 não permaneceram com nenhum item.

Tabela 11 – Matriz de componentes. Fortaleza, 2010

	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
09	,650			,313			
05	,638						
20	,625						
16	,605						-,356
21	,585						-,329
13	,583						
24	,558			-,373			
18	,556						
17	,555				-,445		
04	,543						
22	,523			,390	,335		
19	,520		-,301				
10	,497		,407	-,419			
06	,489						
23	,429	,362			-,326		
25	,425						,306
03	,372						
01	,341	,330					
11		,567					
02		,419					,340
14		,494	-,588				
08		,452	-,573				
15	,347		,355	,341	,467		
07						,663	
12						,488	-,389

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais

Dessa forma, tendo em vista a irregularidade existente na adequação dos itens aos seus respectivos fatores, e respaldando-se em Tabachnick e Fidell (2001), que orientam que os pesquisadores adotem uma abordagem exploratória, experimentando diferentes números de fatores até que a solução satisfatória seja encontrada, optou-se por realizar matrizes de componentes rotados com números de fatores já especificados, a partir dos quais observou-se um melhor enquadramento dos itens por meio da matriz com dois componentes rotados (**Tabela 12**).

Entretanto, salienta-se que, quando se espera que os fatores subjacentes sejam dependentes, ou seja, correlacionados, deve-se optar por realizar a rotação oblíqua, sendo mais indicada a *direct oblimin* (FIELD, 2009). Com isso, vale mencionar que a *direct oblimin* evidencia duas matrizes, a *Pattern Matrix* (**Tabela 12**) e a *Structure Matrix* (**Tabela 13**); em relação à primeira, esta se assemelha à rotação *varimax*, podendo ser interpretada da mesma forma (maior valor da carga fatorial no seu componente correspondente), enquanto que a segunda é própria da rotação *direct oblimin*, prevendo informações sobre correlação entre variáveis (itens) e fatores (domínios) (PALLANT, 2005).

Nas Tabelas 12 e 13, observa-se adequação de 16 (64%) itens no domínio 1 e de oito (32%) itens no domínio 2, enquanto que o item 7 (N=1; 4%) não apresentou carga fatorial acima de 0,3, valor mínimo necessário para comprovação da força de correlação, segundo Pallant (2005).

Tabela 12 – *Pattern Matrix* de rotação com dois componentes principais. Fortaleza, 2010

	Componentes principais/fatores	
	1	2
09	,702	
13	,682	-,155
05	,643	
18	,617	
24	,616	
16	,609	
21	,565	
17	,544	
19	,536	
20	,530	,203
04	,511	
22	,473	,118
10	,452	,109
06	,450	
12	,379	-,136
03	,329	
11		,646
14	-,115	,554
08		,534
02		,474
23	,185	,474
01	,125	,414
25	,239	,367
15	,194	,302
07		,175

Método de extração: Análise dos Componentes Principais. Método de Rotação: *Oblimin* com normalização Kaiser

Tabela 13 – *Structure Matrix* de rotação com dois componentes principais. Fortaleza, 2010

	Componentes principais/fatores	
	1	2
09	,681	,161
05	,650	,228
13	,633	
16	,616	,217
20	,595	,372
24	,591	,118
18	,590	,112
21	,586	,246
17	,560	,223
04	,539	,250
19	,535	,168
22	,511	,269
10	,487	,254
06	,481	,240
03	,361	,204
12	,335	
11	,141	,625
23	,336	,533
08	,158	,530
14		,518
01	,257	,454
02		,447
25	,356	,443
15	,290	,364
07	,153	,206

Método de extração: Análise dos Componentes Principais
Método de Rotação: *Oblimin* com normalização Kaiser

Para confirmação da existência de dois fatores na EAPDI, realizou-se o diagrama de declividade (regra do *screeplot*) (**Figura 5**), o qual evidencia que devem ser retidos todos os componentes com autovalores presentes na linha descendente que estejam acima (ou antes) da primeira curva, pois esses fatores explicam a maior parte da variância dos dados (MERTLER; VANNATTA, 2005; PALLANT, 2005). Logo, o *screeplot* aqui apresentado (**Figura 5**) sugere inicialmente que dois fatores sejam retidos.

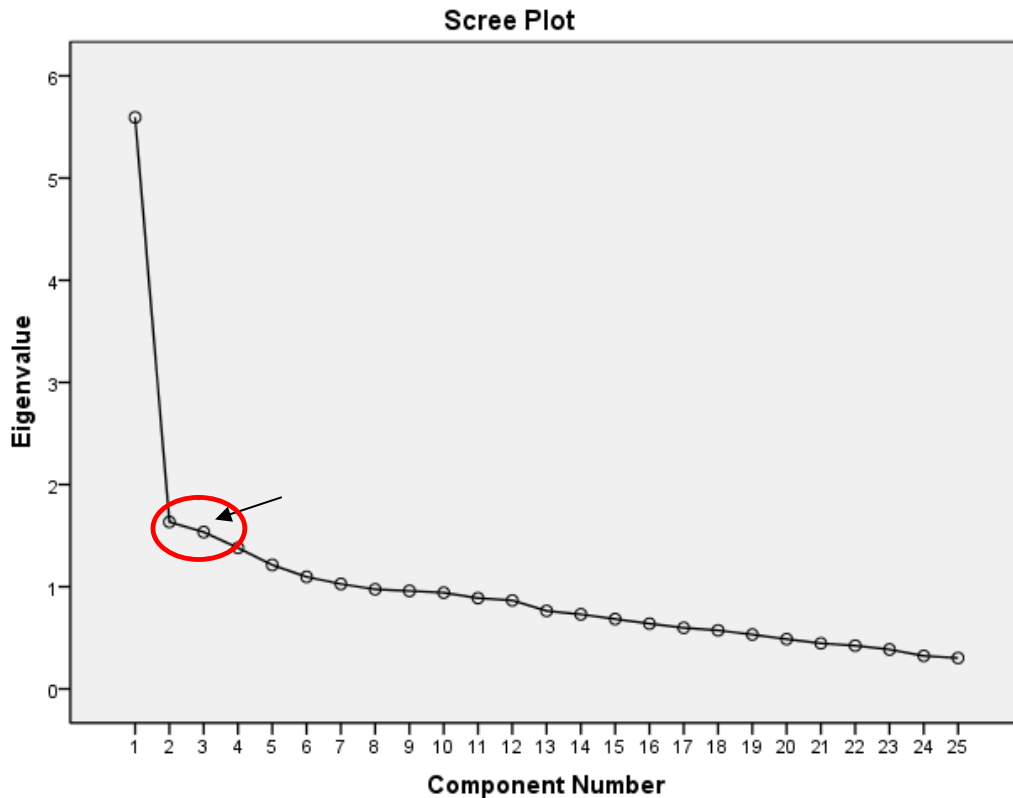


Figura 5 – Diagrama de declividade. Fortaleza, 2010.

Nota: A seta indica o número de componentes que devem ser retidos para serem rotados.

Apesar de *a priori* terem sido definidas quatro dimensões latentes (práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno e higiene da criança/infantil) e, posteriormente, três (higiene, práticas alimentares e ambiente doméstico), verificou-se, por meio da análise fatorial, que devem ser retidos apenas dois domínios (fatores), os quais foram definidos como: higiene da família (fator 1) e práticas alimentares/gerais (fator 2).

Assim, o domínio ambiente doméstico foi excluído conforme a análise fatorial. Graf *et al.* (2008) corroboram, ao afirmarem que, quando uma mãe realiza boas práticas de higiene para proteger seus filhos, a limpeza do ambiente domiciliar torna-se consequência desse fato.

Para a distribuição dos itens nos dois domínios remanescentes, foi avaliada a magnitude das correlações e a adequação conceitual de cada item dentro de cada fator (domínio). Quando um mesmo item estava alocado em dois domínios diferentes, foi considerado o maior valor da correlação e/ou a análise da base conceitual do item para definir o domínio a que ele pertence.

Uma correlação (carga fatorial) entre os itens e os domínios de no mínimo 0,3 foi exigida para que um item fosse mantido na escala. Com base nesse critério, a análise fatorial sugere a retirada do item 7, o qual atingiu cargas fatoriais de 0,175, na *Pattern Matrix* (**Tabela 12**) e de 0,153 e 0,206, na *Structure Matrix* (**Tabela 13**). A retirada do referido item (*eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente*) mostrou-se pertinente, tendo em vista que o fato de a mãe levar o filho ao serviço de saúde, muitas vezes, não é garantia de atendimento, por conta de dificuldades de acesso, tampouco de resolubilidade, dessa forma, não estaria relacionado à prevenção de doenças, especificamente, de diarreia infantil.

Assim, de acordo com a análise fatorial pelos componentes principais e rotação *direct oblimin*, a EAPDI teria dois domínios, higiene da família (fator 1) e práticas alimentares/gerais (fator 2), com, respectivamente, 16 e 8 itens (**Tabela 14**).

Contudo, sete itens (03, 11, 12, 13, 15, 21, 23), de acordo com sua análise teórica e conceitual, não se adequaram aos fatores evidenciados pela análise fatorial (rotação *direct oblimin*), os quais se encontram destacados em negrito na **Tabela 14**. Assim, os itens 03, 12, 13 e 21 relacionados ao fator 1 (higiene da família) passaram a serem alocados no fator 2 (práticas alimentares/gerais); enquanto que os itens 11, 15 e 23 que se encontravam no fator 2 (práticas alimentares/gerais) passaram a compor o fator 1 (higiene da família) (**Tabela 15**).

Tal conduta foi evidenciada por outros autores que elaboraram escalas, os quais tiveram que fazer adequações em virtude da questão conceitual do construto de interesse (BARROSO, 2008; GARCIA; PIMENTA; CRUZ, 2007; PUPULIM, 2009).

Tabela 14 – Matriz de correlações entre os itens e os domínios da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação *direct oblimin**. Fortaleza, 2010

Item		Fator 1	Fator 2
DOMÍNIO HIGIENE DA FAMÍLIA			
09	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	,702	
13	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	,682	-,155
05	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	,643	
18	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	,617	
24	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	,616	
16	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	,609	
21	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	,565	
17	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	,544	
19	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	,536	
20	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	,530	,203
04	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.	,511	
22	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	,473	,118
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	,452	,109
06	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	,450	
12	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	,379	-,136
03	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	,329	
DOMÍNIO PRÁTICAS ALIMENTARES/GERAIS			
11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.		,646
14	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.	-,115	,554
08	Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.		,534
02	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.		,474
23	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	,185	,474
01	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	,125	,414
25	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	,239	,367
15	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	,194	,302

* **Item 7** (Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente) já excluído.

Assim, a versão final da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) possui dois fatores/domínios: higiene da família, com 15 itens (62,5%); e práticas alimentares/gerais, com 9 itens (37,5%); totalizando um instrumento composto por 24 itens (**Figura 4**), conforme evidencia a **Tabela 15**.

Tabela 15 – Itens da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), alocados em seus domínios adequados. Fortaleza, 2010

Item	
DOMÍNIO HIGIENE DA FAMÍLIA	
09	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.
05	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.
18	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.
24	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.
16	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.
17	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.
19	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.
20	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.
04	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.
22	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.
06	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.
11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.
23	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.
15	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.
DOMÍNIO PRÁTICAS ALIMENTARES/GERAIS	
14	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.
08	Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.
02	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.
01	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.
25	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.
13	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.
21	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).
12	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.
03	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.

* **Item 7** (Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente) já excluído.

- **Testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados**

No que diz respeito à normatização ou padronização dos resultados da escala, em cada item avaliado, a mãe recebe uma pontuação variável de 1 a 5 pontos de acordo com o grau de concordância concedido pela mesma. Assim, os escores totais da escala variam de 24 a 120 pontos, tendo em vista que a escala na sua versão final é composta por 24 itens. As mães com maior pontuação possuem elevada autoeficácia, ou seja, são aquelas que têm maior confiança na sua habilidade para prevenir diarreia em seu filho.

Analisando-se o somatório da escala das 448 mães entrevistadas no polo empírico, observou-se que os valores obtidos pelas mesmas foram de 89 a 120 pontos. Dessa forma, a padronização dos escores adotou o rigor estatístico por meio de percentis.

Identificou-se que 25% das mulheres entrevistadas possuíam somatório na EAPDI menor ou igual a 109, enquanto que 50% das mães obtiveram escores de 110 a 114 e as demais, escores de 115 a 120. Assim, a normatização/padronização da presente escala encontra-se evidenciada no **Quadro 13**.

Quadro 13 – Normatização/padronização dos níveis de autoeficácia, de acordo com o somatório dos valores obtidos pelas mães na EAPDI. Fortaleza, 2010

VALORES OBTIDOS NA EAPDI	NÍVEIS DE AUTOEFICÁCIA
109	Baixa
110 – 114	Moderada
115	Elevada

Diante desses valores e dos seus respectivos níveis de autoeficácia, o segundo método utilizado para realizar a validação relacionada ao construto foi a comparação dos grupos contrastados. Para tanto, foram realizadas algumas análises cruzando-se variáveis sociodemográficas e variáveis relacionadas à ocorrência e manejo da diarreia infantil com os níveis de autoeficácia identificados nas mães estudadas.

A **Tabela 16** evidencia a associação entre os escores da EAPDI e variáveis sociodemográficas relacionadas às famílias estudadas.

Tabela 16 – Associação entre os escores da EAPDI e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, 2010

Variável	Autoeficácia						p
	Baixa		Moderada		Elevada		
	N	%	N	%	N	%	
Idade materna (ano) N=446							
14 – 19	13	31	10	23,8	19	45,2	0,018^a
20 – 29	71	30,7	49	21,2	111	48,1	
30 – 39	30	21,9	35	25,5	72	52,6	
40 – 59	4	11,1	10	27,8	22	61,1	
Estado civil (mãe) N=444							
Casada/União consensual	99	26,6	82	22	191	51,3	0,626 ^a
Solteira/Outros	18	25	22	30,6	32	44,4	
Trabalha fora de casa N=444							
Sim	30	21,9	36	26,3	71	51,8	0,278 ^a
Não	88	28,7	68	22,1	151	49,2	
Escolaridade materna (ano) N=443							
6	25	26	23	24	48	50	0,282 ^a
7 – 10	52	29,7	47	26,9	76	43,4	
11 – 13	41	23,8	35	20,3	96	55,8	
Tempo de moradia no mesmo endereço (mês) N=442							
12	18	19,1	29	30,9	47	50	0,970 ^a
13 – 60	46	33,6	26	19	65	47,4	
61	53	25,1	49	23,2	109	51,7	
Número de moradores na residência N=447							
2 – 3	33	23,2	33	23,2	76	53,5	0,154 ^a
4 – 5	56	26,3	51	23,9	106	49,8	
6 – 11	29	31,5	21	22,8	42	45,7	
Renda per capita N=428							
Até ¼ SM	63	33,5	41	21,8	84	44,7	0,023^a
De ¼ a ½ SM	34	21,3	39	24,4	87	54,4	
De ½ a 1 SM	11	15,5	22	31	38	53,5	
Mais de 1 SM	4	44,4	-	-	5	55,6	
Sexo da criança N=447							
Masculino	69	30,9	53	23,8	101	45,3	0,062 ^b
Feminino	49	21,9	52	23,2	123	54,9	
Número de filhos vivos N=441							
1	56	28	45	22,5	99	49,5	0,861 ^a
2	31	24,6	30	23,8	65	51,6	
3 – 4	26	26,8	24	24,7	47	48,5	
5 – 8	5	27,8	6	33,3	7	38,9	

a – linear by linear test

b – teste do quiquadrado

Por meio da **Tabela 16**, pode-se verificar que apenas duas variáveis sociodemográficas estiveram associadas com os níveis de autoeficácia: idade materna ($p=0,018$) e renda *per capita* ($p=0,023$).

Assim, infere-se que, quanto maior a idade materna, mais elevada é a sua autoeficácia para prevenir diarreia infantil. Estudos de Lima *et al.* (2009), que utilizou a Escala de Autoeficácia Geral Percebida, de Chong *et al.* (2001), que investigou a autoeficácia em relação à dor crônica, e de Morgado, Pires e Pinto (2000), os quais pesquisaram a autoeficácia de crianças asmáticas, corroboram por terem detectado que a autoeficácia de pessoas mais jovens tende a ser menor do que a daqueles com mais idade.

Esse resultado pode estar relacionado com as fontes de autoeficácia (experiência de êxito, experiência vicária ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos) descritas por Bandura (1997), pois, quanto mais anos de vida um indivíduo tem, maior contato com essas fontes ele deve ter tido, o que fortalece suas crenças de autoeficácia.

Além disso, verificou-se que, quanto maior a renda *per capita*, mais elevada foi a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil.

Acredita-se que uma família que possui renda mais elevada apresenta maior confiança em prevenir diarreia infantil, devido ao fato de o seu poder aquisitivo possibilitar melhores condições de vida (abastecimento de água potável e saneamento básico) e de habitabilidade (possuir um piso de fácil limpeza e geladeira), além de poder adquirir mais facilmente produtos necessários para a higiene pessoal e domiciliar, de poder comprar calçados para que as crianças não tenham contato direto com o solo e de adquirir meios para tratar a água destinada ao consumo humano (filtro, hipoclorito, entre outros).

Assim, ressalta-se que, na promoção da mudança comportamental ligada à saúde, é preciso fornecer às pessoas, além de razões para mudar condutas de saúde, meios e recursos para fazê-lo (SOUZA; SILVA; GALVÃO, 2002).

Pode-se observar a inexistência de associação estatisticamente significativa entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e o estado civil ($p=0,626$), trabalhar fora de casa ($p=0,278$), escolaridade materna ($p=0,282$), tempo de moradia no mesmo endereço ($p=0,970$), número de moradores na residência ($p=0,154$), sexo da criança ($p=0,062$), número de filhos vivos ($p=0,861$).

Apesar disso, autores ratificam que a escolaridade materna (KYRIACOU *et al.*, 2009; PEREIRA; CABRAL, 2008), o tempo de residência em uma mesma moradia (TEIXEIRA; HELLER, 2005) e a idade da criança (FUCHS; VICTORA, 2002; NANAN *et al.*, 2003; TEIXEIRA; HELLER, 2005) influenciam na ocorrência de diarreia infantil.

A associação entre os escores da EAPDI e as variáveis relacionadas à saúde da criança podem ser visualizadas na **Tabela 17**.

Tabela 17 – Associação entre os escores da EAPDI e variáveis relacionadas à saúde da criança. Fortaleza, 2010

Variável	Autoeficácia						p
	Baixa		Moderada		Elevada		
	N	%	N	%	N	%	
Amamentação exclusiva até os 6 meses de vida da criança N=447							
Sim	32	16,8	49	25,7	110	57,6	0,001^c
Não	85	33,5	56	22	113	44,5	
Episódio diarreico anterior N=446							
Sim	83	31,9	63	24,2	114	43,8	0,001^a
Não	35	18,8	42	22,6	109	58,6	
Busca pelo serviço de saúde durante o episódio diarreico N=259							
Sim	35	18,6	42	22,3	111	59	0,001^b
Não	70	33,8	44	21,3	93	44,9	
Internação anterior devido à diarreia N=258							
Sim	13	35,1	9	24,3	15	40,5	0,657 ^a
Não	70	31,7	54	24,4	97	43,9	
Realização de receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia N=258							
Sim	45	30,2	38	25,5	66	44,3	0,009^b
Não	38	34,9	24	22	47	43,1	
Oferta anterior de SRO para a criança N=440							
Sim	51	29,5	42	24,3	80	46,2	0,532 ^c
Não	64	24	62	23,2	141	52,8	
Imunização contra rotavírus N=414							
Sim	72	23,2	72	23,2	167	53,7	0,066 ^b
Não	38	36,9	24	23,3	41	39,8	
Recebimento de informação anterior sobre prevenção de diarreia N=445							
Sim	36	23,8	26	17,2	89	58,9	0,051 ^c
Não	81	27,6	79	26,9	134	45,6	

a – linear by linear test

b – teste do quiquadrado

c – Teste de razão de maximoverossimilhança

Pode-se verificar a existência de relação estatisticamente significativa entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e a amamentação exclusiva da criança até os 6 meses de vida ($p=0,001$), episódio diarreico anterior na criança ($0,001$), busca pelo serviço de saúde durante o episódio diarreico do filho ($0,001$), realização de receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia ($0,009$).

Diante desses achados, infere-se que as atitudes da mãe de oferecer o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e de buscar o serviço de saúde quando a criança está com diarreia denotam que a mesma possui um cuidado elevado para com a saúde do seu filho, dessa forma, acredita-se que ela certamente possuirá uma confiança maior em relação às medidas preventivas de diarreia em seu filho.

Estudo realizado na Bahia com 1912 mães verificou significância estatística entre aleitamento materno e diarreia, sendo 64% maior a chance de crianças que não mamam adoecerem por diarreia, quando comparadas às amamentadas. As crianças amamentadas de maneira não exclusiva, quando confrontadas às que mamavam exclusivamente, tiveram uma chance 82% maior de ter diarreia (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003).

No que diz respeito à variável episódio diarreico anterior na criança, a relação estatística identificada aponta para o fato de que, quanto maior é a autoeficácia da mãe para prevenir diarreia infantil, menos chances seus filhos possuem de apresentar a doença. Morgado, Pires e Pinto (2000) encontraram resultado semelhante quanto à asma na infância, pois, quanto maior é a autoeficácia global da criança, menos frequentes são suas crises asmáticas.

Identificou-se também associação estatística entre a autoeficácia materna e a realização de receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia. Dessa forma, infere-se que, se a mãe acredita ser capaz de tratar a diarreia no seu filho, mesmo que por meio de receitas caseiras (chás, soro caseiro, frutas constipantes), possivelmente ela também possui uma autoeficácia elevada para prevenir a doença.

Contudo, um estudo identificou como fator de risco para diarreia o fato de o cuidador da criança possuir uma autossuficiência pobre no manejo da diarreia infantil (BACHRACH; GARDNER, 2002).

Pode-se ainda constatar que o recebimento de informação anterior sobre a prevenção de diarreia apresentou forte indicativo de associação com a autoeficácia ($p=0,051$), porém não conclusivo, em que se pode verificar que a maioria das mães que já tinha recebido orientação apresentou elevada autoeficácia em prevenir diarreia infantil ($N=89$; 58,9%). Destaca-se que as fontes de informações mais citadas pelas mães foram: agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros.

Sabe-se que a persuasão verbal é uma fonte de autoeficácia geralmente utilizada por profissionais da saúde. Nesse contexto, as orientações prestadas pelos mesmos acabam por motivar as mães a prevenirem diarreia em seus filhos e por influenciarem sua autoeficácia.

Ressalta-se que, muitas vezes, um indivíduo com amplos conhecimentos e habilidades não consegue produzir o resultado esperado, enquanto que outro com menor competência e habilidade, porém com autoeficácia mais elevada, consegue melhor desempenho (JAINA; TYSON, 2004).

Observa-se por meio da **Tabela 17** que as seguintes variáveis não demonstraram relação significativa com a autoeficácia materna: internação anterior devido à diarreia ($p=0,657$), oferta anterior de SRO para a criança ($p=0,532$) e imunização contra rotavírus ($p=0,066$).

A análise realizada por meio dos grupos contrastados buscou testar as hipóteses pretendidas neste estudo. Desse modo, confirmou-se a hipótese de que os escores mais elevados da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil correlacionaram negativamente com a ocorrência anterior de diarreia na criança ($p=0,001$), bem como a hipótese de que os escores mais elevados de autoeficácia estão associados com mães que possuem mais idade ($p=0,018$).

A hipótese inicial de que os escores mais elevados de autoeficácia em prevenir a diarreia infantil estariam associados às mães com mais anos de estudo não foi confirmada por meio da presente análise ($p=0,282$). No entanto, pode-se verificar por meio da **Tabela 16** que mães que tinham de 11 a 13 anos de estudos foram as que apresentaram maior percentual de elevada autoeficácia em prevenir diarreia infantil ($N=96$; 55,8%).

6.3.2 Validade de critério

- **Validade Preditiva**

A validade preditiva, ou seja, a avaliação da concordância entre a autoeficácia materna baixa, moderada e elevada para prevenir diarreia infantil e a ocorrência de diarreia em seu filho nos quatro meses posteriores à primeira aplicação da escala pode ser verificada por meio da **Tabela 18**.

Tabela 18 – Comparação entre a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil e a ocorrência da doença nas crianças estudadas. Fortaleza, 2010

Autoeficácia	Diarreia		Total	S %	E %	VPP %	VPN %
	Presente	Ausente					
Baixa	4	2	6	50	90,5	66,7	82,6
Elevada	4	19	23				
Moderada	4	7	11	50	73,1	36,4	82,6
Elevada	4	19	23				
Baixa	4	2	6	50	77,8	63,6	66,7
Moderada	4	7	11				

Segundo Bryant *et al.* (1992), o teste ideal deveria ser 100% sensível e 100% específico, porém isso raramente é obtido, além de possuir menor probabilidade de ocorrer quando a doença ou condição são passíveis de prevenção, como é o caso da diarreia infantil.

Paranhos (1999) destacou que, para que o teste cumpra seu objetivo diagnóstico, a soma da sensibilidade e especificidade deve ter um valor maior que 100%; se for um valor aproximado a 200 revela que o teste é ideal. Caso o valor da sensibilidade seja próximo a 100, significa que a doença pode praticamente ser excluída entre as pessoas com teste negativo.

Diante disso, pode-se inferir que os escores obtidos pelas mães na EAPDI são capazes de detectar o risco de diarreia nos seus filhos, visto que a soma da sensibilidade e especificidade, nos três cruzamentos (Baixa X Elevada; Moderada X Elevada; Baixa X Moderada), foi superior a 100%.

Assim, a EAPDI possuiu menores valores para sensibilidade e VPP. Dessa forma, existe a possibilidade de que a escala não detecte os casos positivos de diarreia infantil, pois as crianças com diarreia não obrigatoriamente possuem mães com baixa autoeficácia.

No que diz respeito à especificidade e VPN, pode-se concluir que níveis elevados de autoeficácia identificados nas mães por meio da EAPDI sugerem que seus filhos não apresentem diarreia; com isso, confirma-se que níveis elevados de autoeficácia configuram-se em fator protetor para a diarreia infantil.

Apesar disso, não se deve imaginar que simplesmente um nível elevado de autoeficácia em um indivíduo, sem competência nem habilidade, possa produzir performances adequadas, pois, para Bandura (1997, p. 77), “a confiança em si próprio não necessariamente garante o sucesso, mas a falta de confiança em si mesmo certamente produz o fracasso”.

Assim, infere-se que filhos de mães com elevada autoeficácia dificilmente apresentam diarreia. Contudo, o fato de a mãe possuir baixa autoeficácia não conduz diretamente a criança a ter diarreia.

6.3.3 Fidedignidade ou confiabilidade do instrumento

- **Alfa de Cronbach**

O alfa de Cronbach da EAPDI com seus 24 itens foi de 0,84, indicando uma alta consistência interna do instrumento.

Em geral, um valor de 0,7 a 0,8 é aceitável para o alfa de Cronbach, assim, valores abaixo indicam uma escala não confiável (FIELD, 2009). O coeficiente, quando é mais

elevado que 0,90, pode sugerir a presença de itens redundantes, e abaixo de 0,70 pode refletir baixa consistência interna (STREINER; NORMAN, 1995).

Cortina (1993) revela que o valor do α depende do número total de itens, portanto, à medida que aumenta o número de itens da escala, aumentará também o valor do α . Ademais, afirma que o α mede a unidimensionalidade ou a extensão em que a escala mede um construto, assim um α muito elevado não confirma a confiabilidade porque pode ser reflexo do número total de itens do instrumento.

Por isso, o valor de α obtido no presente estudo mostrou-se adequado, comprovando a confiabilidade do instrumento.

- **Teste-reteste**

Sabe-se que as crenças de autoeficácia podem prever comportamentos entre os indivíduos com diferentes níveis de autoeficácia, bem como ao longo de diversificados períodos de tempo (BANDURA; LOCKE, 2003).

Nesse sentido, utilizou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) para a análise da estabilidade teste-reteste dos escores da EAPDI – variáveis contínuas (LANDIS; KOCH, 1977). Os critérios propostos por Landis e Koch (1977) foram adotados para interpretação do grau de concordância: quase perfeita (0,80 a 1,00), substancial (0,60 a 0,80), moderada (0,40 a 0,60), regular (0,20 a 0,40), discreta (zero a 0,20) e pobre (-1 a zero).

O CCIC para o escore total da EAPDI foi de 0,45 (IC_{95%}: 0,40-0,71). Dado que revela a existência de concordância moderada entre a primeira e a segunda aplicação da escala e que ratifica a confiabilidade do instrumento, pois este é capaz de avaliar a autoeficácia materna em prevenir diarreia infantil, mesmo com o passar do tempo.

6.3.4 Percepção das mães em relação a autoeficácia em prevenir diarreia infantil – Aplicação da EAPDI

As respostas da EAPDI foram analisadas em seus domínios (Higiene da Família e Práticas Alimentares/Gerais). Para facilitar a análise dos itens, as respostas das mulheres foram agregadas. Assim, as respostas “discordo totalmente” e “discordo” foram agrupadas em apenas uma resposta, “discordo”. De maneira semelhante, as respostas “concordo totalmente” e “concordo” foram agrupadas em apenas uma resposta, “concordo”. A **Tabela 19** evidencia a

percepção das mães em relação à autoeficácia em prevenir diarreia infantil no que concerne ao domínio Higiene da Família da EAPDI.

Tabela 19 – Distribuição das respostas das mães, segundo o domínio Higiene da Família da EAPDI. Fortaleza, 2010

	Item	Discordo		Às vezes concordo		Concordo	
		N	%	N	%	N	%
04	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	4	0,9	21	4,7	423	94,4
05	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	-	-	6	1,3	442	98,7
06	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	10	2,2	17	3,8	421	94
09	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	1	0,2	-	-	447	99,8
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	8	1,8	17	3,8	423	94,4
11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	48	10,7	54	12,1	346	77,2
15	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	37	8,3	31	6,9	380	84,8
16	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	3	0,7	7	1,6	438	97,8
17	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	4	0,9	3	0,7	441	98,4
18	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	3	0,7	2	0,4	443	98,9
19	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	3	0,7	1	0,2	444	99,1
20	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	4	0,9	15	3,3	429	95,8
22	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	3	0,7	19	4,2	426	95,1
23	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	15	3,3	18	4	415	92,6
24	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	4	0,9	14	3,1	430	96

Os resultados da autoeficácia materna em relação à higiene da família indicam que na totalidade dos itens as mães responderam em sua maioria que concordam, ou seja, que elas acreditam ser capazes de executar diariamente tais medidas preventivas.

Os itens que receberam mais respostas afirmativas das mães foram *eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia* (item 09) (N=447; 99,8%) e *eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa* (item 19) (N=444; 99,1%).

O item 9 ter sido o mais anuído pelas participantes do estudo foi algo esperado, devido ao clima semiárido do Estado do Ceará, o qual acarreta muito calor, atingindo sobretudo as crianças. Dessa forma, as mães optam por banhar seus filhos inúmeras vezes ao dia, buscando proporcionar-lhes maior conforto. Já em relação ao item 19, por meio das

respostas das mães acredita-se que as crianças não tenham contato com o lixo doméstico, pois o mesmo é descartado fora do lar. Dado que corrobora com o fato de 429 (95,8%) mães terem referido que o lixo doméstico é recolhido pela coleta pública regular.

Os dois itens que apresentaram maiores escores de “discordo” e de “às vezes concordo” foram “eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca” (item 11), em relação ao qual 48 mães (10,7%) discordaram e 54 (12,1%) concordaram apenas parcialmente, e “eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso” (item 15), em relação ao qual 37 (8,3%) mães discordaram e 31 (6,9%) concordaram parcialmente.

Tal achado reflete que essas mães não acreditavam ser capazes de evitar que seus filhos colocassem objetos sujos na boca, provavelmente devido ao fato de algumas delas trabalharem fora de casa (N=138; 31%), não podendo observar seus filhos em todos os instantes. E, em relação às que trabalhavam em casa (N=307; 69%), muitas exerciam funções domésticas enquanto seus filhos permaneciam brincando, não podendo, da mesma forma, adverti-los em todos os momentos.

No que diz respeito ao item 15 (eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso), acredita-se que algumas mães não demonstraram essa capacidade devido ao fato de não lavarem os utensílios logo após cada uso ou por haver dias em que faltava sabão em seus domicílios.

A **Tabela 20** evidencia a percepção das mães em relação à autoeficácia em prevenir diarreia infantil no que concerne ao domínio Práticas Alimentares/Gerais da EAPDI.

Tabela 20 – Distribuição das respostas das mães, segundo o domínio Práticas Alimentares/Gerais da EAPDI. Fortaleza, 2010

	Item	Discordo		Às vezes concordo		Concordo	
		N	%	N	%	N	%
01	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	20	4,5	52	11,6	376	83,9
02	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	94	21	45	10	309	69
03	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	10	2,2	22	4,9	416	92,9
08	Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.	47	10,5	10	2,2	391	87,3
12	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	16	3,6	15	3,3	417	93,1
13	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	0,2	2	0,4	445	99,3
14	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.	72	16,1	4	0,9	372	83
21	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	5	1,1	3	0,7	440	98,2
25	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	16	3,6	7	1,6	425	94,9

Os resultados da autoeficácia materna em relação às práticas alimentares/gerais demonstram que, em todos os itens que compõem o referido domínio, a maioria das mães respondeu afirmativamente (concordam), ou seja, que elas acreditavam serem capazes de executar diariamente tais medidas preventivas.

Os itens mais assertivos pelas mães no que diz respeito ao domínio práticas alimentares/gerais foram: “eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade” (item 13) (N=445; 99,3%) e o “eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão)” (item 21) (N=440; 98,2%).

A vacinação é uma prioridade entre as mães, as quais costumam levar seus filhos para serem vacinados nas datas marcadas e nas campanhas de vacinação, obedecendo à caderneta de saúde da criança. Além disso, as mães demonstraram um conhecimento a respeito da vacinação, conforme o calendário vacinal. Esse aspecto pode indicar que a vacinação constitui uma das principais preocupações no cuidado à saúde da criança, pois as mães veem a unidade de saúde com resolubilidade, neste aspecto (MELLO; FERRIANI, 1996).

No que diz respeito à alimentação da criança posteriormente a ela ter deixado de mamar, após os seis meses de vida inicia-se o período de introdução da alimentação

complementar, etapa crítica que, com frequência, conduz à má nutrição e às enfermidades, quando a criança não recebe dieta satisfatória, podendo estar envolvida por complexos fatores sociais, econômicos e culturais que interferem no estado nutricional infantil. A adoção de práticas alimentares balanceadas, sobretudo nos dois primeiros anos de vida é relevante, pois esse é o período em que os hábitos alimentares são estabelecidos e continuarão na adolescência e na idade adulta (FROTA; BARROSO, 2005; MONTEIRO, 2003; SIMON; SOUZA; SOUZA, 2003).

Os três itens que apresentaram escores mais significativos de “discordo” foram: “eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária” (item 02) (N=94; 21%); “eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida” (item 14) (N=72; 16,1%) e “eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida” (item 08) (N=47; 10,5%).

Em relação ao aleitamento materno, mesmo sendo uma das melhores medidas preventivas de diarreia infantil, e apesar de a OMS recomendar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e o continuado com alimentação mista até 24 meses (OMS, 2006), algumas mães não se sentem confiantes ou capazes de amamentar seus filhos nem exclusivamente até os 3 meses nem de maneira complementada até os 6 meses de vida da criança.

Esse achado pode dever-se à autoeficácia materna em amamentar seus filhos, pois Oriá (2008) verificou, ao avaliar as percepções de puérperas acerca da autoeficácia para amamentar, uma menor autoeficácia materna em relação ao domínio técnico no que diz respeito aos aspectos inerentes ao bebê e à técnica de amamentar. Já, no domínio pensamentos intrapessoais, a autoeficácia foi menor nos itens relacionados à adaptação ao cotidiano da mulher-mãe e à técnica de amamentar.

No que diz respeito aos itens em que grande parte das mães às vezes concordou, pode-se verificar: “eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições” (item 01) (N=52; 11,6%) e “eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária” (item 02) (N=45; 10%).

Assim, infere-se que as mães não possuíam o hábito de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária, apesar de sua eficácia comprovada cientificamente. As barreiras em relação a isso podem residir no fato de não possuírem tal substância em casa, na falta de conhecimento em relação à diluição recomendada ou no gosto forte que algumas pessoas referem permanecer nos alimentos após o seu uso.

A **Tabela 21** demonstra os níveis de autoeficácia das 448 mães na primeira aplicação da EAPDI e das 40 mães na segunda aplicação da escala.

Tabela 21 – Distribuição dos níveis de autoeficácia obtidos pelas mães de acordo com a primeira e segunda aplicações da EAPDI. Fortaleza, 2010

Níveis de autoeficácia	N	%	Média (desvio-padrão)
1ª aplicação (N=448)			
Baixa (109)	118	26,3	112,58 (±7,40)
Moderada (110 – 114)	105	23,4	
Elevada (115)	224	50	
2ª aplicação (N=40)			
Baixa (109)	12	30	112,40 (±7,29)
Moderada (110 – 114)	9	22,5	
Elevada (115)	19	47,5	

Pode-se verificar por meio da **Tabela 21** que os níveis de autoeficácia materna na primeira e na segunda aplicações foram aproximados. Contudo, em relação aos valores das médias dos escores obtidos pelas mães, percebeu-se que estes reduziram-se na segunda aplicação.

Dessa forma, é necessário que ações educativas sejam desenvolvidas para que as mães com elevada autoeficácia permaneçam nesse padrão e para que aquelas que possuíam autoeficácia baixa ou moderada possam participar de estratégias que lhes deem a oportunidade de escolha por comportamentos promotores da saúde. Pois, segundo Lahtinen *et al.* (2005), pesquisas na área da promoção da saúde devem incluir ações de mudança e/ou ações para criar oportunidades de escolha e/ou de ações para a manutenção da mudança e escolha já alcançadas, tanto em relação ao indivíduo quanto à sociedade.

7 CONCLUSÕES

Ao final desta investigação envolvendo a construção de uma escala para mensurar a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, pode-se concluir que:

- O levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados PubMed, CINAHL, Cochrane e LILACS possibilitaram a seleção de 82 estudos, a construção de definições operacionais, a identificação inicial de quatro domínios/fatores (práticas alimentares, ambiente doméstico, comportamento materno, higiene da criança/infantil) relacionados ao construto prevenção de diarreia infantil, além de terem oportunizado a construção de 35 itens na primeira versão da escala.
- Para a validade aparente, esses 35 itens foram submetidos à análise de sete *experts* na área do construto, tendo sido verificado que os itens 3, 6, 10, 18, 25 e 31 não foram considerados claros nem compreensíveis. No que diz respeito à validade de conteúdo, os sete juízes consideraram que 34 (97,14%) itens relacionavam-se ao assunto da escala e 29 itens (82,9%) foram ditos relevantes pelos juízes. Quanto ao grau de relevância dos itens, o IVC (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI) obtido foi de 0,84, indicando que a escala é representativa do conteúdo do construto. Contudo, oito itens (7, 8, 10, 16, 20, 27, 29, 30) foram retirados da escala devido ao I-CVI inferior a 0,80, tendo permanecido o item 18 apesar do seu valor de I-CVI (I-CVI=0,571). Em relação, ao domínio correspondente de cada item, observou-se que sete itens (20%) não coincidiram em relação aos domínios/fatores pré-estabelecidos pela pesquisadora. Além disso, alguns juízes referiram que os itens do domínio “comportamento materno” poderiam ser enquadrados em outros domínios. Assim, a escala passou a ser composta por três domínios/fatores (higiene da família, ambiente doméstico, práticas alimentares).
- Levando-se em consideração a primeira análise dos juízes e acatando-se as suas sugestões em relação aos itens da escala, procedeu-se à análise semântica dos 27 itens restantes (segunda versão da escala), por meio de entrevista com 30 pessoas da população-meta. Acataram-se as sugestões das mães, bem como foram retirados da escala dois itens (14 e 23), por terem gerado muitas dúvidas entre as participantes e por terem obtido I-CVI inferior a 0,80 em etapa anterior.
- Os 25 itens que compunham a terceira versão da escala, tendo em vista todas as alterações realizadas até o momento, foram submetidos a uma segunda análise dos juízes (validade de

conteúdo). Os *experts* consideraram todos os itens relevantes no construto da escala e o instrumento foi tido como válido por ter obtido IVC (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI) de 0,96.

- A quarta versão da escala (25 itens) foi aplicada a 31 mães da população-meta, tendo duração média de sete minutos por participante. As sugestões das mães foram consentidas, com destaque para alterações realizadas nos itens 9, 12, 15 e 18. Assim, originou-se a quinta versão da escala (25 itens) ou instrumento-piloto, o qual foi aplicado no polo empírico a 448 mães da população-meta.
- No que diz respeito às características sociodemográficas, a maioria das mães entrevistadas no polo empírico tinha de 20 a 29 anos (231; 51,6%), era casada ou vivia em união consensual (N=372; 83,6%), possuía entre sete e 10 anos de estudo (N=176; 39,6%) e trabalhava em casa (N=307; 69%). Parcela significativa das famílias vivia abaixo da linha da pobreza, com renda *per capita* de zero a ¼ do salário mínimo (N=188; 43,8%). Em média 4,45 pessoas residiam em um mesmo domicílio, havendo na maioria deles de quatro a cinco pessoas (N=214; 47,8%), as quais moravam há mais de cinco anos no mesmo domicílio (N=211; 47,6%). A maioria das mulheres entrevistadas possuía apenas um filho (N=200; 45,2%), sendo o sexo feminino mais prevalente entre as crianças com idade inferior a 5 anos (N=225; 50,2%). Na amostra, prevaleceram as crianças que tinham mais de 3 anos de idade (N=163; 36,4%).
- Quanto à validade de construto, os dados obtidos no polo empírico permitiram a realização da análise fatorial, a qual revelou que a versão final da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil possui dois fatores/domínios: higiene da família, com 15 itens; e práticas alimentares/gerais, com nove itens; totalizando um instrumento composto por 24 itens.
- No que diz respeito à normatização ou padronização dos resultados da escala, estabeleceu-se que mães que somassem 109 pontos ou menos na EAPDI possuíam baixa autoeficácia; de 110 a 114 pontos, moderada autoeficácia; 115 pontos ou mais, elevada autoeficácia.
- A validade de construto por meio da comparação dos grupos contrastados demonstrou que duas hipóteses iniciais do estudo comprovaram-se: escores mais elevados da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil correlacionam negativamente com a ocorrência anterior de diarreia na criança ($p=0,001$) e os escores mais elevados de autoeficácia estão associados com mães que possuem mais idade ($p=0,018$). A hipótese inicial de que os escores mais elevados da autoeficácia em prevenir a diarreia infantil estariam associados às mães com mais anos de estudo não foi confirmada por meio da presente análise ($p=0,282$).

- A validade de critério realizada por meio da validade preditiva demonstrou que a EAPDI possui menores valores para sensibilidade e valor preditivo positivo do que para estabilidade e valor preditivo negativo, demonstrando que níveis elevados de autoeficácia configuram-se em fator protetor para diarreia infantil.
- A avaliação das propriedades psicométricas da EAPDI indicou alta consistência interna por meio do alfa de Cronbach 0,84, demonstrando uma alta consistência interna do instrumento.
- O Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCIC) para a análise da estabilidade teste-reteste dos escores da EAPDI foi de 0,45 (IC_{95%}: 0,40-0,71), demonstrando existência de concordância moderada entre a primeira e a segunda aplicação da escala, ratificando a confiabilidade do instrumento.
- A Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil pode ser aplicada tanto no âmbito da pesquisa quanto da clínica, pois permite identificar o nível de autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.

Concluiu-se, portanto, que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.

8 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora os achados dessa investigação tenham sido exaustivamente analisados por meio dos testes estatísticos recomendados pela comunidade científica internacional, revelando sua consistência e relevância para a avaliação da autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil, recomenda-se a aplicação da EAPDI em outras populações para ratificar sua validade e confiabilidade independente da população-meta.

Observou-se que uma mãe pode ter conhecimento de que determinados atos previnem diarreia infantil, entretanto isso não garante que ela se sinta capaz de incorporar tais práticas no seu cotidiano. Por isso, faz-se premente que os profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, insiram o conceito de autoeficácia materna no cuidado da criança, bem como nas estratégias de educação em saúde relacionadas à prevenção da diarreia infantil.

Assim, esta investigação confirma a teoria da autoeficácia construída por Albert Bandura, a qual, adaptada para o comportamento de prevenção da diarreia infantil, contribui com um novo corpo de conhecimentos para a comunidade acadêmica e clínica, ao oferecer uma tecnologia revelada em um instrumento confiável e válido.

O enfermeiro pode utilizar a EAPDI como ferramenta na assistência prestada à comunidade, visto que se trata de um instrumento de rápida aplicação (seis minutos) e baixo custo, o qual possibilita conhecer o nível de autoeficácia da mãe para prevenir diarreia em seus filhos. Com isso, poderá intervir de maneira direcionada às necessidades de cada família, por meio de consultas de puericultura, de visitas domiciliares, de estratégias de educação em saúde, entre outros.

Tendo em vista a comprovada estabilidade do instrumento, pode-se realizar um acompanhamento contínuo da população assistida, com a aplicação da EAPDI em intervalos de tempo diferentes, possibilitando um monitoramento da autoeficácia de cada mãe.

Ressalta-se que o enfermeiro não deve deter-se à assistência curativa, tampouco à simples transferência de conhecimentos, mas sim, deve atuar com base em uma visão ampla de saúde, pautada na promoção da saúde, rompendo com a circularidade de que saúde seja ausência de doenças. Faz-se premente a compreensão holística de cada criança, considerando que cada ser influencia e é influenciado pelo ambiente em que vive. Portanto, acredita-se que atividades que atuam no empoderamento da mãe e em seu reconhecimento como corresponsável pela condição de saúde da sua família são capazes de promover a saúde da criança em sua plenitude.

REFERÊNCIAS

AGRASADA, G.V.; GUSTAFSSON, J.; KYLBERG, E.; EWALD, U. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: A randomized, controlled trial. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 8, p. 1109-15, 2005.

ALAM, N.; WAI, L. Importance of age in evaluating effects of maternal and domestic hygiene practices on diarrhoea in rural Bangladeshi children. **J. Diarrhoeal Dis. Res.**, v. 9, n. 2, p. 104-110, 1991.

ALEXANDRE, J.W.C.; ANDRADE, D.F.; VASCONCELOS, A.P.; ARAUJO, A.M.S.; BATISTA, M.J. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: ABEPRO, 2003. p. 1-8.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL, J.J.F. **Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI):** avaliação nas unidades de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002. cap. 6, p. 63-76.

AMARAL, L.A.; NADER FILHO, A.; ROSSI JUNIOR, O.D.; FERREIRA, F.L.A.; BARROS, L.S. S. Água de consumo humano como fatos de risco à saúde em propriedades rurais. **Rev. Saúde Pública**, v. 37 n. 4, p. 510-514, 2003.

AMAZONAS, M.C.L.A.; DAMASCENO, P.R.; TERTO, L.M.S.; SILVA, R.R. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicol. Est.**, v. 8, n. esp., p. 11-20, 2003.

ANDERSON, K.O.; DOWDS, B.N.; PELLETZ, R.E.; EDWARDS, W.T.; PEETERS-ASDOURIAN, C. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Pain**, v. 63, n. 1, p. 77-84, 1995.

APPELBAUM, S.H.; HARE, A. Self-efficacy as a mediator of goal setting and performance some human resource applications. **J. Managerial Psychol.**, v. 11, n. 3, p. 33-47, 1996.

ARAÚJO, M.F.M.; FERREIRA, A.B.; GONDIM, K.M.; CHAVES, E.S. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 6, n. 1, p. 76-84, 2007a.

ARAÚJO, E.C.; CLEMENS, S.A.; OLIVEIRA, C.S.; JUSTINO, M.C.; RUBIO, P.; GABBAY, Y.B.; DA SILVA, V.B.; MASCARENHAS, J.D.; NORONHA, V.L.; CLEMENS, R.; GUSMÃO, R.H.; SANCHEZ, N.; MONTEIRO, T.A.; LINHARES, A.C. Safety, immunogenicity, and protective efficacy of two doses of RIX4414 live attenuated human rotavirus vaccine in healthy Brazilian infants. **J. Pediatr.**, v. 83, n. 3, p. 217-224, 2007b.

ARIFEEN, S.; BLACK, R.E.; ANTELMAN, G.; BAQUI, A.; CAULFIELD, L.; BECKER, S. Exclusive breastfeeding reduces respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka Slums. **Pediatrics**, v. 108, n. 4, p. 167-171, 2001.

ASGHARI, A.; NICHOLAS, M.K. Pain self-efficacy beliefs and pain behavior - A prospective study. **Pain**, v. 94, n. 1, p. 85-100, 2001.

AUSTEN, I. Canada bans plastic bottles tied to health concerns. **The New York Times**, Ottawa, 18 abr. 2008. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2008/04/18/business/worldbusiness/18cnd-plastic.html>>. Acesso em: 15 set. 2010.

AZEVEDO, E.A. **Exclusão sanitária em Belo Horizonte - MG**: caracterização e associação com indicadores de saúde. 2003. 145f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BACHRACH, L.R.; GARDNER, J.M. Caregiver knowledge, attitudes, and practices regarding childhood diarrhea and dehydration in Kingston, Jamaica. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 12, n. 1, p. 37-44, 2002.

BANDA, K.; SARKAR, R.; GOPAL, S.; GOVINDARAJAN, J.; HARIJAN, B.B.; JEYAKUMAR, M.B.; MITTA, P.; SADANALA, M.E.; SELWYN, T.; SURESH, C.R.; THOMAS, V.A.; DEVADASON, P.; KUMAR, R.; SELVAPANDIAN, D.; KANG, G.; BALRAJ, V. Water handling, sanitation and defecation practices in rural southern India: a knowledge, attitudes and practices study. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 101, n. 11, p. 1124-1130, 2007.

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

_____. **Social learning theory**. New Jersey: Prentice Hall, 1977b.

_____. The self-system in reciprocal determinism. **Am. Psychol.**, v. 33, n. 4, p. 344-358, 1978.

_____. Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. **Cognit. Ther. Res.**, v. 4, n. 2, p. 263-268, 1980.

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

_____. Human agency in social cognitive theory. **Am. Psychol.**, v. 44, n. 9, p. 1175-1184, 1989a.

_____. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Dev. Psychol.**, v. 25, n. 25, p. 729-735, 1989b.

_____. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educ. Psychol.**, v. 28, n. 2, p. 117-148, 1993.

_____. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. (Ed.). **Encyclopedia of human behavior.** New York: Academic Press, 1994.

_____. **Self-efficacy: the exercise of control.** New York: Freeman, 1997.

_____. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. **Psychol. Health**, v. 13, p. 623-649, 1998.

_____. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos.** Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 15-41.

BANDURA, A.; BARBARANELLI, C.; CAPRARA, G. V.; PASTORELLI, C. Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. **Child Development**, v. 72, n. 1, p. 187-206, 2001.

BANDURA, A.; TAYLOR, C.B.; WILLIAMS, S.L.; MEFFORD, I.N.; BARCHAS, J.D. Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 53, n. 3, p. 406-14, 1985.

BANDURA, A.; ADAMS, N. E. Microanalysis of 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; LOCKE, E. Negative self-efficacy and goal effects revisited. **J. Appl. Psychol.**, v. 88, n. 1, p. 87-99, 2003.

BAQUI, A.H.; BLACK, R.E.; YUNUS, M.; HOQUE, A.R.; CHOWDHURY, H.R.; SACK, R.B. Methodological issues in diarrhoeal diseases epidemiology: definition of diarrhoeal episodes. **Int. J. Epidemiol.**, v. 20, n. 4, p. 1057-1063, 1991.

BARKER, W.H. Perspectives on acute enteric disease epidemiology and control. **Bull. Pan Am. Health Organ.**, v. 9, n. 2, p. 148-56, 1975.

BARROS, A.; ROSS, D.; FONSECA, W.; WILLIAMS, L.; MOREIRA-FILHO, D. Preventing acute respiratory infections and diarrhoea in child day care centres. **Acta Paediatr.**, v. 88, p. 1113-1118, 1999.

BARROSO, L. M. M. **Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV**. 2008. 163f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRE, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1998.

BECK, K.H.; LUND, A.K. The effects of threat seriousness and personal efficacy upon intentions and behavior. **J. Appl. Soc. Psychol.**, v. 11, p. 401-415, 1981.

BENITES, D.; JACQUES, S.M.C.; GAUER, G.; GOMES, W.B. Percepção de auto-eficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva. **Interação Psicol.**, v. 10, n. 2, p. 207-215, 2006.

BERN, C.; MARTINES, J.; ZOYSA I.D.E.; GLASS, R.I. The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease: a ten-year update. **Bull. World Health Organ.**, v. 70, n. 6, p. 705-714, 1992.

BERNAL, H.; FROMAN, R. The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. **Image J. Nurs. Sch.**, v. 19, n. 4, p. 201-3, 1987.

BERNSTEIN, D.I. RIX4414 (Rotarix™): a live attenuated human rotavirus vaccine. **J. Pediatr.**, v. 83, n. 3, p. 193-5, 2007.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicol. Teor. Pesq.**, v. 16, n. 3, p. 233-239, 2000.

BINET, A.; SIMON, T.H. apud PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1997. p. 289.

BLACK, R.; DYKES, A.C.; ANDERSON, K.E.; WELLS, J.G.; SINCLAIR, S.P.; GARY, G.W JR.; HATCH, M.H.; GANGAROSA, E.J. Handwashing to prevent diarrhoea in day-care centers. **Am. J. Epidemiol.**, v. 113, n. 4, p. 445-451, 1981.

BLACK, R.E.; MORRIS, S.; BRYCE, J. "Where and Why are 10 Million Children Dying Every Year?". **Lancet**, v. 361, n. 9376, p. 2226-2234, 2003.

BLAND, A.D.; KEGLER, M.C.; ESCOFFERY, C.; MALCOE, L.H. Understanding childhood lead poisoning preventive behaviors: the roles of self-efficacy, subjective norms, and perceived benefits. **Prev. Med.**, v. 41, n. 1, p. 70-78, 2005.

BLUMBERG, R.S.; STROBER, W. Prospects for research in inflammatory bowel disease. **JAMA.**, v.285, n. 5, p. 643-647, 2001.

BOISSON, S.; SCHMIDT, W.P.; BERHANU, T.; GEZAHEGN, H.; CLASEN, T. Randomized controlled trial in rural Ethiopia to assess a portable water treatment device. **Environ. Sci. Technol.**, v. 43, n. 15, p. 5934-5939, 2009.

BORGES, C.V.D.; VEIGA, A.P.B.; BARROSO, G.S.; JESUS, E.F.O.; SERPA, R.F.B.; MOREIRA, S.; SALLES-COSTA, R.. Associação entre concentrações séricas de minerais, índices antropométricos e ocorrência de diarreia entre crianças de baixa renda da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Rev. Nutr.**, v. 20, n. 2, p.159-169, 2007.

BORGHI, J.; GUINNESS, L.; OUEDRAOGO, J.; CURTIS, V. Is hygiene promotion cost-effective? A case study in Burkina Faso. **Trop. Med. Int. Health**, v. 7, n.11, p. 960-969, 2002.

BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A.A.A.; COSTA, E.R.; NEVES, E.R.C.; CRUVINEL, M.; PRIMI, R.; GUIMARÃES, S.E.R. A construção de uma escala de estratégias de aprendizagem para alunos do ensino fundamental. **Psicol. Teor. Pesq.**, v. 22, n. 3, p. 297-304, 2006.

BOWEN, A.; MA, H.; OU, J, BILLHIMER, W.; LONG, T.; MINTZ, E.; HOEKSTRA, R. M.; LUBY, S. A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of a handwashing-promotion program in chinese primary schools. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 76, n. 6, p. 1166-1173, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n°. 196/96 e outras. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde reforça apoio ao controle de doenças diarreicas no Acre – out. 2005**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=20909>. Acesso em: 8 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília, 2006a. 188 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed1.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Investigação de casos de diarreia aguda em comunidade extrativista do Iriri – município de Altamira (PA), 2006b**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_iriri.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde/SPS/ Área de Saúde da Criança. **O Brasil e a Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância** – AIDPI. Brasília, DF, 1999.

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

BRYANT, R.A.; SHANNON, M.L.; PIEPER, B.; BRADEN, B.J.; MORRIS, D.J. Pressure ulcers. In: BRYANT, R.A. **Acute and chronic wounds nursing management**. St. Louis, Missouri: Mosby 1992. p.105-163.

BURGHART, R. The purity of water at hospital and at home as a problem of intercultural understanding. **Med. Anthropol. Q.**, v. 10, n. 1, p. 63-74, 1996.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research, conduct, critique, & utilization**. 4. ed. Philadelphia: WB. Saunders, 2001. p. 284.

BURSTRÖM, B.; MACASSA, G.; ÖBERG, L; BERNHARDT, E; SMEDMAN, L. Equitable Child Health Interventions - The Impact of Improved Water and Sanitation on Inequalities in Child Mortality in Stockholm, 1878 to 1925. **Am. J. Public Health**, v. 95, n. 2, p. 208-216, 2005.

CAMPOS, K.C.L. **Construção de uma escala de empregabilidade: competências e habilidades pessoais, escolares e organizacionais**. 2006. 153f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CAO, X.; RAWALAI, K.; THOMPSON, A.J.; HARTEL, G.; THOMPSON, S.; PATERSON, J.H.; CHUSILP, K. Relationship between feeding practices and weanling diarrhoea in northeast Thailand. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 18, n. 2, p. 85-92, 2000.

CARVALHO, E.C.; AGUIAR, A.S.C.; JOVENTINO, E.S.; FONTENELE, F.C.; MOREIRA, R.P.; MELO, R.P. Critérios para seleção de *experts* em estudos de validação de diagnósticos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010, Brasília. **Anais...** Brasília: ABEn, 2010. p. 787-790.

CARVALHO, F.M.; PEREIRA, P.M.S.; CRUZ, M.; WIDMER, M.R.; PALOMO, V.; RIBEIRO JUNIOR, H. A baixa qualidade do soro caseiro em Salvador, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 3, p. 363-9, 1991.

CAUÁS, R.C.; FALBO, A.R.; CORREIA, J.B.; OLIVEIRA, K.M.M.; MONTENEGRO, F.M.U. Diarreia por rotavírus em crianças desnutridas hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 6, supl.1, p. S77-S83, 2006.

CEARÁ. Secretaria do Estado do Ceará. **Sistema de informação sobre mortalidade-SIM**. 2007. Disponível em:
<http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=157&Itemid=211>. Acesso em: 18 jan. 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2009. **Handwashing Guidelines**. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/nceh/vsp/cruiselines/handwashing_guidelines.htm>. Acesso em: 11 nov. 2010.

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 255f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHILLER, T.M.; MENDOZA, C.E.; LOPEZ, ALVAREZ, M.; HOEKSTRA, R.M.; KESWICK, B.H.; LUBY, S.P. Reducing diarrhoea in Guatemalan children: randomized controlled trial of flocculant–disinfectant for drinking-water. **Bull. World Health Org.**, v. 84, n. 1, p. 28-35, 2006.

CHONG, G. S.; COGAN, D.; RANDOLPH, P.; RACZ, G. Chronic pain and self-efficacy: the effects of age, sex and chronicity. **Pain Pract.**, v. 1, n. 4, p. 338-343, 2001.

CLARK, H.F.; BORIAN, F.E.; BELL, L.M.; MODESTO, K.; GOUVEA, V.; PLOTKIN, S.A. Protective effect of WC3 vaccine against rotavirus diarrhea in infants during a predominantly serotype 1 rotavirus season. **J. Infect. Dis.**, v. 158, n. 3, p. 570-587, 1988.

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

CLASEN, T.; ROBERTS, I.; RABIE, T.; SCHMIDT, W.; CAIRNCROSS, S. Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2006.

CLASEN, T.F.; BASTABLE, A. Faecal contamination of drinking water during collection and household storage: The need to extend protection to the point of use. **J. Water Health**, v. 1, n. 3, p. 109-115, 2003.

CLASEN, T.F.; BROWN, J.; COLLIN, S.; SUNTURA, O.; CAIRNCROSS, S. Reducing diarrhea through the use of household-based ceramic water filters: a randomized, controlled trial in rural Bolivia. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 70, n. 6, p. 651-657, 2004.

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.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B.R.G. **Enfermagem pediátrica**. Goiânia: AB, 2002. 185p.

CONROY, R.M.; MEEGAN, M.E.; JOYCE, T.; MCGUIGAN, K.; BARNES, J. Solar disinfection of water reduces diarrhoeal disease: an update. **Arch. Dis. Child**, v. 81, n. 4, p. 337-338, 1999.

COOPER, H.M. **The integrative research review**. Beverly Hills: SAGE Publications, 1984. 142p.

CORTINA, J.M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. **J. Appl. Psychol.**, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993.

COSTA, A.G.M.; MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. A dança como meio de conhecimento do corpo para promoção da saúde dos adolescentes. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 16, n. 3, p. 43-49, 2004.

COSTA, I.G. **Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva**. 2003. 150f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

COSTA, S.S.; HELLER, L.; BRANDÃO, C.C.S.; COLOSIMO, E.A. Indicadores epidemiológicos aplicáveis a estudos sobre a associação entre saneamento e saúde de base municipal. **Eng. Sanit. Ambient.**, v. 10, n. 2, p. 118-127, 2005.

COUSENS, S.; KANKI, B.; TOURE, S.; DIALLO, I.; CURTIS, V. Reactivity and repeatability of hygiene behaviour: structured observations from Burkina Faso. **Social Sci. Med.**, v. 43, n. 9, p. 1299-1308, 1996.

CREMONESI, C.A.; FERREIRA, M.D. Adolescentes e sexualidade: contribuições da psicologia a partir de um projeto de orientação sexual. **An. Prod. Iniciação Científica Disc.**, v. 12, n. 13, p. 57-69, 2009.

CURTIS, V. Talking dirty: how to save a million lives. **Int. J. Environ. Health Res.**, v. 13, suppl. 1, p. S73-S79, 2003.

CURTIS, V.A.; CAIRNCROSS, S. Domestic hygiene and diarrhoea, pinpointing the problem. **Trop. Med. Int. Health**, v. 5, n. 1, p. 22-32, 2000.

_____. Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review. **Lancet Infect. Dis.**, v. 3, n. 5, p. 275-281, 2003.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-709, 1999.

DANIME, P.V. **Evidence-bajied reconimendations for the use of rotavirus vaccines in Europe**. Portol: University of Antwerp, 2007.

DANTAS, R.A. **Validação de escala optométrica de figuras**. 2006. 117f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

DANTAS, S.T.; SILVA, N.; DANTAS, F.B.H. External microbiological contamination of beverages packaging. **Braz. J. Food Technol.**, v. 9, n. 3, p. 193-199, 2006.

DANTAS, S.T.; SILVA, N.; SOARES, B.M.C.; SOUZA, J.L. Avaliação comparativa da qualidade microbiológica de latas de bebida com e sem selo de alumínio. **Braz. J. Food Technol.**, v. 12, n. 4, p. 249-256, 2009.

DAVID, S.; LOBO, M.L. Childhood diarrhea and malnutrition in Pakistan, Part III: Social policy issues. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 273-278, 1995.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res. Nurs. Health.**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DIAS, D.M.; SILVA, A.P.; HELFER, A.M.; MACIEL, A.M.T.R.; LOUREIRO, E.C.B.; SOUZA, C.O. Morbimortalidad por gastroenteritis en el Estado de Pará. **Rev. Pan-Amaz. Saude**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2010.

DIGGLE, L. Rotavirus diarrhoea and future prospects for prevention. **Br. J. Nurs.**, v. 16, n. 16, p. 970-974, 2007.

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

DUBOIS, P.H. apud PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UNB, 1997. 289p.

EHIRI, J.E.; AZUBUIKE, M.C.; UBBAONU, C.N.; ANYANWU, E.C.; IBE, K.M.; OGBONNA, M.O. Critical control points of complementary food preparation and handling in eastern Nigeria. **Bull. World Health Org.**, v. 79, n. 5, p. 423-433, 2001.

EJEMOT, R.; EHIRI, J.; MEREMIKWU, M.; CRITCHLEY, J. Hand washing for preventing diarrhoea (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, p. 1-38, 2008.

FRANÇA, E.; SOUZA, J.M.; GUIMARÃES, M.D.C.; GOULART, E.M.A.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C.M.F. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 6, p. 1437-1447, 2001.

ENGLISH, R.M.; BADCOCK, J.C.; GIAY, T.; NGU, T.; WATERS, A.M.; BENNETT S.A. Effect of nutrition improvement project on morbidity from infectious diseases in preschool children in Vietnam: comparison with control commune. **BMJ**, v. 315, n. 7116, p. 1122-1125, 1997.

ESCUDE, M.M.L.; VENANCIO, S.I.; PEREIRA, J.C.R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

ESHETE, W.B. A stepwise regression analysis on under-five diarrhoeal morbidity prevalence in Nekemte town, western Ethiopia: maternal care giving and hygiene behavioral determinants. **East Afr. J. Public Health**, v. 5, n. 3, p. 193-198, 2008.

ESREY, S.; POTASH, J.; ROBERTS, L.; SHIFF, C. Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis, diarrhoea, dracunculiasis, hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. **Bull. World Health Organ.**, v. 69, n. 5, p. 609-621, 1991.

ESREY, S.A.; POTASH, J.B.; ROBERTS, L.; SHIFF, C. **Health benefits from improvements in water supply and sanitation**: survey and analysis of the literature on selected diseases. Arlington, VA: Water and Sanitation for Health Project, 1990.

EUCLYDES, M.J. **Nutrição do lactente**: base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Minas Gerais: Viçosa, 2000.

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

FAGUNDES NETO, U.; SCALETSKY, U.; AFFONSO, I.C. The gut at war: the consequences of enteropathogenic Escherichia coli infection as a factor of diarrhea and malnutrition. **São Paulo Med. J.**, v. 118, n. 1, p. 21-29, 2000.

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

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H. Concepções maternas sobre a diarreia infantil. **J. Pediatr.**, v.77, n. 6, p. 487-495, 2001.

FERNANDES, F.; LUFT, C.; GUIMARÃES, F.M. **Dicionário brasileiro Globo**. 22. ed. São Paulo: Globo, 1991.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário do Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FEWTRELL, L.; KAUFMANN, R.B.; KAY, D.; ENANORIA, W.; HALLER, L.; COLFORD JUNIOR, J.M. Water, Sanitation, and Hygiene Interventions to Reduce Diarrhoea in Less Developed Countries: A systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect. Dis.**, v. 5, n. 1, p. 42-52, 2005.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando SPSS**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FISCHER, T.K.; ANH, D.D.; ANTIL, L.; CAT, N.D.; KILGORE, P.E.; THIEM, V.D.; RHEINGANS, R.; THO LE, H.; GLASS, R.I.; BRESEE, J.S. Health care costs of diarrheal disease and estimates of the cost-effectiveness of rotavirus vaccination in Vietnam. **J. Infect. Dis.**, v. 192, n. 10, p. 1720-1726, 2005.

FONSECA, E.O.L.; TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; CARMO, E.H.; COSTA, M.C.N. Prevalência e fatores associados às geo-helminthiases em crianças residentes em municípios com baixos IDH no Norte e Nordeste brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 143-152, 2010.

FORSTER, J.; GUARINO, A.; PAREZ, N.; MORAGA, F.; ROMÁN, E.; MORY, O.; TOZZI, A.E.; DE AGUILETA, A.L.; WAHN, U.; GRAHAM, C.; BERNER, R.; NINAN, T.; BARBEROUSSE, C.; MEYER, N.; SORIANO-GABARRÓ, M.; ROTAVIRUS STUDY GROUP. Hospital-Based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis among european children younger than 5 years of age. **Pediatrics**, v. 123, n. 3, p. e393-e401, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2008.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. Repercussão da desnutrição infantil na família. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 996-1000, 2005.

FUCHS, S.C.; VICTORA, C.G. Risk and prognostic factors for diarrheal disease in Brazilian infants: a special case-control design application. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n.3, p. 773-782, 2002.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

GALINDO, E. M. C. **Tradução e validação do Eating behaviours and body image test (EBBIT) em crianças do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP.** 2005. 89f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GALTON, F. apud PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações.** Brasília: Ed. UNB, 1997. 289p.

GARCIA, D.M.; PIMENTA, C.A.M.; CRUZ, D.A.L.M. Validação do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - profissionais. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 41, n. 4, p. 636-644, 2007.

GARCIA, J.G.D. **Comparação de quatro métodos laboratoriais para o diagnóstico da Giardia lamblia em fezes de crianças da região de Araraquara – SP.** 2005. 60f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2005.

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

GASANA, J.; MORIN, J.; NDIKUYEZE, A.; KAMOSO, P. Impact of water supply and sanitation on diarrheal morbidity among young children in the socioeconomic and cultural context of Rwanda (Africa). **Environ. Res.**, v. 90, n. 2, p. 76-88, 2002.

GASTAFIADUY, A.S.; BEGUE, RE. Acute gastroenteritis. **Clin. Pediatr.**, v. 38, n. 1, p.1-12, 1999.

GASTAL, D.A.; PINHEIRO, R.T.; VAZQUEZ, D.P. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. **Sao Paulo Med. J.**, v. 125, n. 2, p. 96-101, 2007.

GLASS, R.I.; PARASHAR, U.D.; BRESEE, J.S.; TURCIOS, R.; FISCHER, T.K.; WIDDOWSON, M.A.; JIANG, B.; GENTSCH, J.R. Rotavirus vaccines: current prospects and future challenges. **Lancet**, v. 22, n. 368, n. 9532, p. 323-332, 2006.

GLASS, R.I.; BRESEE, J.S.; PARASHAR, U.D.; HOLMAN, R.C.; GENTSCH, J.R. First rotavirus vaccine licensed: Is there really a need? **Acta Paediatr. Suppl.**, v. 88, n. 426, p. 2-8, 1999.

GOMES, D.K.M.; LUCENA, M.C.; BARROS, M.G. Perfil epidemiológico e coproparasitológico de crianças menores de 5 anos internadas no hospital governador João Alves Filho em Aracajú - SE, com quadro de diarreia aguda. **Rev. Bras. Anal. Clin.**, v. 37, n. 4, p. 257-259, 2005.

GOOSSENS, L.M.A.; STANDAERT, B.; HARTWIG, N.; HOVELS, A.M.; MAIWENN, J.A. The cost-utility of rotavirus vaccination with Rotarix (TM) (RIX4414) in the Netherlands. **Vaccine**, v. 26, n. 8, p. 1118-1127, 2007.

GRAF, J.; MEIERHOFER, R.; WEGELIN, M.; MOSLER, R.H. Water disinfection and hygiene behaviour in an urban slum in Kenya: impact on childhood diarrhoea and influence of beliefs. **Int. J. Environ. Health Res.**, v. 18, n. 5, p. 335-355, 2008.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Focus on qualitative methods: selection and use of content experts for instrument development. **Res. Nurs. Health**, v. 20, p. 269-274, 1997.

GRIMWOOD, K.; LAMBERT, S.B. Rotavirus vaccines: opportunities and challenges. **Hum. Vaccin.**, v. 5, n. 2, p. 57-69, 2009.

GUERRANT, R.L.; ORIÁ, R.B.; MOORE, S.R.; ORIÁ, M.O.; LIMA, A.A. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. **Nutr. Rev.**, v. 66, n.9, p. 487-505, 2008.

GUIMARÃES, Z.A.; COSTA, M.C.N.; PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarreia. **Rev. Soc. Brás. Med. Trop.**, v. 34, n. 5, p. 473-478, 2001.

GUINAN, M.; MCCUCKIN, M.; SEVAREID, A. Who washes hands after using the bathroom? **Am. J. Infect. Control**, v. 25, n. 5, p. 424-425, 1997.

GUSMÃO, J.L.; PIERIN, A.M.G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. spe, p. 1034-1043, 2009.

HAN, A.; HLAING, T. Prevention of diarrhoea and dysentery by hand washing. **Trans. R Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 83, n. 1, p. 128-131, 1989.

HAYANI, K.C.; GUERRERO, M.L.; MORROW, A.L.; GOMEZ, H.F.; WINSOR, D.K.; RUIZ-PALACIOS, G.M.; CLEARY, T.G. Concentration of milk secretory immunoglobulin A against Shigella virulence plasmid-associated antigens as a predictor of symptom status in Shigella-infected breast-fed infants. **J. Pediatr.**, v. 121, n. 6, p. 852-856, 1992.

HEALTH PROTECTION AGENCY. **Rotavirus.** Disponível em: <http://www.hpa.org.uk/mfections/topics_az/rotavirus/menu.htm>. Acesso em: 2 set. 2007.

HELLER, L. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 73-84, 1998.

HELLER, L.; COLOSIMO, A. E.; ANTUNES, C. M. F. Condições de saneamento ambiental e impacto na saúde: um estudo caso-controle. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 36, n.1, p. 41-50, 2003.

HERBST, S.; FAYZIEVA, D.; KISTEMANN, T. Risk factor analysis of diarrhoeal diseases in the Aral Sea area (Khorezm, Uzbekistan). **Int. J. Environ. Health Res.**, v. 18, n. 5, p. 305-321, 2008.

HIROI, H.; TSUTSUMI, O.; TAKEUCHI, T.; MOMOEDA, M.; IKEZUKI, Y.; OKAMURA, A.; YOKOTA, H.; TAKETANI, Y. Differences in serum Bisphenol A concentrations in premenopausal normal women and women with endometrial hyperplasia. **Endocr. J.**, v. 51, n. 6, p. 595-600, 2004.

HOQUE, B.A.; HALLMAN, K.; LEVY, J.; BOUIS, H.; ALI, N.; KHAN, F.; KHANAM, S.; KABIR, M.; HOSSAIN, S.; SHAH, A.M. Rural drinking water at supply and household levels: Quality and management. **Int. J. Hyg. Environ. Health**, v. 209, n. 5, p. 451-460, 2006.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUTTLY, S.R.A.; MORRIS, S.S.; PISANI, V. Prevention of diarrhoea in young children in developing countries. **Bull. World Health Organ.**, v. 75, n. 2, p. 163- 174, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população 2007.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>>. Acesso em: 17 jan. 2009.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009.** Nascimentos no Brasil: o que dizem as informações? Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. **Cidades. Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ce>>. Acesso em: 7 dez. 2010.

_____. **Estados. Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em: 7 dez. 2010.

ISENBARGER, D.W.; HIEN, B.T.; HA, H.T.; HA,T.T.; BODHIDATTA, L.; PANG, L.W.; CAM, P.D. Prospective study of the incidence of diarrhoea and prevalence of bacterial pathogens in a cohort of Vietnamese children along the Red River. **Epidemiol. Infect.**, v. 127, n. 2, p. 229-236, 2001.

JAINA, J.; TYSON, S. Psychological similarity in work-based relationships and the development of self-efficacy beliefs. **Human Relations**, v. 57, n. 3, p. 275-296, 2004.

JAMIESON, D.; BREMEN, J.; MEASHAM, A.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M. **Disease control priorities in developing countries.** Oxford: Oxford University Press, 2006.

JINADU, M.K.; ESMAL, O.A.; ADEGBENRO, C.A. Disposal of children's faeces and implications for the control of childhood diarrhoea. **J. R. Soc. Promot. Health**, v. 124, n. 6, p. 276-279, 2004.

JOVENTINO, E.S. ; FREITAS, L.V.; ROGERIO, R.F.; LIMA, T.M.; DIAS, L.M.B.; XIMENES, L.B. Jogo da memória como estratégia educativa para prevenção de enteroparasitoses: relato de experiência. **Rev. Rene**, v. 10, n. 2, p. 141-148, 2009.

JOVENTINO, E.S. **Importância da água para famílias de município do semi-árido cearense.** 2008. 80f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

JUCÁ, M.C.A.; MARTINS, M.C.V. Desidratação grave na doença diarreica: o impacto sobre a sobrevivência infantil. In: JUCÁ, M.C.A. (Org.). **O conhecimento transdisciplinar em saúde da criança e do adolescente.** Fortaleza: Demócrito Rocha, 2005. cap. 5, p. 35-68.

KÄFERSTEIN, F. Foodborne diseases in developing countries: a etiology, epidemiology and strategies for prevention. **Int. J. Environ. Health Res.**, v. 13, suppl. 1, p. 161-168, 2003.

KAISER, H. A second generation Little Jiffy. **Psychometrika**, v. 35, n. 4, p. 401-415, 1970.

_____. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, n. 1, p.31-36, 1974.

KALTENTHALER, E.; WATERMAN, R.; CROSS, P. Faecal indicator bacteria on the hands and the effectiveness of hand-washing in Zimbabwe. **J. Trop. Med. Hyg.**, v. 94, n. 5, p. 358-363, 1991.

KANE, E.M.; TURCIOS, R.M.; ARVAY, M.L.; GARCIA, S.; BRESEE, J.S.; GLASS, R.I. The epidemiology of rotavirus diarrhea in Latin America: anticipating rotavirus vaccines. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 16, n. 6, p. 371-377, 2004.

KANG, J.H.; KONDO, F.; KATAYAMA, Y. References and further reading may be available for this article. To view references and further reading you must purchase this article. **Toxicology**, v. 226, n. 2-3, p. 79-89, 2006.

KAPIKIAN, A.Z. Viral gastroenteritis. **JAMA**, v. 269, n. 5, p. 627-630, 1993.

KAPIKIAN, A.Z.; FLORES, J.; HOSHINO, Y.; GLASS, R.I.; MIDTHUN, K.; GORZIGLIA, M.; CHANOCK, R.M. Rotavirus: the major etiologic agent of severe infantile diarrhea may be controllable by a jennerian approach to vaccination. **J. Infect. Dis.**, v. 153, n. 5, p. 815-822, 1986.

KAWATA, K. Water and other environmental interventions-the minimum investment concept. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 31, n. 11, p. 2114-2123, 1978.

KHAN, M. Interruption of shigellosis by handwashing. **Trans. R Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 76, n. 2, p. 164-168, 1982.

KOSEK, M.; BERN, C.; GUERRANT, R.L. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. **Bull. World Health Organ.**, v. 81, n. 3, p.197-204, 2003.

KOTCH, J.B.; WEIGLE, K.A.;WEBER, D.J.;CLIFFORD, R.M.;HARMS, T.O.; LODA, F.A.; GALLAGHER, P.N JR.; EDWARDS, R.W.; LABORDE, D.; MCMURRAY, M.P., *et al.* Evaluation of an hygienic intervention in child day-care centers. **Pediatrics**, v. 94, n. 6 pt.2, p. 991-994, 1994.

KOTCH, J.B.; ISBELL, P.; WEBER, D.J.; NGUYEN, V.; SAVAGE, E.; GUNN, E.; SKINNER, M.; FOWLKES, S.; VIRK, J.; ALLEN, J. Hand-washing and diapering equipment reduces disease among children in out-of-home child care centers. **Pediatrics**, v. 120, n. 1, p.e29-e36, 2007.

KOTZE, L.M.S. A multicasualidade das doenças. In: KOTZE, L. **Diarréias crônicas: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. cap.1, p.3-6.

KUNII, O.; NAKAMURA, S.; ABDUR, R.; WAKAI, S. The impact on health and risk factors of the diarrhoea epidemics in the 1998 Bangladesh floods. **Public Health**, v. 116, n. 2, p. 68-74, 2002.

KYRIACOU, A.; DRAKOPOULOU, S.; GEORGAKI, I.; FOUNTOULAKIS, M.; MITSOU, E.; LASARIDI, K.E.; MANIOS, Y.; MANIOS, T. Screening for faecal contamination in primary schools in Crete, Greece. **Child Care Health Dev.**, v. 35, n. 2, p. 159-163, 2009.

LAHTINEN, E.; KOSKINEN-OLLONQVIST, P.; ROUVINEN-WILENIUS, P.; TUOMINEN, P.; MITTELMARK, M. B. The development of quality criteria for research: a Finnish approach. **Health Promot. Int.**, v. 20, n. 3, p. 306-315, 2005.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, 1977.

LANG, I.A.; GALLOWAY, T.S.; SCARLETT, A.; HENL, W.E.; DEPLEDGE, M.; WALLACE, R.B.; MELZER, D. Association of urinary bisphenol A concentration with medical disorders and laboratory abnormalities in adults. **JAMA**, v. 300, n. 11, p. 1303-1310, 2008.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEITE, J.C.C.; DRACHLER, M.L.; CENTENO, M.O.; PINHEIRO, C.A.T.; SILVEIRA, V.L. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral. **Psicol. Reflex Crít.**, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.

LEITE, L.H.M.; MACHADO, P.A.N.; VASCONCELLOS, A.L.R.; CARVALHO, I.M. Boas práticas de higiene e conservação de alimentos em cozinhas residenciais de usuários do programa saúde da família-Lapa. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 18, n. 2, p. 81-88, 2009.

LEV, E.L. Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. **Sch. Inq. Nurs. Pract.**, v. 11, n. 1, p. 21-37, 1997.

LIEVONEN, S.; HAVULINNA, A.S.; MAIJALA, R. Egg consumption patterns and salmonella risk in Finland. **J. Food Prot.**, v. 67, n. 11, p. 2416-23, 2004.

LIGON, B.L. Infectious diseases that pose specific challenges after natural disasters: a review. **Semin. Pediatr. Infect. Dis.**, v.17, n. 1, p. 36-45, 2006.

LIMA, A.A.; MOORE, S.R.; BARBOZA, M.S. JR.; SOARES, A.M.; SCHLEUPNER, M.A.; NEWMAN, R.D.; SEARS, C.L.; NATARO, J.P.; FEDORKO, D.P.; WUHIB, T.; SCHORLING, J.B.; GUERRANT, R.L. Persistent diarrhea signals a critical period of increased diarrhea burdens and nutritional shortfalls: a prospective cohort study among children in northeastern Brazil. **J. Infect. Dis.**, v.181, n. 5, p. 1643-1651, 2000.

LIMA, C.F.; SILVA, E.S.; BARROS, M.A.; OLIVEIRA, J.A. Auto-eficácia e atributos sócio-demográficos: estudo empírico com participantes de um congresso de gestão de pessoas. **Interciências**, v. 1, n. 2, p.1-14, 2009.

LINS, M.G.M.; MOTTA, M.E.F.A.; SILVA, G.A.P. Fatores de risco para diarreia em lactentes. **Arq. Gastroenterol.**, v. 40, n. 4, p. 239-246, 2003.

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

LORIG, K.; CHASTAIN, R.L.; UNG, E.; SHOOR, S.; HOLMAN, H.R. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. **Arthritis Rheum.**, v. 32, n. 1, p. 37-44, 1989.

LUBY, S.P.; AGBOATWALLA, M.; PAINTER, J.; ALTAF, A.; BILLHIMER, W.; KESWICK, B.; HOEKSTRA, R.M. Combining drinking water treatment and hand washing for diarrhoea prevention, a cluster randomised controlled trial. **Trop. Med. Int. Health**, v. 11, n. 4, p. 479-489, 2006.

LUBY, S.P.; AGBOATWALLA, M.; FEIKIN, D.R.; PAINTER, J.; BILLHIMER, W.; ALTAF, A.; HOEKSTRA, R.M. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. **Lancet**, v. 366, n. 9481, p. 225-233, 2005.

LUBY, S.P.; AGBOATWALLA, M.; PAINTER, J.; ALTAF, A.; BILLHIMER, W.L.; HOEKSTRA, R.M. Effect of Intensive handwashing promotion on childhood diarrhea in high-risk communities in Pakistan: a randomized controlled trial. **JAMA.**, v. 291, n. 21, p. 2547-2554, 2004a.

LUBY, S.P.; AGBOATWALLA, M.; HOEKSTRA, R.M.; RAHBAR, M.H.; BILLHIMER, W.D.; KESWICK, B.H. Delayed effectiveness of home-based interventions in reducing childhood diarrhea, Karachi, Pakistan. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 71, n. 4, p. 420-427, 2004b.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p. 382-385, 1986.

MAGER, R.F. **Medindo os objetivos de ensino ou “conseguiu um par adequado”**. Porto Alegre: Globo, 1981.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MARTURANO, E. M. A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicol. Reflex. Crít.**, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2000.

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

MELLO, D.F.; FERRIANI, M.G.C. Estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 5 anos. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 4, n. 2, p. 87-100, 1996.

MELLO, D.A.; ROUQUAYROL, M. Z.; ARAÚJO, D.; AMADEI, M.; SOUZA, J.; BENTO, L. F.; GONDIM, J.; NASCIMENTO, J. Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 583-595, 1998.

MELO, A.M.C.A.; CABRAL, P.C.; ALBINO, E.; MOURA, L.M.D.; MENEZES, A.E.B.; WANDERLEY, L.G. Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v. 2, n. 2, p. 137-142, 2002.

MENEZES, P.R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 214-216, 1998.

MERTLER, C.A.; VANNATTA, R.A. **Advanced and multivariate statistical methods: practical application and interpretation**. 3. ed. Glendale, CA: Pyrczak Publishing, 2005.

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

MONTE, C.M.G.; MUNIZ, H.F.; DANTAS FILHO, S.; SÁ, M.L.B.; NATIONS, M.K.; HILL, A.A.; VALENTINE, S.; PORTELA, Z. **Os dez passos para a alimentação saudável da criança menor de 2 anos**. 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/familia/UploadArq/10Pasos_ACS.pdf>. Acesso em: 2 dez 2010.

MONTEIRO, C. A. Fome, desnutrição e pobreza: além da semântica. **Saúde Soc.**, v. 12, n. 1, p. 12-15, 2003.

MORAES, L.R.; CANCIO, J.A.; CAIRNCROSS, S.; HUTTLY, S. Impact of drainage and sewerage on diarrhea in poor urban areas in Salvador, Brazil. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 97, n. 2, p. 153-158, 2003.

MOREIRA, M.A.R. Imunologia do aparelho digestivo. In: KODA, Y.K.L.; BARBIERI, D. **Doenças gastroenterológicas em pediatria**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 5, p.50-4.

MORGADO, M.V.; PIRES, A.; PINTO, J.R. Auto-eficácia na criança asmática. **Psicol. Saúde Doenças**, v. 1, n. 1, p. 121-128, 2000.

MORROW, A.L.; RANGEL, J.M. Human Milk Protection Against Infectious Diarrhea: Implications for Prevention and Clinical Care. **Semin. Pediatr. Infect. Dis.**, v. 15, n. 4, p. 221-228, 2004.

MURAHOVSKI, J. **Pediatria: diagnóstico + tratamento**. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. 811p.

MURRAY, J.S. Pediatric nursing health care delivery plan for humanitarian missions in developing countries. **Pediatr. Nurs.**, v. 25, n. 4, p. 387-392, 1999.

NAIMOLI, J.F.; ENDSLEY, S.; ROUNGOU, J.B.; PARKER, K.; BRYCE, J.; DOUTIZONGA, R.; GBADJAMO, M. Strengthening patient education for ORT services in the Central African Republic. **Patient Educ. Couns.**, v. 27, n. 2, p. 161-169, 1996.

NANAN, D.; WHITE, F.; AZAM, I.; AFSAR, H.; HOZHABRI, S. Evaluation of a water, sanitation, and hygiene education intervention on diarrhoea in northern Pakistan. **Bull. World Health Org.**, v. 81, n. 3, p. 160-165, 2003.

NICARÁGUA. Ministerio de la Salud. Situación epidemiológica de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Nicaragua. **Bol. Epidemiol.**, Semana 09, 2005.

NICHOLAS, M.K.; WILSON, P.H.; GOYEN, J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. **Pain**, v. 48, n. 3, p. 339-347, 1992.

NIEHAUS, M. D.; MOORE, S.R.; PATRICK, P.D.; DERR, L.L.; LORNTZ, B.; LIMA, A.A.; GUERRANT, R.L. Early childhood diarrhea is associated with diminished cognitive function 4 to 7 years later in children in a northeast Brazilian shantytown. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 66, n. 5, p. 590-593, 2002.

NOGUEIRA, J. M. **Formar professores competentes e confiantes**. 2002. 174 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011/**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

NOVAK, F.R.; ALMEIDA, J.A.G.; VIERA, G.O.; BORBA, L.M. Colostro humano: fontes naturais de probióticos? **J. Pediatr.**, v. 77, n. 4, p. 265-271, 2001.

NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A.; KIMURA, M. Adaptação cultural e validação da medida "Diabetes Quality of Life for Youths" de Ingersoll e Marrero para a cultura brasileira. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 224-230, 2008.

NUNNALLY, J.O. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.

O'LEARY, A. Self-efficacy and Health. **Behav. Res. Ther.**, v. 23, n. 4, p. 437-451, 1985.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T.; RASSOOL, G.H. A Validation study of the nursing diagnosis anxiety in Brazil. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 19, n. 3, p. 102-110, 2008.

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

OMOTADE, O.O.; KAYODE, C.M.; ADEYEMO, A.A.; OLADEPO, O. Observations on handwashing practices of mothers and environmental conditions in Ona-Ara Local Government Area of Oyo State, Nigeria. **J. Diarrhoeal Dis. Res.**, v. 13, n. 4, p. 224-228, 1995.

ONYANGO-OUMAA, W.; AAGAARD-HANSEN, J.; JENSEN, B.B. The potential of schoolchildren as health change agents in rural western Kenya. **Soc. Sci. Med.**, v. 61, n. 8, p. 1711-1722, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro da OMS para Classificação de Doenças. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 5.ed. São Paulo: Edusp, 1999. 1 v.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI)**: manual de capacitação em atenção primária. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005. 117p.

ORIÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da breastfeeding self-efficacy scale**: aplicação em gestantes. 2008. 182f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

O'RYAN G, M. Vacunas anti-rotavirus: Al fin una realidad. **Rev. Chil. Infectol.**, v. 22, n. 4, p. 345-354, 2005.

OSWALD, W.E.; HUNTER, G.C.; LESCANO, A.G.; CABRERA, L.; LEONTSINI, E.; PAN, W.K.; SOLDAN, V.P.; GILMAN, R.H. Direct observation of hygiene in a Peruvian shantytown: not enough handwashing and too little water. **Trop. Med. Int. Health**, v. 13, n. 11, p. 1421-1428, 2008.

PAJARES, F. Self-efficacy beliefs in academic settings. **Rev. Educ. Res.**, v. 66, n. 4, p. 533-578, 1996.

_____. Current directions in self-efficacy research. In: MAEHR, M.; PINTRICH, P.R. (Org.). **Advances in motivation and achievement**. Greenwich, CT: JAI Press, 1997. v. 10, p. 1-49

_____. **Overview of social cognitive theory and of self-efficacy**. Emory University, 2002.

PALLANT, J. **SPSS survival manual**. 2. ed. Berkshire, UK: Open University Press, 2005.

PARANHOS, W.Y. **Avaliação de risco para úlcera de pressão por meio da escala de Braden**. 1999, 79f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PARASHAR, U.D.; GLASS, R.I. Rotavirus vaccines: early success, remaining questions. **N. Engl. J. Med.**, v. 360, n. 11, p. 1063-1065, 2009.

PARASHAR, U.D.; HUMMELMAN, E.G.; BRESEE, J.S.; MILLER, M.A.; GLASS R.I. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. **Emerg. Infect. Dis.**, v. 9, n. 5, p. 565-572, 2003.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Ed. UNB, 1997. 289p.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5 ed. esp., p. 206-223, 1998.

_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. 397p.

PAYNE, D.C.; PARASHAR, U.D. Epidemiological shifts in severe acute gastroenteritis in US children: will rotavirus vaccination change the picture? **J. Pediatr.**, v. 153, n. 6, p. 737-738, 2008.

PEREIRA, L.; PINHEIRO, N.A.; SILVA, G.C. **Manipulação segura de alimentos**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009. 88p.

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

PEREIRA, M.G.; ALMEIDA, P. Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. **Anál. Psicol.**, v. 3, n. 22, p. 585-595, 2004.

PESSOA-SILVA, C.L.; DHARAN, S.; HUGONNET, S.; TOUVENEAU, S.; POSFAY-BARBE, K.; PFISTER, R.; PITTET, D. Dynamics of bacterial hand contamination during routine neonatal care. **Infect. Control Hosp. Epidemiol.**, v. 25, n. 3, p. 192-197, 2004.

PETERSON, E.A.; ROBERTS, L.; TOOLE, M.J.; PETERSON, D.E. The effect of soap distribution on diarrhoea: Nyamithuthu Refugee Camp. **Int. J. Epidemiol.**, v. 27, n. 3, p. 520-524, 1998.

PETT, M.A.; LACKEY, N.R.; SULLIVAN, J.J. **Making sense of factor analysis**. Thousand Oaks: Sage, 2003.

PINFOLD, J.V.; HORAN, N.J. Measuring the effect of a hygiene behaviour intervention by indicators of behaviour and diarrhoeal disease. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, v. 90, n. 4, p. 366-371, 1996.

POLIT, D.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. Nurs. Health.**, v. 29, n. 5, p.489-497, 2006.

POLIT, D.F.; BECKER, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

POMPEO, D.A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

PÖNKÄ, A.; POUSSA, T.; LAOSMAA, M. The Effect of enhanced hygiene practices on absences due to infectious diseases among children in day care centers in Helsinki. **Infection**, v. 32, n. 1, p. 2-7, 2004.

PONT, S.J.; CARPENTER, L.R.; GRIFFIN, M.R.; JONES, T.F.; SCHAFFNER, W.; DUDLEY, J.A.; ARBOGAST, P.G.; COOPER, W.O. Trends in healthcare usage attributable to diarrhea, 1995-2004. **J. Pediatr.**, v. 153, n. 6, p. 777-782, 2008.

POST, C.L.A.; VICTORA, C.G.; VALENTE, J.G.; LEAL, M.C.; NIOBEY, F.M.L.; SABROZA, P.C. Fatores prognósticos de letalidade hospitalar por diarreia ou pneumonia em menores de um ano de idade: estudo de caso e controle. **Rev. Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 369-378, 1992.

PRASOPKITTIKUN, T.; TILOKSKULCHAI, F.; SINSUKSAI, N.; SITTHIMONGKOL, Y. Self-efficacy in Infant Care Scale: Development and psychometric testing. **Nurs. Health Sci.**, v.8, n. 1, p. 44-50, 2006.

PUPULIM, J.S.L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida.** 2009. 222f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

QUEIJO, A.F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: nursing activities score (N. A.S).** 2002. 85f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

QUICK, R.E.; KIMURA, A.; THEVOS, A.; TEMBO, M.; SHAMPUTA, I.; HUTWAGNER, L.; MINTZ, E. Diarrhea prevention through household-level water disinfection and safe storage in Zambia. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 66, n. 5, p. 584-589, 2002.

QUICK, R.E.; VENCZEL, L.V.; MINTZ, E.D.; SOLETO, L.; APARICIO, J.; GIRONAZ, M.; HUTWAGNER, L.; GREENE, K.; BOPP, C.; MALONEY, K.; CHAVEZ, D.; SOBSEY, M.; TAUXE, R.V. Diarrhoea prevention in Bolivia through point-of-use water treatment and safe storage: a promising new strategy. **Epidemiol. Infect.**, v. 122, n. 1, p. 83-90, 1999.

RAHMAN, A.; AMBLER, G.; UNDERWOOD, M.R.; SHIPLEY, M.E. Important determinants of self-efficacy in patients with chronic musculoskeletal pain. **J. Rheumatol.**, v. 31, n. 6, p. 1187-1192, 2004.

RAHMAN, A.; REED, E.; UNDERWOOD, M.R.; SHIPLEY, M.E.; OMAR, R.Z. Factors affecting self-efficacy and pain intensity in patients with chronic musculoskeletal pain seen in a specialist rheumatology pain clinic. **Rheumatology**, v. 47, n. 12, p. 1803-1808, 2008.

RAMIRES, I.; GREC, R.H.C.; CATTAN, L.; MOURA, P.G.; LAURIS, J.R.P.; BUZALAF, M.A.R. Avaliação da concentração de flúor e do consumo de água mineral. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 459-465, 2004.

RELLER, M.E.; MENDOZA, C.E.; LOPEZ, M.B.; ALVAREZ, M.; HOEKSTRA, R.M.; OLSON, C.A.; BAIER, K.G.; KESWICK, B.H.; LUBY, S.P. A randomized controlled trial of household-based flocculant-disinfectant drinking water treatment for diarrhea prevention in rural Guatemala. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 69, n. 4, p. 411-419, 2003.

RIBEIRO, P.J.; AGUIAR, L.A.K.; TOLEDO, C.F.; BARROS, S.M.O.; BORGES, D.R. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 415-421, 2004.

ROBERTS, L. Rotavirus vaccines” second chance. **Science**, v. 307, n. 5709, p. 517-519, 2005.

ROBERTS, L.; JORM, L.; PATEL, M.; SMITH, W.; DOUGLAS, R.M.; MCGILCHRIST, C. Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Diarrheal Episodes in Child Care: A Randomized, Controlled Trial. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, p. 743-746, 2000.

ROBESON, B. **Self-efficacy beliefs and learning**: linking theory to practice. Theoretical Framework: Indiana University, 2005.

ROCHA, C.M.B.M.; RODRIGUES, L.S.; COSTA, C.C.; OLIVEIRA, P.R.; SILVA, I.J.; JESUS, É.F.M.; ROLIM, R.G. Avaliação da qualidade da água e percepção higiênico-sanitária na área rural de Lavras, Minas Gerais, Brasil, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.9, p. 1967-1978, 2006.

ROCHA, S. **Renda e pobreza**: os impactos do plano real. Rio de Janeiro: IPEA, 1996.

ROESE, A.; LOPES, M.J.M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004.

ROSEN, L.; ZUCKER, D.; BRODY, D.; ENGELHARD, D.; MANOR, O. The effect of a handwashing intervention on preschool educator beliefs, attitudes, knowledge and self-efficacy. **Health Educ. Res.**, v. 24, n. 4, p. 686-698, 2009.

SÁ, L.L.C.; JESUS, I.M.; SANTOS, E.C.O.; VALE, E.R.; LOUREIRO, E.C.B.; SÁ, E.V. Qualidade microbiológica da água para consumo humano em duas áreas contempladas com intervenções de saneamento - Belém do Pará, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 14, n. 3, p. 171-180, 2005.

SALINAS B.; PÉREZ SCHAEEL, I.; LINHARES, A.C.; RUIZ PALACIOS, G.M.; GUERRERO, M.L.; YARZÁBAL, J.P.; CERVANTES, Y.; COSTA CLEMENS, S.; DAMASO, S.; HARDT, K.; DE VOS, B. Evaluation of Safety, Immunogenicity and Efficacy of an Attenuated Rotavirus Vaccine, RIX4414 - A Randomized, placebo-controlled trial in Latin American infants. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 24, n. 9, p. 807-816, 2005.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007.

_____. Validação da chronic pain self-efficacy scale para a língua portuguesa. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 32, n. 4, p. 202-210, 2005.

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.111-7, 2007.

SANDRE-PEREIRA, G.; COLARES, L.G.T.; CARMO, M.G.T.; SOARES, E.A. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, vol. 16, n. 2, p. 457-466, 2000.

SCHMITT, R.; BRYAN, F. L.; JERMINI, M.; CHILUFYA, E. N.; HAKALIMA, A. T.; ZYUULU, M.; MFUME, E.; MWANDWE, C.; MULLUNGUSHI, E.; LUBASI, D. Hazards and critical control points of food preparation in homes in which persons had diarrhoea in Zambia. **J. Food Protect.**, v. 60, n. 2, p. 161-171, 1997.

SCHOLZ, U.; DOÑA, B.G.; SUD, S.; SCHWARZER, R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. **Eur. J. Psychol. Assess.**, v. 18, n. 3, p. 242-251, 2002.

SCHUNK, D. H. Self-efficacy and education and instruction. In: MADDUX, J.E. (Org.). **Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application**. New York: Plenum Press, 1995, p. 281-301.

SCHWARZER, R.; FUCHS, R. Self-efficacy and health behaviours. In: CONNER, M. E.; NORMAN, P. **Predicting health behaviour**. Buckingham: Open University Press, 1996. p. 163-196.

SEMENZA, J.C.; ROBERTS, L.; HENDERSON, A.; BOGAN, J.; RUBIN, C.H. Water distribution system and diarrheal disease transmission: A case study in Uzbekistan. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 59, n. 6, p. 941-946, 1998.

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

SHAHID, N.; GREENOUGH, W.; SAMADI, A.; HUQ, M.; RAHMAN, N. Hand washing with soap reduces diarrhoea and spread of bacterial pathogens in a Bangladesh village. **J. Diarrhoeal Dis. Res.**, v. 14, n. 2, p. 85-89, 1996.

SHERER, M.; MADDUX, J.E. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, v. 51, p. 663-71, 1982.

SILVA, L.M.V.; COSTA, M.C.N.; PAIM, J.S.; DIAS, I.B.; CUNHA, A.B.O.; GUIMARÃES, Z.A.; SOUSA, L.F.; PIMENTEL, V.N.; BISPO, R.D. Brechas redutíveis de mortalidade em capitais brasileiras (1980-1998). **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 14, n. 4, p. 203-222, 2005.

SILVA, G.A.P.; LIMA, M.C.; LIRA, P.I.C. Características clínicas da doença diarreica em lactentes na Zona da Mata Meridional do estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 3, p. 239-244, 2002.

SILVA, G.A.P.; LIRA, P.I.C.; LIMA, M.C. Fatores de risco para doença diarreica no lactente: um estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 589-595, 2004.

SILVA, R.C.G.; MONTEIRO DA CRUZ, D.A.; BORTOLOTTI, L.A.; COSTA IRIGOYEN, M.C.; MOACYR KRIEGER, E.; HERBAS PALOMO, J.S.; CONSOLIM-COLOMBO, F.M. Ineffective peripheral tissue perfusion: clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 17, n. 2, p. 97-107, 2006.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. B. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 1, p. 29-38, 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. WHO health promotion glossary: new terms. **Health. Promot. Int.**, v. 21, n. 4, p. 340-345, 2006.

SOBEL, J.; GOMES, T.A.; RAMOS, R.T.; HOEKSTRA, M.; RODRIGUE, D.; RASSI, V.; GRIFFIN, P.M. Pathogen-specific risk factors and protective factors for acute diarrheal illness in children aged 12–59 months in São Paulo, Brazil. **Clin. Infect. Dis.**, v. 38, n. 11, p. 1545-1551, 2004.

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

SOEKEN, K.L. Validity of measures. In: WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3. ed. New York: Springer, 2005. cap. 6, p.154-89.

SONNENSCHNEIN, C.; SOTO, A.M. An updated review of environmental estrogen and androgen mimics and antagonists. **J. Steroid Biochem. Mol. Biol.**, v. 65, n.1-6, p.143-150, 1998.

SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesq. Odontol. Bras.**, v. 16, n. 1, p. 57-62, 2002.

SPEARMAN, C. apud PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Ed. UNB, 1997. 289p.

STAAT, M.A.; AZIMI, P.H.; BERKE, T.; ROBERTS, N.; BERNSTEIN, D.I.; WARD, R.L.; PICKERING, L.K.; MATSON, D.O. Clinical presentations of rotavirus infection among hospitalized children. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 21, n. 3, p. 221-227, 2002.

STANTON, B.F.; CLEMENS, J.D.; KHAIR, T. Educational intervention for altering water-sanitation behavior to reduce childhood diarrhea in urban Bangladesh: impact on nutritional status. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 48, n. 5, p. 1166-1172, 1988.

STAUBER, C.E.; ORTIZ, G.M.; LOOMIS, D.P.; SOBSE, M.D. A Randomized controlled trial of the concrete biosand filter and its impact on diarrheal disease in Bonao, Dominican Republic. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 80, n. 2, p. 286-293, 2009.

STERNBERG, R.J. apud PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Ed. UNB, 1997. 289p.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

SUGIURA-OGASAWARA, M.; OZAKI, Y.; SONTA, S.; MAKINO, T.; SUZUMORI, K. Exposure to Bisphenol A is associated with recurrent miscarriage. **Hum. Reprod.**, v. 20, n. 8, p. 2325-2329, 2005.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics**. New York: HarperCollins, 2001.

TAKEUCHI, T.; TSUTSUMI, O.; IKEZUKI, Y.; TAKAI, Y.; TAKETANI, Y. Positive relationship between androgen and the endocrine disruptor, Bisphenol A, in normal women and women with ovarian dysfunction. **Endocr. J.**, v. 51, n. 2, p.165-169, 2004.

TEIXEIRA, J.C.; HELLER, L. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. **Rev. Bras. Saude Matern. Infant.**, v. 5, n. 4, p. 449-455, 2005.

TELCH, M.J.; BANDURA, A. Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance. **Behav. Ther.**, v. 13, p. 694-701, 1982.

TOMASI, E.; VICTORA, C.G.; POST, P.R.; OLINTO, M.T.A.; BÉHAGUE, D. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 373-379, 1994.

TORRES, H.G.; BICHER, R.M.; CARPIM, T.P. Uma pobreza diferente? Mudanças no padrão de consumo da população de baixa renda. **Novos Estud. - CEBRAP**, n. 74, p. 17-22, 2006.

TORUN, B. Environmental and educational interventions against diarrhoea in Guatemala. In: CHEN, L.C.; SCRIMSHAW, N.S. (Ed.). **Diarrhoea and malnutrition interactions, mechanisms and interventions**. New York: Plenum Press, 1982, p. 235-266.

TOWNS, R.E.; CULLEN, R.W.; MEMKEN, J.A.; NNAKWE, N.E. Food safety-related refrigeration and freezer practices and attitudes of consumers in Peoria and surrounding counties. **J. Food Prot.**, v. 69, n. 7, p. 1640-5, 2006.

TUCCI, C. E. M.. Águas urbanas. **Estud. Avanc.**, v. 22, n. 63, p. 97-112, 2008.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding**. Florence, 1990.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. Geneve, 2009. 60p.

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.

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.

VANDERLEI, L.C.M.; SILVA, G.A.P.; BRAGA, J.U. Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos: estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.455-463, 2003.

VARLEY, R.C.G.; TARVID, J.; CHAO, D.N.W. A reassessment of the cost-effectiveness of water and sanitation interventions in programmes for controlling childhood diarrhoea. **Bull. World Health Org.**, v. 76, n. 6, p. 617-631, 1998.

VASCONCELOS, V.M.; MARTINS, M.C.; VALDÊS, M.T.M.; FROTA, M.A. Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 355-362, 2008.

VAZ, F.A.C. Diarréia: fatores de risco associados ao óbito em crianças. Editorial. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 45, n. 1, p. 1, 1999.

VAZQUEZ, M.L.; MOSQUERA, M.; CUEVAS, L.E.; GONZÁLEZ, E.S.; VERAS, I.C. L.; LUZ, E.O.; BATISTA FILHO, M.; GURGEL, R.Q. Incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 15, n. 1, p. 163-172, 1999.

VESIKARI, T. Clinical trials of live oral rotavirus vaccines: the Finnish experience. **Vaccine**, v. 11, n. 2, p. 255-261, 1993.

VESIKARI, T.; KARVONEN, A.; KORHONEN, T.; ESPO, M.; LEBACQ, E.; FORSTER, J.; ZEPP, F.; DELEM, A.; DE VOS, B. Safety and immunogenicity of RIX4414 live attenuated human rotavirus vaccine in adults, toddlers and previously uninfected infants. **Vaccine**, v. 22, n. 21-22, p. 2836-2842, 2004.

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

VICTORA, C.G.; SMITH, P.G.; VAUGHAN, J.P.; NOBRE, L.C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A.M.; FUCHS, S.M.; MOREIRA, L.B.; GIGANTE, L.P.; BARROS, F.C. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infections by diseases in Brazil. **Lancet**, v. 2, n. 8554, p. 319-322, 1987.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

VIEGAS, W. **Fundamentos lógicos da metodologia científica**. 3. ed. Brasília: UnB-Fundação Universidade de Brasília, 2007.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 5, p. 449-454, 2003.

VITURI, D.W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

VOM SAAL, F.S.; AKINGBEMI, B.T.; BELCHER, S.M.; BIRNBAUM, L.S.; CRAIN, D.A.; ERIKSEN, M.; FARABOLLINI, F.; GUILLETTE, L.J. JR.; HAUSER, R.; HEINDEL, J.J.; HO, S.M.; HUNT, P.A.; IGUCHI, T.; JOBLING, S.; KANNO, J.; KERI, R.A.; KNUDSEN, K.E.; LAUFER, H.; LEBLANC, G.A.; MARCUS, M.; MCLACHLAN, J.A.; MYERS, J.P.; NADAL, A.; NEWBOLD, R.R.; OLEA, N.; PRINS, G.S.; RICHTER, C.A.; RUBIN, B.S.; SONNENSCHNEIN, C.; SOTO, A.M.; TALSNESS, C.E.; VANDENBERGH, J.G.; VANDENBERG, L.N.; WALSER-KUNTZ, D.R.; WATSON, C.S.; WELSHONS, W.V.; WETHERILL, Y.; ZOELLER, R.T. Chapel hill bisphenol a expert panel consensus statement: integration of mechanisms, effects in animals and potential to impact human health at current levels of exposure. **Reprod. Toxicol.**, v. 24, n. 2, p. 1-26, 2007.

VOM SAAL, F.S.; WELSHONS, W.V. Large effects from small exposures. II. The importance of positive controls in low-dose research on bisphenol A. **Environ. Res.**, v. 100, n. 1, p. 50-76, 2006.

WALTZ, C.F.; BAUSELL, R.B. **Nursing research: design, statistics and computer analysis.** Philadelphia: F.A. Davis, 1981.

WELSHONS, W.V.; NAGEL, S.C.; VOM SAAL, F.S. Large effects from small exposures. III. Endocrine mechanisms mediating effects of bisphenol a at levels of human exposure. **Endocrinology**, v. 147, n. 6, p. s56-s69, 2006.

WESTAWAY, M.S.; VILJOEN, E. Health and hygiene knowledge, attitudes and behaviour. **Health & Place**, v. 6, n. 1, p. 25-32, 2000.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WIDDOWSON, M.A.; MELTZER, M.I.; ZHANG, X.; BRESEE, J.S.; PARASHAR, U.D.; GLASS, R.I. Cost-effectiveness and potential impact of rotavirus vaccination in the United States. **Pediatrics**, v. 119, n. 4, p. 684-697, 2007.

WIETHOFF, C.M.; KAMPMANN, C.; ZEPP, F.; KNUF, M. Preventive measures against rotavirus infection. **Eur. Rottivinis J.**, v. 2, p. 12-4, 2006.

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

WOLFE, G. R.; STEWART, J. E.; HARTZ, G. W. Relationship of dental coping beliefs and oral hygiene. **Commun. Dent Oral Epidemiol.**, v. 19, n. 2, p. 112-115, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for infant and young child feeding**. Geneva, 2003. p. 1-30

_____. **Infant and young child nutrition: quadrennial report**. World Health Assembly Resolution WHA 59.13, 2006.

WRIGHT, J.A.; GUNDRY, S.W.; CONROY, R.; WOOD, D.; DU PREEZ, M.; FERRO-LUZZI, A.; GENTHE, B.; KIRIMI, M.; MOYO, S.; MUTISI, C.; NDAMBA, J.; POTGIETER, N. Defining episodes of diarrhoea: results from a three-country study in Sub-Saharan Africa. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 24, n. 1, p. 8-16, 2006.

XIMENES, L.B.; MOURA, J.G.; ORIÁ, M.O.B.; MARTINS, M.C.; ALMEIDA, P.C.; CARNEIRO, E.P. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 377-385, 2010.

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. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.18, n.1, p. 78-90, 2005.

APÊNDICE A – Formulário 1 - Validação de conteúdo

Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	Itens da Escala	1. Este item lhe parece claro e compreensivo?	2. Este item está associado à confiança materna na prevenção da diarreia em seu filho?	3. O item se refere ao domínio:	4. Sua presença na escala é relevante?	5. Qual o grau de relevância?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão neste espaço.
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com sabão antes das refeições.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
3	Eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

4	Posso sempre lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer alimentos.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
5	Eu sempre consigo manter o local onde preparo a comida limpo.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
7	Posso manter sempre o meu cabelo limpo e bem amarrado enquanto estou preparando o alimento do meu filho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
8	Eu sempre consigo lavar os objetos de cozinha da minha casa, logo após seu uso.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

9	Eu posso acompanhar o crescimento e desenvolvimento do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
10	Eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
11	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
12	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
13	Eu consigo lavar as mãos com sabão antes de alimentar o meu filho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

14	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
15	Após o consumo dos alimentos, eu posso guardá-los na geladeira.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
16	Eu posso lavar as mãos após pegar em dinheiro.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
17	Eu posso sempre levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
18	Eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

19	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê por 3 meses.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
20	Eu posso fazer meu filho lavar as mãos após pegar em animais.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
21	Eu sempre consigo ferver a mamadeira/chupeta/coço do meu filho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
22	Eu posso lavar as mãos após mexer na lixeira.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
23	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

24	Eu consigo descartar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
25	Eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da casa.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
26	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de ir ao banheiro.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
27	Eu sempre coloco para lavar a roupa que meu filho usou durante o dia.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
28	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

29	Eu consigo evitar que meu filho entre em contato com animais de rua.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
30	Eu consigo manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
31	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
32	Eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
33	Eu posso descartar o lixo sempre em local apropriado.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

34	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
35	Eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Práticas alimentares 2. Ambiente doméstico 3. Comportamento materno 4. Higiene da criança/infantil	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

APÊNDICE B – CONVITE PARA JUÍZES

Fortaleza, ___ de _____ de 2009

Caro colega,

Estou desenvolvendo uma pesquisa, na condição de mestranda da Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE, onde pretendo construir e validar uma **Escala de Auto-Eficácia para Prevenção da Diarreia (EAEPD)**.

Por reconhecimento de sua experiência profissional, você foi escolhido para emitir seu julgamento sobre o conteúdo deste instrumento respondendo ao questionário em anexo.

Para a elaboração deste instrumento, consideramos a descrição inicial de 29 itens da escala, além de quatro domínios (ou categorias) relacionados aos principais fatores passíveis de ações preventivas que possam ser adotadas pelas mães para a prevenção da ocorrência da diarreia infantil: DOMÍNIO 1 – Práticas alimentares; DOMÍNIO 2 – ambiente doméstico; DOMÍNIO 3 – Comportamento materno; DOMÍNIO 4 - Higiene da criança/infantil.

Cada um destes indicadores possui gradação de concordância entre 1 a 5, apontando 1=discordo totalmente, 2=discordo, 3=às vezes concordo, 4=concordo e 5=concordo totalmente. As atividades que solicito ao (a) senhor (a) referem-se a:

- 1 – Leitura da Sinopse sobre auto-eficácia para que assim Vossa Senhoria possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo;
- 2 – Apreciação do conteúdo da escala ao preencher o Formulário 1 (Validação de Conteúdo);
- 3 – Comentários e sugestões sobre os domínios e itens da escala. Assim, Vossa Senhoria pode sugerir a inclusão, exclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente;
- 4 – Assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

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

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

Emanuella Silva Joventino

Alamenda Eliane Lúcia, Nº 384, quadra 4, Cidade 2000.

Telefones: 32494517/ 87753422.

E-mail: manujoventino@yahoo.com.br

Lorena Barbosa Ximenes

Orientadora

E-mail: lbximenes@yahoo.com.br

Mônica Oliveira Batista Oriá

Co-orientadora

E-mail: monica.oria@ufc.br

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou realizando, neste momento, um trabalho sob orientação das Professoras Mônica Oliveira Batista Oriá e Lorena Barbosa Ximenes, com título **DESENVOLVIMENTO DE UMA ESCALA PSICOMÉTRICA PARA MENSURAR A AUTO-EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL**. Para isso, a escala precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

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 a escala e as instruções de como proceder a análise da validade do instrumento, mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para analisar/validar a escala, um encontro com as pesquisadoras para que possamos juntos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação da escala.

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 o meu trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Mônica Oliveira Batista Oriá

Telefone para contato: 3366-8454

Nome: Emanuella Silva Joventino

Telefone para contato: 3366-8448

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8338.

Eu, _____ RG _____
após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA JUÍZES – 1ª FASE
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES**

ESPECIALISTA Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Escola onde se graduou: _____ Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com diarreia (em anos): _____

Experiência com saúde da criança (em anos): _____

Experiência anterior com construção de escalas: 1. SIM 2. NÃO

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 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃES

Cara Senhora,

Eu, Mônica Oliveira Batista Oriá, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), estarei juntamente com a aluna do mestrado em Enfermagem da UFC Emanuella Silva Joventino desenvolvendo a pesquisa com título “Construção de uma escala psicométrica para mensurar a auto-eficácia na prevenção da diarreia infantil”, que tem como objetivo construir um instrumento, uma escala, para medir a sua confiança em prevenir a ocorrência de diarreia no(s) seu(s) filho(s).

Logo após consultas pediátricas do(s) seu(s) filho(s), na Unidade Básica de Saúde ou no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), realizaremos no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada dizer o que entende por cada item da escala em elaboração ou a responder os itens da versão final da própria escala. Os dados obtidos no decorrer da entrevista serão apenas anotados.

Tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido à senhora, mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e de espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; ao participar da pesquisa, você não ficará exposto a nenhum risco; a sua identidade será mantida em sigilo. Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar.
- Certifico que os participantes deste estudo não terão ônus de qualquer natureza.
- Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou seu(s) filho(s) ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com a senhora.

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.

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

Nome: Mônica Oliveira Batista Oriá

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115; Sala 14 Rodolfo Teófilo

Telefone para contato: 3366-8454

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366.8338.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de 2010.

Assinatura ou digital do (a) voluntário (a)

Prof. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá

Testemunha

Emanuella Silva Joventino
(Quem obteve o termo de consentimento livre e esclarecido)

APÊNDICE F – SEGUNDA VERSÃO DA ESCALA (27 ITENS)

**Escala de Auto-eficácia Materna para Prevenção da
Diarreia Infantil**

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

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	1	2	3	4	5
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	1	2	3	4	5
3	Eu consigo observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1	2	3	4	5
4	Eu consigo lavar as mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.	1	2	3	4	5
5	Eu consigo manter limpo o local onde preparo a comida.	1	2	3	4	5
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água durante as refeições.	1	2	3	4	5
7	Eu consigo acompanhar a saúde do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	1	2	3	4	5
8	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	1	2	3	4	5
9	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	1	2	3	4	5
10	Eu consigo lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	1	2	3	4	5
11	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	1	2	3	4	5
12	Após o consumo dos alimentos, eu consigo guardá-los na geladeira.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	1 = Discordo totalmente 2 = Discordo 3 = Às vezes concordo 4 = Concordo 5 = Concordo totalmente				
13 Eu consigo levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	2	3	4	5
14 Eu consigo lavar com água e sabão recipientes de bebidas, antes de dar para o meu filho beber.	1	2	3	4	5
15 Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos primeiros 3 meses de vida.	1	2	3	4	5
16 Eu consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	1	2	3	4	5
17 Eu consigo lavar as mãos após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5
18 Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	1	2	3	4	5
19 Eu consigo jogar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	1	2	3	4	5
20 Eu consigo manter o meu domicílio limpo descartando o lixo fora da casa.	1	2	3	4	5
21 Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	1	2	3	4	5
22 Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa.	1	2	3	4	5
23 Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.	1	2	3	4	5
24 Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, frango, arroz, feijão).	1	2	3	4	5
25 Eu consigo manter meu filho calçado fora de casa.	1	2	3	4	5
26 Eu consigo lavar as mãos com água e sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.	1	2	3	4	5
27 Eu consigo ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	1	2	3	4	5

APÊNDICE G – FORMULÁRIO CLÍNICO, SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

Código da Participante: _____

FORMULÁRIO CLÍNICO, SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

PARTE I - Estrutura e Informações Familiares – Dados dos Residentes no Domicílio

	1.Nome	2.Sexo 1.Fem 2.Mas	3.Idade	4.Escolaridade	5.Estado civil	6.Ocupação	7.Renda Mensal (R\$)*	8.Parentesco com o entrevistado
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
							Renda total	

* Renda será convertida em número de salários mínimos

9. 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

10. Estado civil: 1. Casada 2. União consensual 3. Solteira 4. Divorciada 5. Viúva

11. Quantas gestações teve a mãe? _____

12. Quantos abortos teve a mãe? _____

13. Quantas crianças nasceram vivas? _____

14. Quantos estão vivos? _____

15. Sexo dos filhos: M(N=masc) _____ ; F(N=fem) _____

16. Quantos morreram? _____

	Sexo	Data Nasc.	Data Óbito	Causa Morte
16.1.	_____	____/____/____	____/____/____	_____
16.2.	_____	____/____/____	____/____/____	_____
16.3.	_____	____/____/____	____/____/____	_____
16.4.	_____	____/____/____	____/____/____	_____
16.5.	_____	____/____/____	____/____/____	_____

Parte II – Questionário Sociodemográfico

A. Dados Demográficos:

17. Mãe ou Resp.: _____

18. Data Nascimento (Mãe ou Resp): _____ 16. Idade (Mãe ou Resp): _____

19. Data Nasc. (Criança): ____/____/____ 18. Sexo: _____ (M=masc; F=fem)

20. Endereço: _____ N°: _____

21. Quanto tempo mora neste endereço? _____ (A=anos; M=Meses)

22. Peso ao Nascer: _____ Kg Comprimento: _____ (cm)

23. Local de Nasc.: ____ (1=casa; 2=maternidade; 3=outra)

B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

24. Quantas pessoas dormem na casa? _____

25. Quantos compartimentos têm a casa? _____

26. A criança estuda atualmente?

() Sim – _____ série do _____

Idade em que entrou na escola: _____ (anos)

() Não – Última Série cursada: _____

Idade que deixou a escola: _____ (anos)

27. Tipo de casa? _____ (1=taipa; 2=alvenaria; 3=mista)

28. A água para beber é proveniente de onde? (1=sim; 2=não)

28.1. () abastecimento público (encanada)

28.2. () chafariz

28.3. () bomba

28.4. () poço/cacimba

28.5. () cisterna

28.6. () lagoa, riacho ou rio

28.7. () açude

28.8. () carro-pipa

28.9. outro, especificar: _____

29. Quando a criança bebe água, normalmente esta água vem diretamente da torneira? _____ (1=sim; 2=não)

29.1. Se **não**, indicar uma das procedências abaixo listadas:

1 () de recipiente com água não filtrada e não fervida

2 () de recipiente com água fervida

3 () de recipiente com água não fervida

4 () de recipiente com água filtrada e não fervida

5 () de recipiente com água filtrada e fervida

6 () de recipiente com água tratada com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: _____

7 () de recipiente com água coada através de um pano

8 () outra fonte. Especificar: _____

9 () a criança não bebe água, só mama

30. Existe recipiente na casa para guardar a água de beber? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

30.1. Se sim, as pessoas colocam o copo diretamente no recipiente para pegar água?

_____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

30.2. Se sim, está o mesmo normalmente coberto? _____ (1=sim; 2=não; 3=não se aplica)

30.3. As pessoas usam o mesmo copo para beber água? _____ (1=sim; 2=não)

31. Há uma torneira dentro da própria casa da criança? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

32. Tipo de sanitário: _____ (1=com descarga d"água; 2=fossa; 3=sem sanitário)

33. Se a casa possuir sanitário, onde o mesmo está localizado: _____

1=dentro de casa

3=dentro e fora de casa

5=outro.

Especificar:

2=fora da casa

4=desconhecido

34. O sanitário é compartilhado com outra(s) família(s)? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

35. Qual a frequência com que as crianças < 5 anos de idade defecam ao redor da casa? _____

1=geralmente 80/90%

2=usualmente, 50/60%

3=algumas vezes, <50%

4=nunca, <5%

5=desconhecido

36. Qual o tipo de esgoto da casa? _____

1=rede pública

2=fossa

3=céu aberto

4=desconhecido

5=outro. Especificar: _____

37. Existe hoje água em casa para lavar mãos no banheiro ou próximo ao sanitário? _____
(1=sim, 2=não, 3=desconhecido)
38. Existe hoje sabão no local para lavar as mãos? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)
39. Qual o recurso utilizado pela mãe para sua higiene íntima após o uso do sanitário? _____
- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1=papel higiênico comercializado | 2=nenhum |
| 3=pedaços de pano | 4=lava-se apenas com água |
| 5= lava-se com água e sabonete | 6= outro. Especificar: _____ |
40. Qual o recurso utilizado pela criança (<5anos) para a higiene íntima após o uso do sanitário? _____
- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1=papel higiênico comercializado | 2=nenhum |
| 3=pedaços de pano | 4=lavagem apenas com água |
| 5= lavagem com água e sabonete | 6= outro. Especificar: _____ |
41. As perguntas a seguir serão sobre coisas que uma mãe ou responsável muito ocupado normalmente não tem tempo para fazer. Responda com:
- | | | |
|---------------------|----------------------|------------------------|
| 1=geralmente 80/90% | 2=usualmente, 50/60% | 3=algumas vezes, <50%; |
| 4=nunca, <5% | 5=desconhecido | |
- 41.1 Quando a criança defeca e você a limpa, você lava suas mãos em seguida? _____
- 41.2 Antes de preparar os alimentos você tem tempo de lavar as mãos? _____
- 41.3 Após usar o sanitário, você lava as suas mãos? _____
42. Há na casa da criança, um refrigerador funcionando hoje? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)
43. Na casa existe algum animal? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)
44. Se sim, assinale o tipo de animal: *Quantidade*
- | | | |
|---------------------|--------------------------|-------|
| 43.1 Cachorro | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 43.2 Gato | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 43.3 Galinha | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Outro. Especificar: | | _____ |

Parte III – Dieta Infantil e Saúde da Criança

45. Você Amamentou exclusivamente seus filhos?
- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Filho 1: 1. sim 2. não | Filho 4: 1. sim 2. não |
| Filho 2: 1. sim 2. não | Filho 5: 1. sim 2. não |
| Filho 3: 1. sim 2. não | Filho 6: 1. sim 2. não |
46. Amamentou por quanto tempo?
1. menos de 1 mês 2. até 1 mês 3. entre 1 e 2 meses 4. 2 a 4 meses 5. outros, especificar
- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| Filho 1: _____ | Filho 4: _____ |
| Filho 2: _____ | Filho 5: _____ |
| Filho 3: _____ | Filho 6: _____ |
47. Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?
48. Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos?
49. Quais dificuldades/facilidades surgiram durante a amamentação dos outros filhos?
50. Com que frequência você amamenta seu bebê?
- | | | | |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 1.() 1-5 vezes/dia | 2. () 6-7 vezes/dia | 3. () 8-9 vezes/dia | 4. () 10 vezes/dia |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
51. Você está satisfeita com a amamentação?
52. Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos?

53. Você está satisfeita com a amamentação?

1. Sim 2. Não

54. Por quê?

1. porque meu bebê é saudável, não adoece nunca
2. porque é mais fácil amamentar, o leite está pronto, não precisa preparar
3. porque gosto de estar perto e cuidar do (a) meu (minha) filho (a)
4. porque dói, meu peito está machucado
5. porque me sinto muito sozinha, ninguém me ajuda
6. porque não posso sair na hora que eu quero pois o bebê precisa mamar
7. Outras, especificar

55. Seu bebê ingere algum alimento através de mamadeira? _____(1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

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

1. () joga fora o resto 2. () guarda para mais tarde em temperatura ambiente
3. () guarda para mais tarde no refrigerador 4. () desconhecido

5. outros: _____

57. Após usar a mamadeira, como você, geralmente, limpa o bico da mamadeira?

1. () lava com água 2. () lava com água e sabão
3. () ferve o bico
4. () outros: _____

58. Após usar a mamadeira, como você, geralmente, limpa a mamadeira?

1. () lava com água 2. () lava com água e sabão
3. () ferve o bico
4. () outros: _____

59. Seus filhos já apresentaram algum episódio de diarreia? 1. Sim 2. Não

Filho 1: _____ **Filho 4:** _____

Filho 2: _____ **Filho 5:** _____

Filho 3: _____ **Filho 6:** _____

60. Quantos episódios de diarreia seu (s) filho (s) teve (tiveram) no último ano?

Filho 1: _____ **Filho 4:** _____

Filho 2: _____ **Filho 5:** _____

Filho 3: _____ **Filho 6:** _____

61. Por quantos dias seu (s) filho (s) apresentou (taram) diarreia?

Filho 1: _____ **Filho 4:** _____

Filho 2: _____ **Filho 5:** _____

Filho 3: _____ **Filho 6:** _____

62. Número mais elevado de evacuações em 24 horas (um dia e uma noite) da(s) crianças?

1. () 3-5 4. () 15
2. () 6-9 5. () Desconhecido
3. () 10-14

63. A criança apresenta dor abdominal ou chora durante a evacuação? _____(1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

64. Qual o aspecto das fezes da criança?

1. () líquida 2. () pastosa
3. () com sangue 4. () esverdeada

5. () amarelada

6. outros: _____

65. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

66. A criança tomou algum antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia? _____

(1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

67. Algum dos adultos da casa apresenta episódios diarreicos? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

68. Se sim, este adulto prepara ou ajuda a preparar os alimentos que são ingeridos pela criança? _____

(1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

69. Alguma das crianças <5 anos, costuma receber cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)? _____ (1=sim; 2=não; 3=desconhecido)

Acompanhamento em relação a dieta infantil

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	13
	Leite materno	Água	Suco	Chá	Leite em pó	Leite de vaca	Leite de cabra	Vitamina	Remédio/xarope	Frutas	Papinha	Feijão e/ou arroz	Sopa	Outros (especificar)
1º visita														
2º visita														
3º visita														
4º visita														

Acompanhamento Clínico

	1º visita (__/__/__)	2º visita (__/__/__)	3º visita (__/__/__)	4º visita (__/__/__)
Peso				
Estatura				
Perímetro cefálico				
Perímetro torácico				
Intercorrências clínicas (diarreias*, desnutrição, problemas respiratórios, dermatológicos dentre outros)				
Se diarreia, registrar o número de dias de ocorrência				
O bebê está usando chupeta?	1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. sim 2. Não
Quando o bebê começou a usar chupeta ele deixou de mamar?	1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. sim 2. Não

Observações:

APÊNDICE H – Formulário 2 - Validação de conteúdo

Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas 1, 2 e 3. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	Itens da Escala Inicial (35 itens)	Itens da escala com as modificações dos juízes e da amostra pré-teste	1.Sua presença na escala é relevante?	2.Qual o grau de relevância?	Caso tenha alguma sugestão em relação a cada item, por favor, acrescente-a neste espaço.
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com sabão antes das refeições.	<u>Eu sou capaz de fazer com</u> que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio.	<u>Eu sou capaz de lavar</u> as verduras e frutas com hipoclorito de sódio <u>ou água sanitária.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
3	Eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	<u>Eu sou capaz de observar</u> o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
4	Posso sempre lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer alimentos.	<u>Eu sou capaz de lavar</u> as <u>minhas mãos com água e</u> sabão antes de preparar/manipular os alimentos.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

5	Eu sempre consigo manter o local onde preparo a comida limpo.	<u>Eu sou capaz de manter limpo o local</u> onde preparo a comida.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos.	<u>Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
7	Posso manter sempre o meu cabelo limpo e bem amarrado enquanto estou preparando o alimento do meu filho.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
8	Eu sempre consigo lavar os objetos de cozinha da minha casa, logo após seu uso.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
9	Eu posso acompanhar o crescimento e desenvolvimento do meu filho levando-o para o serviço de saúde.	<u>Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

10	Eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
11	Eu consigo amamentar meu filho por 6 meses.	<u>Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
12	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	<u>Eu sou capaz de dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
13	Eu consigo lavar as mãos com sabão antes de alimentar o meu filho.	<u>Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
14	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	<u>Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

15	Após o consumo dos alimentos, eu posso guardá-los na geladeira.	<u>Eu sou capaz de jogar fora o que sobra da refeição do meu filho.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
16	Eu posso lavar as mãos após pegar em dinheiro.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
17	Eu posso sempre levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	<u>Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
18	Eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
19	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê por 3 meses.	<u>Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu bebê nos seus primeiros 3 meses de vida.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

20	Eu posso fazer meu filho lavar as mãos após pegar em animais.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
21	Eu sempre consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho.	<u>Eu sou capaz de esquentar a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
22	Eu posso lavar as mãos após mexer na lixeira.	<u>Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
23	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas.	<u>Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
24	Eu consigo descartar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados.	<u>Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos plásticos amarrados.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
25	Eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da	<u>Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente	

	casa.	casa.		relevante 4. Muito relevante	
26	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de ir ao banheiro.	<u>Eu sou capaz de lavar as minhas</u> mãos com <u>água e</u> sabão depois de ir ao banheiro.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
27	Eu sempre coloco para lavar a roupa que meu filho usou durante o dia.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
28	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha casa.	Item excluído por ter sido considerado pouco relacionado com o objetivo da escala			
29	Eu consigo evitar que meu filho entre em contato com animais de rua.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido na escala).			
30	Eu consigo manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos.	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,78 (valor mínimo preconizado			

		para que um item seja mantido na escala).			
31	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar.	<u>Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
	Itens da Escala Inicial (35 itens)	Itens da escala com as modificações dos juízes e da amostra pré-teste	1.Sua presença na escala é relevante?	2.Qual o grau de relevância?	Caso tenha alguma sugestão em relação a cada item, por favor, acrescente-a neste espaço.
32	Eu consigo manter meu filho calçado dentro de casa*. *ITEM ADICIONADO DEPOIS DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	<u>Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
33	Eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa.	<u>Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
34	Eu posso descartar o lixo sempre em local apropriado.	Item excluído por ter sido considerado repetitivo pela maioria dos juízes			
35	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz	<u>Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

	xixi ou cocô.	meu bebê quando ele faz xixi ou cocô.			
36	Eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa.	<u>Eu sou capaz de</u> ferver ou filtrar a água de beber <u>ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.</u>	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

3. O que o (a) senhor (a) achou da troca dos enunciados dos itens de “eu consigo”/“eu posso” para “eu sou capaz de”, levando em consideração a auto-eficácia?

APÊNDICE I
Instrumento-piloto da Escala de Auto-eficácia Materna para
Prevenção da Diarreia Infantil

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

1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

2	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	1	2	3	4	5
3	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	1	2	3	4	5
3	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1	2	3	4	5
4	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	1	2	3	4	5
5	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	1	2	3	4	5
6	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	1	2	3	4	5
7	Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente.	1	2	3	4	5
8	Eu sou capaz de amamentar meu filho durante os seus primeiros 6 meses de vida.	1	2	3	4	5
9	Eu sou capaz de dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia.	1	2	3	4	5
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	1	2	3	4	5
11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	1	2	3	4	5
12	Eu sou capaz de jogar fora o que sobra da refeição do meu filho.	1	2	3	4	5

	1 = Discordo totalmente	2 = Discordo	3 = Às vezes concordo	4 = Concordo	5 = Concordo totalmente
13 Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	2	3	4	5
14 Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.	1	2	3	4	5
15 Eu sou capaz de escaldar a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	1	2	3	4	5
16 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5
17 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	1	2	3	4	5
18 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos plásticos amarrados.	1	2	3	4	5
19 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	1	2	3	4	5
20 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	1	2	3	4	5
21 Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	1	2	3	4	5
22 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	1	2	3	4	5
23 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	1	2	3	4	5
24 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	1	2	3	4	5
25 Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	1	2	3	4	5

APÊNDICE J

FORMULÁRIO

A. Dados Demográficos:

1. Nome da Mãe: _____

2. Data Nascimento (Mãe): ____/____/____ 3. Idade (Mãe): _____

4. Endereço: _____ Nº: _____

5. Quanto tempo mora neste endereço? _____ (A=anos; M=Meses)

6. 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

7. Estado civil: 1. Casada 2. União consensual 3. Solteira 4. Divorciada 5. Viúva

8. Ocupação: 1. Dona de casa 2. Vendedora 3. Costureira 4. Auxiliar de serviços gerais 5. Faxineira (Diarista)

6. Autônomo 7. Estudante 8. Outros. Especificar: _____

9. Quantas pessoas moram na residência? _____

10. Renda familiar aproximada: _____ (*Salário mínimo por ocasião da pesquisa de campo: R\$ 510.00)

11. 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)

12. Sexo: 1. Masc 2. Fem. 13. Peso ao Nascer: _____ Kg 14. Comprimento: _____ (cm)

15. Local de Nasc.: 1. Casa 2. Maternidade 3. Outro. Especificar: _____

16. A criança estuda atualmente?

1. Sim – _____ série do _____

Idade em que entrou na escola: _____ (anos)

2. Não – Última Série cursada: _____

Idade que deixou a escola: _____ (anos)

3. Nunca estudou

17. Quantas gestações a mãe teve? _____ 18. Quantos abortos a mãe teve? _____

19. Quantas crianças nasceram vivas? _____ 20. Quantos estão vivos? _____

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

22. Quantos morreram? _____

	Sexo	Data Nasc.	Data Óbito	Causa Morte
22.1.	____	____/____/____	____/____/____	_____
22.2.	____	____/____/____	____/____/____	_____
22.3.	____	____/____/____	____/____/____	_____

B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

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

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

25. 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: _____

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

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

27. 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: _____

28. Qual a procedência da água que a criança consome? 1. Água mineral 2. Torneira 3. Outros: _____**29. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar?**

1. Sim 2. Não 3. A criança ainda não bebe água, só mama

30. 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: _____

31. A água de beber fica acondicionada em: 1. Garrafas 2. Pote 3. Filtro 4. Outros. Especificar: _____**32. Os recipientes de acondicionamento da água ficam normalmente cobertos?** 1. Sim 2. Não 3. Não se aplica**33. Se acondiciona em potes, as pessoas colocam o copo diretamente no recipiente para pegar água?** 1. Sim 2. Não**34. Há torneiras dentro da própria casa da criança?** 1. Sim 2. Não**35. Qual a localização das torneiras?** 1. Cozinha 2. Banheiro 3. Quintal 4. Outros. Especificar: _____**36. Existe hoje sabão próximo às torneiras onde se lavam as mãos?** 1. Sim 2. Não**37. Tipo de sanitário:** 1. Com descarga d'água 2. Sem descarga d'água 3. Sem sanitário**38. Se a casa possuir sanitário, onde o mesmo está localizado?**

1. Dentro de casa 2. Fora de casa 3. Dentro e Fora de casa 4. Outro. Especificar: _____

39. Qual o tipo de esgoto da casa?

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

40. Qual o recurso utilizado pela mãe para sua higiene íntima após o uso do sanitário?

1. Papel higiênico comercializado 2. Nenhum 3. Pedacos de pano 4. Lava-se apenas com água
 5. Lava-se com água e sabonete 6. Banho 7. Outro. Especificar: _____

41. Qual o recurso utilizado pela criança (<5 anos) para a higiene íntima após suas eliminações?

1. Papel higiênico comercializado 2. Nenhum 3. Pedacos de pano 4. Lava-se apenas com água
 5. Lava-se com água e sabonete 6. Banho 7. Outro. Especificar: _____

42. Há na casa da criança um refrigerador funcionando hoje? 1. Sim 2. Não**43. Na casa existe algum animal?** 1. Sim 2. Não**44. Se existe, assinale o tipo de animal:**

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------|-------|
| 1. Cachorro | <input type="checkbox"/> | <i>Quantidade</i> | _____ |
| 2. Gato | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| 3. Galinha | <input type="checkbox"/> | | _____ |
| 4. Outro. Especificar: | | | _____ |

C. Dieta Infantil e Saúde da Criança**45. Alguém a ajuda a cuidar do seu filho?** 1. Sim 2. Não**46. Se sim, quem?** 1. Pai 2. Avó 3. Tio(a) 4. Vizinho/a 5. Outros. Especifique: _____**47. A mãe realizou pré-natal?** 1. Sim 2. Não**48. Quantas consultas?** _____**49. A criança foi internada no primeiro mês de vida?** 1. Sim 2. Não**50. A criança possui alguma doença?** 1. Sim. Especificar: _____ 2. Não**51. A criança nasceu prematura?** 1. Sim 2. Não**52. Você Amamentou exclusivamente seu filho até os seis meses de vida?** 1. Sim 2. Não**53. Amamentou exclusivamente por quanto tempo?**

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

5. Outro. Especificar: _____

54. Quais foram os principais motivos para você amamentar ou não amamentar seus filhos? _____

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

SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 58.

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

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

3. Guarda para mais tarde no refrigerador 4. Desconhecido

5. Outros: _____

57. Após usar a mamadeira, como você, geralmente, limpa o bico da mamadeira e a mamadeira?

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

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

58. Você ferve/escalda os utensílios utilizados por seu filho para se alimentar (mamadeira, prato, colher, copo, outros)?

1. Sim 2. Não

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

5. Outros. Especificar: _____

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

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

61. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia? 1. Sim 2. Não

SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 70.

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

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

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

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

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

65. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde? 1. Sim 2. Não

66. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia? 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

67. A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia?

1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

68. Realiza algum receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia?

1. Sim 2. Não

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

3. Fruta constipante. Qual? _____ Outros: _____

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

71. Se sim, qual a diluição que você realiza? _____

72. O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus? 1. Sim 2. Não

73. Quando a criança apresenta diarreia você:

1. Suspende a alimentação normal da criança 2. Continua oferecendo a mesma alimentação

3. Procura melhorar a alimentação e hidratar mais

74. Algum dos adultos da casa apresenta episódios diarreicos? 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

75. Se sim, este adulto prepara ou ajuda a preparar os alimentos que são ingeridos pela criança?

1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

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

1. Sim 2. Não

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

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

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

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

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

80. O filho (a) da senhora teve diarreia na época em que estava com os dentes nascendo?

1. Sim 2. Não 3. Não lembra

81. A senhora conhece alguma criança que teve diarreia na época em que estava com os dentes nascendo?

1. Sim 2. Não 3. Não lembra

Observações: _____

APÊNDICE L – QUINTA VERSÃO DA EAPDI (INSTRUMENTO-PILOTO)

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

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

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

	1 = Discordo totalmente	2 = Discordo	3 = Às vezes concordo	4 = Concordo	5 = Concordo totalmente
13 Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	2	3	4	5
14 Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 3 meses de vida.	1	2	3	4	5
15 Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	1	2	3	4	5
16 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5
17 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	1	2	3	4	5
18 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	1	2	3	4	5
19 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	1	2	3	4	5
20 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	1	2	3	4	5
21 Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão).	1	2	3	4	5
22 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	1	2	3	4	5
23 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	1	2	3	4	5
24 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô.	1	2	3	4	5
25 Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho.	1	2	3	4	5

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMEPE

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 176/09

Fortaleza, 09 de julho de 2009

Protocolo COMEPE nº 92/ 09

Pesquisador responsável: Mônica Oliveira Batista Oriá

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: “Construção de uma escala psicométrica para mensurar a auto-eficácia materna na prevenção da diarreia”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 23 de abril de 2009.

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

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC