



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEÁRA
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JARDELINY CORRÊA DA PENHA

**AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL**

FORTALEZA

2017

JARDELINY CORRÊA DA PENHA

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

Tese apresentada ao Doutorado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor 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

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Emanuella Silva Joventino

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P457a Penha, Jardeliny Corrêa da.

Avaliação de tecnologias educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil / Jardeliny Corrêa da Penha. – 2017.
135 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Lorena Barbosa Ximenes.

Coorientação: Prof. Dr. Emanuella Silva Joventino.

1. Autoeficácia. 2. Prevenção de Doenças. 3. Diarreia Infantil. 4. Tecnologia Educacional. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

JARDELINY CORRÊA DA PENHA

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

Tese apresentada ao Doutorado em
Enfermagem do Departamento de
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em
Enfermagem. Área de Concentração:
Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: 27/12/2017.

BANCA EXAMINADORA:

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

Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dr.^a Emilia Soares Chaves Rouberte
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dr.^a Regina Cláudia Melo Dodt
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

Dedico este trabalho aos meus avôs, José Vitor e Liberato, e avós, Jardelina e Nair (todos *in memoriam*) e aos meus pais, Félix e Maria José:

O anseio por sempre tê-los orgulhosos de mim, levou-me a buscar e adquirir conhecimentos, nos fazendo, hoje, desfrutar de mais uma vitória – o doutorado. Mais uma conquista, que antes era um sonho e agora se tornou uma realidade.

AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo à Deus, pelas dádivas a mim concedidas e por sempre me abençoar, guiando-me para o caminho do bem e da sabedoria.

Aos meus pais, Maria José e Félix, por sempre terem acreditado nos meus sonhos e me ajudado a alcançá-los. Aos meus irmãos, Wildes e Walid, por compartilharem todos os momentos de crescimento pessoal e profissional. À toda família (tios, tias, primos e primas), pela força transmitida em forma de carinho.

À Clenialdon, meu noivo, pelas palavras de apoio nos momentos difíceis e por vivenciar, hoje, essa grande conquista na minha vida.

Às amigas, Érica Fontenele e Annaiza Araújo, que estiveram comigo no momento em que recebi o resultado da seleção e ficaram imensamente felizes com a minha aprovação. Hoje essa alegria se repete e é muito bom saber que há reciprocidade no carinho e amor que tenho por vocês. E à Raelly Ramos, amiga que também amo e que compartilhou muitas alegrias e angústias que tive quando residi em Fortaleza-CE, uma pessoa de um coração enorme e bastante querida.

À Natália Almeida, amiga e companheira de estudos da Especialização em Enfermagem Obstétrica. Alguém que sempre me apoiou e me incentivou a seguir em momentos difíceis.

Aos professores do Curso Bacharelado em Enfermagem, do Campus Amílcar Ferreira Sobral, da Universidade Federal do Piauí (CAFS/UFPI), e amigos também, Angelina Furtado, José Wicto Borges e Mychelangela Brito. À coordenação desse curso e às secretárias pelo carinho e apoio dados a mim.

Aos meus ex-alunos e aos alunos orientandos e do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde, por sempre demonstrarem afeto por mim.

Às colegas professoras e aos bolsistas da Brinquedoteca do CAFS/UFPI. Este espaço da UFPI me permitiu aprofundar os conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil pela perspectiva pedagógica. Obrigada por compreenderem minha ausência no final do semestre 2017.2

Àquela pessoa incrível que me incentivou a percorrer mais caminho na trajetória acadêmica, ensinando-me valores profissionais, bem como revelando-me a importância de sempre ajudarmos o próximo. Professora Dr.^a Priscila Aquino, nossos caminhos se cruzaram anos atrás e até hoje sou grata por tudo que tens feito por mim.

À professora Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes, minha orientadora, espelho a ser seguido de pessoa e de profissional. Um ser aguerrido e iluminado, que nos transmite confiança e alegria. Obrigada, por todos os ensinamentos, conselhos e palavras de apoio. Obrigada também por ter compreendido a minha ida, pode ser convocada no concurso da UFPI, e a ausência, em situações difíceis que vivi.

À co-orientadora, Professora Dr.^a Emanuella Silva Joventino, ou simplesmente e grandemente Manu. Mais um exemplo de pessoa e profissional. Obrigada por tudo, pelo apoio e dedicação em conduzir essa tese.

Aos membros do grupo de pesquisa também sou agradecida. Foram muitos momentos de aprendizado vividos, os quais foram muitos especiais!! Quero aqui agradecer especialmente às meninas que estiveram presente na coleta de dados, Ludmila, Elizamar, Leidiane, Ádria, Olinda, Isabelle e Stefanny. E à Kamila e Débora, também colegas do grupo de pesquisa.

À Ludmila, Elizamar e Leidiane, mais uma vez obrigada, por terem contribuído com a realização do projeto de pesquisa e das publicações advindas do mesmo. Vocês são lindas espiritualmente, obrigada pela imensa ajuda à distância, pelo apoio e carinho.

À turma do doutorado e de mestrado, especialmente à Ádria e Fátima, com quem compartilhei e adquiri muitos ensinamentos ao longo do meu doutoramento. Também e em especial, à amiga paraibana, Taciana. Nosso contato foi breve, pois logo você voltou, mas foi o suficiente para me permitir ver o ser iluminado que és. Muito obrigada, amiga!

Aos professores e todos os trabalhadores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, particularmente, para aqueles que integram a Secretaria da Pós-Graduação, pela recepção agradável e por terem me ajudado a hoje obter tamanha conquista.

Aos membros dessa banca, Dr.^a Silvana Santiago, Dr.^a Emilia Rouberte, Dr.^a Regina Dodt, também companheira do grupo de pesquisa, Dr.^a Francisca Elisângela Lima e Dr.^a Mariana Martins, pelas contribuições dadas para o enriquecimento desse trabalho acadêmico. Um agradecimento ao também membro dessa banca, professor Dr. Paulo César de Almeida, um profissional de excelência e muito paciente, que auxiliou diretamente na construção da tese.

“Confiar em si mesmo não garante o sucesso, mas não o fazer garante o fracasso”.

(Albert Bandura)

RESUMO

A diarreia gera elevados índices de morbimortalidade infantil e é causada por infecções patogênicas associadas às condições socioeconômicas e sanitárias e aos comportamentos maternos. Logo, é importante o desenvolvimento de estratégias educativas direcionadas ao fortalecimento da autoeficácia materna, para que as mães previnam a ocorrência da diarreia e promovam a saúde dos filhos. Objetivou-se avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Trata-se de um ensaio clínico randomizado, realizado com mães de crianças menores de cinco anos, distribuídas em quatro grupos: controle (60 participantes inicialmente), cartilha (A-60), vídeo (B-61), e cartilha e vídeo (AB-60); e desenvolvido em Fortaleza-CE, em quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde. Foram aplicados três instrumentos: o formulário que abordava dados demográficos, socioeconômicos, sanitários e de saúde da criança; a Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil; e, via telefone, o formulário reduzido para investigação da diarreia. A coleta de dados ocorreu em três momentos: 1º momento, na unidade, aplicou-se o formulário e a escala, seguida das intervenções, exceto no grupo controle; nos 2º e 3º momentos, aplicaram-se novamente a escala e o formulário de investigação da diarreia, um mês e dois meses após o 1º momento, respectivamente. Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0, por meio de análise estatística descritiva e analítica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e pelo Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. No 1º momento, todos os grupos mostraram homogeneidade, $p < 0,05$. Um mês após as intervenções (2º momento), as médias dos escores de autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil elevaram-se em todos os grupos, mas não houve significância estatística. Ainda no 2º momento, houve maior predominância de mães com autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, sendo maior a do grupo cartilha e vídeo (AB), 86,5%. Dois meses depois das intervenções (3º momento), as médias dos escores de autoeficácia materna diminuíram, em cada grupo, comparado ao 2º momento, exceto no grupo cartilha e vídeo (AB), que se manteve, mas a porcentagem de mães com autoeficácia elevada foi maior nos quatro grupos comparada àquelas com autoeficácia moderada. Acerca da ocorrência da diarreia, um mês depois das intervenções (2º momento), a prevalência

das entrevistadas que relataram o adoecimento dos filhos por diarreia foi menor no grupo cartilha e vídeo (AB), em 1,9%, com associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Aos dois meses de acompanhamento (3º momento), todos os grupos apresentaram menor ocorrência da diarreia infantil, comparado ao 2º momento, exceto o grupo vídeo (B). Em todos os momentos após as intervenções, verificou-se que a média dos escores da escala foi mais elevada no grupo cartilha e vídeo (AB), quando também a ocorrência da diarreia infantil foi menor. Assim, cartilha e vídeo educativos, quando aplicados de forma combinada, foram mais eficazes para elevar a autoeficácia materna na prevenção a diarreia infantil e diminuir a ocorrência desse agravo.

Palavras-chave: Autoeficácia. Prevenção de Doenças. Diarreia Infantil. Tecnologia Educacional. Enfermagem.

ABSTRACT

Diarrhea generates high rates of infant morbidity and mortality and is caused by pathogenic infections associated with socioeconomic, health conditions and maternal behaviors. It's important to develop educational strategies aimed at strengthening maternal self-efficacy, so that mothers prevent the occurrence of diarrhea and promote the health of their children. It was aimed to evaluate the efficacy of the use of educational technologies to promote maternal self-efficacy in preventing infantile diarrhea. It's a randomized clinical trial performed with mothers of children under five years old, divided into four groups: control (60 participants initially), booklet (A-60), video (B-61), and booklet and video (AB-60); and developed in Fortaleza-CE, in four Units of Primary Health Care. Three instruments were applied: the form that addressed demographic, socioeconomic, health and child health data; the Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea; and, by telephone calls, the reduced form for investigation of diarrhea. Data collection took place, from June to October 2015, in three moments: the first moment, in the unit itself, the form and the scale were applied, followed by the application of the interventions, except in the control group; in the second and third moments, the diarrhea scale and the diarrhea investigation form were again applied, one month and two months after the first moment, respectively. The data were analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences, 20.0 version, through descriptive and analytical statistical analysis. The study was approved by the Committee of Ethics in Research of the Federal University of Ceará, and by the Brazilian Registry of Clinical Trials. At the 1st moment, all groups showed homogeneity, $p < 0.05$. One month after the interventions (2nd time), the means of maternal self-efficacy scores to prevent childhood diarrhea increased in all groups, but there was no statistical significance. Still in the second moment, there was a higher prevalence of mothers with high self-efficacy for the prevention of childhood diarrhea, with the largest group and video group (AB), 86.5%. Two months after the interventions (3rd time), the means of maternal self-efficacy scores decreased in each group, compared to the second moment, except in the primer and video (AB) group, which remained, but the percentage of mothers with high self-efficacy was higher in the four groups compared to those with moderate self-efficacy. Regarding the occurrence of diarrhea, one month after the interventions (2nd moment), the prevalence of the interviewees who reported their children's

illness due to diarrhea was lower in the booklet and video (AB) group, 1.9%, with a statistically significant association ($p < 0.05$). At two months of follow-up (3rd moment), all groups presented lower occurrence of infant diarrhea, compared to the second moment, except the video group (B). At all times after the interventions, it was verified that the average of the scale scores was higher in the primer and video (AB) group, when also the occurrence of infant diarrhea was lower. Educational primer and video, when applied in combination, were more effective in increasing maternal self-efficacy in preventing infant diarrhea and reducing the occurrence of this condition.

Keywords: Self Efficacy. Maternal Behavior. Disease Prevention. Diarrhea, Infantile. Educational Technology. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma representando o uso da cartilha e do vídeo como intervenções educativas.	39
Figura 2 - Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V) do município de Fortaleza-CE.	41
Figura 3 - Fluxograma com a distribuição das participantes do estudo nos grupos.	49

LISTA DE GRÁFICO E TABELAS

Gráfico 1 - Efeitos, em porcentagens, das intervenções educativas sobre a autoeficácia materna elevada para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	68
Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas das mães e sanitárias dos domicílios, segundo os grupos do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	50
Tabela 2 - Características relacionadas à saúde dos filhos das mulheres entrevistadas, segundo os grupos de pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	55
Tabela 3 - Comparação das médias da escala total e dos domínios antes e após a intervenção. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	60
Tabela 4 - Efeitos das intervenções sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	67
Tabela 5 - Efeitos das intervenções educativas sobre a ocorrência da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – short form</i>
CAPES-DD	<i>Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COGETS	Coordenadoria e Gestão de Trabalho e Educação em Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
COVIO	Laboratório de Estudos da Conflitualidade da UFC
EAPDI	Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEPE	Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão
GAPPD	<i>Integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICV	Índice de Validade de Conteúdo
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LabVida	Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará
LEV	Laboratório de Estudos da Violência da UFC
MDDA	Monitorização da Doença Diarreica Aguda
NANDA-I	NANDA <i>International</i> , Inc
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASECI	<i>Parental Self-Efficacy with Eczema Care Index</i>
PDAP	<i>Parental Self-Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale</i>
PECHWB	<i>Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour Scale</i>
PSESCAMS	<i>Parental Self-Efficacy Scale for Child Autonomy toward Minor Surgery</i>
Rebec	Registro Brasileiro de Ensaio Clínico
SEPTI-TS	<i>Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale</i>
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

SRO	Soro de Reidratação Oral
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil	17
1.2	Tecnologias educativas para a promoção da saúde e prevenção de agravos na infância	28
2	OBJETIVOS	36
2.1	Objetivo geral	36
2.2	Objetivos específicos	36
3	HIPÓTESES	37
4	MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1	Desenho do estudo	38
4.2	Local do estudo	39
4.3	População e amostra	41
4.4	Procedimentos de coleta dos dados	43
4.4.1	<i>Intervenções educativas: vídeo e cartilha</i>	43
4.4.2	<i>Instrumentos de coleta dos dados</i>	44
4.4.3	<i>Coleta dos dados propriamente dita</i>	45
4.4.4	<i>Treinamento dos avaliadores</i>	46
4.5	Análise dos dados	47
4.6	Aspectos éticos	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1	Caraterização de linha de base das participantes do estudo	49
5.2	Efeito das intervenções educativas sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil	60
5.3	Efeito das intervenções educativas sobre a ocorrência da diarreia infantil	72
6	CONCLUSÃO	77
7	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	79
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A	99
	APÊNDICE B	101
	APÊNDICE C	103

APÊNDICE D	104
APÊNDICE E	105
APÊNDICE F	110
APÊNDICE G	116
ANEXO A	119
ANEXO B	121
ANEXO C	123
ANEXO D	124
ANEXO E	125
ANEXO F	130

1 INTRODUÇÃO

A diarreia infantil é considerada um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, visto que é uma das doenças mais prevalentes e responsável por elevados índices de morbimortalidade de crianças menores de cinco anos de idade (MOTLAGH *et al.*, 2012; MAMO; HAILU, 2014; NHAMPOSSA *et al.*, 2015; ODETOYIN *et al.*, 2016).

Em face disso e do impacto social e econômico, bem como no bem-estar e na qualidade de vida das crianças adoecidas e suas respectivas famílias, existiu a motivação para a realização do presente estudo. Acrescenta-se ainda a participação na linha de pesquisa Enfermagem e Educação em Saúde do Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE), cadastrado no diretório de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o qual possui inúmeros estudos desenvolvidos acerca da temática.

Nesta investigação, pretendeu-se, pois, testar a eficácia de tecnologias que podem ser úteis na prática dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, para prevenção da diarreia e promoção da saúde infantil. Assim, a introdução segue dividida em dois capítulos: o primeiro, “**Autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil**”, o qual descreve a doença diarreia por meio da definição, epidemiologia e causas, além da importância do fortalecimento da confiança materna para promoção da saúde da criança e da prevenção de agravos na infância; e o segundo, “**Tecnologias educativas para a promoção da saúde e prevenção de agravos na infância**”, que trata das tecnologias (intervenções) já elaboradas, validadas e/ou testadas, as quais são eficazes para promover a saúde infantil.

1.1 Autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil

A doença diarreica é definida como a presença de três ou mais ocorrências de fezes amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, acompanhadas ou não de sangue, muco ou febre (ARIMA *et al.*, 2011; BENER; EHLAYEL; ABDULRAHMAN, 2011; MAMO; HAILU, 2014). De acordo com a taxonomia da Nanda *International*, Inc (NANDA-I, 2015), a diarreia constitui a eliminação de fezes soltas e não formadas, tendo como características definidoras:

mais de três evacuações de fezes líquidas em 24 horas, cólicas, dor abdominal, ruídos intestinais hiperativos e urgência intestinal.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificam, conforme a apresentação clínica ou duração da doença, três diferentes tipos de diarreia: a diarreia aguda aquosa, com rápida perda de grande volume de água; a diarreia sanguinolenta ou disenteria; e a diarreia persistente, com duração de mais de 14 dias (UNICEF; WHO, 2009). Gaffey *et al.* (2013) definem também três tipos de diarreia, porém apenas relacionado à duração do agravo: a aguda, com duração de 7 dias ou menos; a prolongada, entre 7 e 14 dias; e a persistente, com 14 dias ou mais.

Já o Ministério da Saúde do Brasil adota a seguinte classificação quanto à duração da diarreia: a aguda, àquela que dura menos de 14 dias; a persistente, por um período igual ou superior a 14 dias e constitui uma infecção continuada de um agente; e, por fim, a crônica, mais do que 28 dias, ocasionada por inflamações crônicas, alergia a alimentos, cólon irritável, parasitoses intestinais, entre outras. Há ainda a diferenciação desta em diarreia aquosa, quando existe secreção ativa de água e eletrólitos, e a disenteria, em que há presença de sangue nas fezes, com ou sem muco (BRASIL, 2017a).

A diarreia pode ser causada por diferentes microrganismos, como bactérias, parasitas e vírus (KEUSCH *et al.*, 2006; WALKER; WALKER, 2014). Dentre as bactérias, citam-se: *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* (enterotoxigênica, enteropatogênica, enteroinvasiva ou enterohemorrágica), *Salmonella*, *Shigella dysenteriae*, *Yersinia enterocolitica* e o *Vibrio cholerae*. E entre os parasitas: *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium*, *Balantidium coli*, *Giardia lamblia*, *Isospora belli* e outros (BRASIL, 2010).

Sobre os vírus causadores da diarreia, destacam-se: os astrovírus, calicivírus, adenovírus entérico, norovírus, e rotavírus dos grupos A, B e C (BRASIL, 2010). Este último é o mais comum e geralmente ocasiona uma enfermidade autolimitada, com duração aproximada de cinco dias, de modo que a maioria dos óbitos infantis acontece por desidratação severa (ATENCIO *et al.*, 2013).

A despeito dos microrganismos causadores da diarreia, estudo do tipo coorte realizado em duas localidades do sul do Vietnã, com 6.706 crianças, identificou que 1.690 casos de diarreia foram registrados, destes 1.309 (77,0%) tiveram amostras de fezes analisadas, entre as quais 748 (57,0%) obtiveram

resultado positivo para um ou mais de seis agentes patogênicos, sendo o rotavírus o mais prevalente, em 395 casos (53%) (ANDERS *et al.*, 2015). Alguns autores, como Dulgheroff *et al.* (2016) e Degiuseppe, Reale e Stupka. (2017), acrescentam ainda que, dentre os grupos de rotavírus, o tipo A é o mais frequente.

A respeito do contexto epidemiológico mundial, a diarreia é responsável por aproximadamente 11% das mortes de crianças menores de cinco anos de idade (LIU *et al.*, 2012) e, juntamente com a pneumonia, são apontadas como a causa de 29% de todas as mortes infantis, ocasionando a perda de mais de 2 milhões de vidas jovens a cada ano (WHO; UNICEF, 2013). Este fato contribui para elevados custos anualmente no setor saúde, bem como para a renda das famílias (BURKE *et al.*, 2013).

No Brasil, entre os anos de 1995 e 2005, apenas nos serviços da rede pública de saúde, foram registradas 39.421 mortes e 1.505.800 internações associadas à diarreia em crianças menores de um ano de idade (OLIVEIRA; LATORRE, 2010). Em 2015 e 2016, foram notificadas, respectivamente, 47.679 e 58.024 internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível em crianças com idade inferior a cinco anos no país. Nesse mesmo período, as regiões Nordeste e Norte tiveram os maiores quantitativos de internações por doença diarreica (BRASIL, 2017b).

Ademais, pesquisa epidemiológica ambiental desenvolvida em microrregiões do Brasil identificou que as maiores taxas de mortalidade por diarreia aguda em menores de um ano de idade, em 2009, estavam situadas nas regiões Norte e Nordeste, que apresentaram, concomitantemente, 5 e 4 vezes mais chance de mortalidade por diarreia nessa faixa etária em comparação com a região Sul (BÜHLER *et al.*, 2014). Denota-se, portanto, que são notáveis as diferenças nos índices de morbimortalidade entre as regiões do país (NASCIMENTO; SCHUELTER-TREVISOL, 2014).

No Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil, houve o registro, em 2015 e 2016, de 2.038 e 2.477 internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível em crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2017c). Mais especificamente no município de Fortaleza-CE, considerando a mesma faixa etária, no ano de 2015, observaram-se 4.108 registros de diarreia infantil e 187 internações. Já em 2016, houve uma diminuição na ocorrência do

agravo, com 3.711 casos, porém, as internações aumentaram, passando ao valor de 230 no referido ano (FORTALEZA, 2015; 2016; BRASIL, 2017c).

Embora se percebam os elevados números de casos de diarreia infantil, no Brasil, a taxa de mortalidade das crianças abaixo de cinco anos apresentou queda de 65% entre 1990 e 2010 (BRASIL, s.d.). Este fato pode se relacionar à expansão da rede de cuidados primários à saúde, ao uso disseminado da terapia de reidratação oral (TRO), à administração da vacina contra o rotavírus, à redução da desnutrição infantil e à melhoria das condições de saneamento, em grande parte associada à melhoria do acesso à água potável (RASELLA; AQUINO; BARRETO, 2010; BARROS *et al.*, 2010; ESCOBAR *et al.*, 2015).

As ações listadas acima podem ser decorrentes do incentivo para se alcançarem os objetivos propostos na Cúpula do Milênio, em 2000, em que os Estados-Membros das Nações Unidas propuseram uma série de metas globais a serem cumpridas até o ano de 2015, entre elas, citam-se algumas que estimularam os países a desenvolverem estratégias para a redução dos casos de diarreia infantil: o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4), que buscou reduzir a taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade em dois terços, e o ODM 7, o qual almejou diminuir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável segura e ao saneamento básico (WHO; UNICEF, 2013).

Apesar de o Brasil ter alcançado a meta do ODM 4, é oportuno salientar a importância que este país continue intensificando esforços voltados para prevenir as principais causas de morbimortalidade infantil em todo o mundo, incluindo a pneumonia e a diarreia. Esses esforços, segundo Qazi *et al.* (2015), devem ser realizados por todos os países, a fim de que se reduza o alto índice de morbimortalidade mundial por essas doenças.

Para contribuir ainda com a redução da mortalidade infantil, em abril de 2013, foi criado o Plano de Ação Integrado para a Prevenção e Controle de Pneumonia e Diarreia (*Integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea – GAPPD*), que fornece aos governos e seus parceiros um quadro integrado de ações essenciais para a prevenção e controle da pneumonia e da diarreia (WHO; UNICEF, 2013).

O GAPPD tem por objetivo facilitar e monitorar o progresso dos países para eliminar as mortes infantis evitáveis por pneumonia e diarreia até 2025. Destarte, possui como metas: reduzir a mortalidade por diarreia em crianças

menores de cinco anos de idade, para menos de 1 por 1.000 nascidos vivos; e reduzir a incidência de diarreia grave em 75% em crianças com menos de cinco anos de idade em relação aos níveis de 2010. Para tanto, o GAPPD recomenda como tratamento para a diarreia, as seguintes ações: soro de reidratação oral (SRO), zinco, alimentação contínua e procura por cuidados e encaminhamentos da criança no setor saúde (WHO; UNICEF, 2013). Walker e Walker (2014) recomendam ainda, como tratamento, a administração de antibióticos em crianças com disenteria.

Já como medidas preventivas que podem reduzir a ocorrência da diarreia infantil, o GAPPD cita: suplementação com vitamina A e de zinco preventiva; promoção do aleitamento materno; alimentação complementar adequada; prevenção do vírus da imunodeficiência humana (HIV); acesso à água potável; melhores condições de saneamento e higiene; e lavagem das mãos com água e sabão (WHO; UNICEF, 2013; WALKER; WALKER, 2014).

Embora, note-se um decréscimo nos casos de diarreia infantil e aumento dos programas e ações que buscam sua prevenção e controle, é perceptível que esse agravo ainda se constitui um grave problema de saúde pública. Isto pode dever-se ao fato de a morbimortalidade infantil por doença diarreica ser determinada por outros fatores associados às infecções patogênicas, são elas: as condições socioeconômicas e sanitárias, como tipo de casa/domicílio; origem da água; descarte do lixo; idade e sexo da criança; idade e nível de escolaridade da mãe; renda familiar; elevado número de pessoas residindo na mesma casa/domicílio, entre outras (MAMO; HAILU, 2014; NASCIMENTO; SCHUELTER-TREVISOL, 2014; AMUGSI *et al.*, 2015; ESCOBAR *et al.*, 2015; MERGA; ALEMAYEHU, 2015; AZAGE *et al.*, 2016;).

Além das condições socioeconômicas e de saneamento precárias, a falta de higiene pessoal e comportamentos maternos de risco também contribuem para a contaminação das crianças por agentes causadores da diarreia, incluindo, por exemplo, a ausência da lavagem das mãos antes de preparar os alimentos e depois de trocar fraldas de uma criança e/ou de ir ao banheiro (ATENCIO *et al.*, 2013). Isto denota que os fatores comportamentais desempenham um papel fundamental na epidemiologia das doenças diarreicas (MAMO; HAILU, 2014).

Ghasemi *et al.* (2013) e Merga e Alemayehu (2015) ratificam que se as mães possuem conhecimento e atitude inadequados sobre a causa da diarreia infantil, isto dificulta o manejo da doença em tempo oportuno, visto que muitos dos

episódios são tratados pelas mesmas na própria casa/domicílio. Já Milad *et al.* (2013) e Mamo e Hailu (2014) demonstram ainda que o estado de saúde-doença da mãe pode colaborar para o adoecimento do filho, ou seja, a doença diarreica materna pode ser um preditor para episódios de diarreia infantil, visto que as mães são manipuladoras de alimentos da família e as cuidadoras tradicionais. Logo, o cuidado dispensado à criança pode ser comprometido se a própria mãe estiver doente.

Nota-se, portanto, que o papel das mães é importante para a prevenção de doenças e promoção e assistência à saúde da criança (ABDINIA, 2014). Destarte, faz-se premente o desenvolvimento e implementação de ações direcionadas a elas que previnam a ocorrência da diarreia infantil e promovam a saúde das crianças. Entres estas, destacam-se as de educação em saúde implementadas pelos profissionais de saúde, especialmente pelos enfermeiros, as quais podem fortalecer a autoeficácia materna, pois as mães são as principais cuidadoras dos filhos e, quando possuem conhecimentos adequados, podem promover a saúde deles e de sua família.

A autoeficácia é um componente ou conceito incorporado à Teoria Social Cognitiva (ou Teoria da Aprendizagem Social), proposta por Albert Bandura (BANDURA, 2012), sendo definida como julgamentos ou crenças que as próprias pessoas fazem sobre suas capacidades de executar cursos de ação necessários para obter um resultado desejado (BANDURA, 1982; 2000; SCHWARZER; FUCHS, 2009). Assim sendo, as crenças de autoeficácia influenciam a forma como elas motivam-se e perseveram, ultrapassando dificuldades, para conquistar os objetivos definidos para si mesmas (BANDURA, 2012).

Sabe-se que, para as pessoas promoverem mudanças conforme as suas crenças e necessidades em diferentes momentos da vida, há a necessidade da integração da estrutura social ou influências ambientais, dos processos cognitivos e do comportamento, o que se denomina *causação (ou interação) recíproca triádica* (BANDURA, 1997; 2009; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Esses três fatores interconectados influenciam os indivíduos de diversas maneiras e circunstâncias (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008), e, em diferentes momentos, um deles pode ter mais importância do que os outros ou todos podem agir com a mesma força e de forma interdependente (BANDURA, 1978).

Com isso, as crenças das pessoas em suas capacidades variam de acordo com os domínios das atividades e as condições situacionais que vivenciam (BANDURA, 2012). Ademais, essas crenças são desenvolvidas de quatro maneiras, o que pode ser denominado de fontes de autoeficácia, são elas: as experiências pessoais na execução de tarefas (experiência enativa ou direta), experiência vicária, persuasão social (incluindo persuasão verbal) e os indicadores fisiológicos (BANDURA, 1977; 1986; 2012; AZZI; POLYDORO, 2006).

As experiências enativas tendem a fortalecer ou enfraquecer a autoavaliação de eficácia (BANDURA, 2012), de modo que os sucessos tendem a aumentar a autoeficácia percebida dos indivíduos e minimizar os repetidos fracassos (BANDURA, 1982). Na experiência vicária, ocorre a modelagem, quando a crença do indivíduo em sua capacidade de realizar determinadas ações se dá por meio da observação do comportamento de outras pessoas, ou melhor, quando ele vê pessoas semelhantes a si obtendo sucesso pelo esforço perseverante, o mesmo poderá fortalecer crenças e aspirações nas suas próprias capacidades (BANDURA, 2012).

A terceira fonte de autoeficácia é a persuasão social, que inclui a persuasão verbal. Se as pessoas são persuadidas a acreditarem em si mesmas, elas são mais perseverantes diante das dificuldades, o que aumenta a chance de sucesso (BANDURA, 2012). Esta fonte é amplamente utilizada para levar os indivíduos a acreditarem que eles possuem capacidades que lhes permitirão alcançarem o que eles procuram, o que pretendem (BANDURA, 1982).

Por último, como quarta fonte de autoeficácia, tem-se o estado fisiológico do indivíduo, visto que as pessoas também dependem, em parte, de seus estados físico e emocional para julgarem sua autoeficácia. Assim, crenças de eficácia podem ser fortalecidas pela redução da ansiedade e depressão e a construção de força física e resistência (BANDURA, 2012).

Em face do exposto, percebe-se o quão fundamental torna-se o conceito da autoeficácia e como o mesmo tem sido incorporado a diversos temas discutidos no setor saúde, como uma estratégia para se investigar a capacidade e confiança dos indivíduos em si mesmos para adotar comportamentos e/ou estilos de vida saudáveis que previnam doenças ou propiciem o manejo adequado de uma condição de adoecimento.

A mudança comportamental e do estilo de vida é uma decisão pessoal, que pode ser apoiada por uma equipe de saúde, no caso a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal porta de entrada dos usuários aos serviços e ações de saúde, na qual os profissionais devem dar informações capazes de promover a saúde da população e trabalhar as dimensões cognitivas e emocionais, considerando aspectos socioeconômicos e sanitários das pessoas, para que elas se sintam confiantes e, conseqüentemente, isso favoreça um processo de mudança comportamental positivo (MENDES, 2012).

Trabalhar as dimensões cognitivas e emocionais requer que o profissional mantenha e expresse a crença de que a pessoa tem a possibilidade de mudar, de modo a enfatizar a habilidade dela em escolher e levar adiante um plano de mudança comportamental. Mendes (2012) acrescenta ainda que mudar o comportamento de um indivíduo é uma tarefa complexa e que exige alguma abordagem, entre elas a Teoria da Autoeficácia.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde avaliem a crença pessoal que a pessoa tem em si própria e de que pode executar um comportamento adequado, para com este obter resultados positivos (BRADY, 2011). Com base nisso, a autoeficácia deve ser mensurada por meio de escalas psicométricas validadas e confiáveis para que aqueles intervenham com maior propriedade frente às necessidades de cada indivíduo.

Mais especificamente sobre a saúde das crianças, existem muitas escalas elaboradas, validadas e traduzidas em diversos países que tratam da autoeficácia de pais/cuidadores e outros na prestação de cuidados àquelas. Cita-se inicialmente a *Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale* (SEPTI-TS), que avalia a autoeficácia dos pais a respeito da paternidade e criação dos filhos pequenos, de um a três anos de idade (*toddlers*). Contém sete subescalas, distribuídas em 53 itens, que são classificados em uma escala Likert de seis pontos, com categorias de resposta que variam de "concordo totalmente" a "discordo totalmente". Índices mais altos indicam maior presença de autoeficácia para paternidade. A escala mostrou boa confiabilidade (α - alfa - de Cronbach = 0,91) (COLEMAN; KARRAKER, 2003).

Recentemente, Van Rijen *et al.* (2014) avaliaram as qualidades psicométricas da versão abreviada da SEPTI-TS, a *short form* SEPTI-TS, um instrumento de 26 itens, divididos em quatro subescalas, que avaliam sentimentos de amor e carinho dos pais em relação à criança, o brincar com o filho e o

estabelecimento de limites e de rotina nas atividades diárias da criança. Esta versão da SEPTI-TS obteve α de Cronbach de 0,88.

Ono e Manabe (2014) elaboraram e validaram a *Parental Self-Efficacy Scale for Child Autonomy toward Minor Surgery* (PSESCAMS), que, por meio de dois fatores, avalia a autoeficácia dos pais para o suporte relacionado ao controle emocional da criança e à compreensão infantil sobre a cirurgia. A escala contém 18 itens, cada item pode ser pontuado em uma escala do tipo Likert de 4 pontos, que varia de "não confiar em nada" para "bastante confiante"; e quanto maior a pontuação, maior é o grau de autoeficácia dos pais. Este instrumento foi considerado como confiável, pois apresentou α de Cronbach de 0,975.

Existe também a *Self-Efficacy Scale for Preschool Teachers Regarding Asthma Care*, disponível nos idiomas inglês e chinês, que avalia a autoeficácia de professores na prevenção e manejo da asma em pré-escolares, por meio de 10 itens, os quais são respondidos usando-se um método de pontuação de escala de Likert, com escores de autoconfiança variando de 1 a 7, de modo que 1 significa "não representando autoconfiança" e 7, "representando confiança forte". Esta escala teve as propriedades psicométricas avaliadas, apresentando Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que variou de 0,85 a 1,00 e α de Cronbach total de 0,91 (GAU; HUNG, 2014).

Ainda pode ser citada a escala que avalia a autoeficácia dos pais no controle da asma em seus filhos: a *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control* (WOOD *et al.*, 2010). Esta escala foi traduzida para o português brasileiro por Gomes *et al.* (2016) sendo denominada Escala de Autoeficácia no Controle da Asma Infantil. Estes autores também verificaram a confiabilidade e a validade da versão brasileira desse instrumento e o mesmo possui 16 itens, com cinco opções de resposta em cada um. Ademais, apresentou boa consistência interna (α de Cronbach = 0,92) e as dimensões de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, apresentaram, respectivamente, um IVC de 0,88, 0,90 e 0,89.

É válido também mencionar a escala *Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability* (CAPES-DD), construída por Mazzucchelli, Sanders e Morawska (2011) para avaliar a confiança dos pais/cuidadores para lidar com problemas comportamentais e emocionais dos filhos com deficiência. Inicialmente o instrumento possuía 30 itens, mas após avaliação psicométrica por Emser *et al.* (2016), passou a apresentar 24. Do item 1 ao 16, existem duas colunas

a serem preenchidas pelos pais: na primeira, eles podem classificar os itens em 0, 1, 2 ou 3, sendo que 0 significa "não é verdade do meu filho" e 3, "é verdade do meu filho, muito ou na maioria das vezes"; e a segunda, que trata da autoeficácia dos pais, em que confiança dos respondentes é classificada de 1 ("Certo, eu não posso gerenciá-lo") a 10 ("Certo, eu posso gerenciá-lo"). É primordial destacar que este instrumento teve consistência interna satisfatória, com α de Cronbach total de 0,94.

No que concerne à avaliação da autoeficácia dos pais para manejo do eczema de seus filhos, foi desenvolvida, por Ersser *et al.* (2015), a *Parental Self-Efficacy with Eczema Care Index* (PASECI), uma escala de 29 itens, apresentados em quatro subescalas: gestão da medicação, manejo do eczema e sintomas, comunicação com os profissionais de saúde, e gestão de desafios pessoais ao cuidar de uma criança com eczema. Em cada item, os pais podem assinalar de 0 (não posso fazer todo) a 10 (altamente certo, posso fazer). O α de Cronbach para cada uma destas subescalas foi, respectivamente, de 0,906, 0,874, 0,915 e 0,953.

Há ainda a *Food Allergy Self-Efficacy Scale for Parents* (FASE-P), elaborada e validada por Knibb, Barnes e Stalker (2015), que investiga se os pais se sentem confiantes no manejo da alergia alimentar dos filhos, abrangendo cinco subescalas: gestão de atividades sociais, precaução e prevenção, tratamento alérgico, identificação de alérgenos alimentares, e busca de informações sobre alergia alimentar. Este instrumento tem 21 itens e as respostas são totalizadas (não há itens reversos) e depois divididas por 21 para obter um escore médio total, que pode variar de 0 a 100. Uma pontuação mais alta indica maior autoeficácia dos pais para o gerenciamento de alergias alimentares nos filhos. É importante ressaltar que a mesma teve consistência interna satisfatória (α de Cronbach = 0,88).

Em relação à investigação da autoeficácia para comportamentos saudáveis, há a *Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour Scale* (PECHWB). Este instrumento foi elaborado por Nelson e Davis (2013) e possui 41 itens e quatro subescalas que representam as diretrizes para a ingestão de frutas e legumes, limitação de alimentos ricos em gordura/açúcar pelos pais, atividade física diária e tempo gasto em atividades sedentárias. Os pais avaliam a confiança deles para manter o peso da criança aquedado. A pontuação total da escala pode variar de 0 (nada confiante) a 100 (extremamente confiante). A confiabilidade e a validade foram testadas por Palmer e Davis (2013), os quais identificaram um α de Cronbach, para a escala total, de 0,98.

Outra escala, também do tipo Likert e com α de Cronbach de 0,94, é a *Parental Self-Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale* (PDAP), desenvolvida e avaliada psicometricamente por Bohman, Rasmussen e Ghaderi (2016), investiga a autoeficácia dos pais para promover comportamentos alimentares saudáveis e atividade física em seus filhos. A mesma possui 21 itens, que podem ser pontuados em valores que variam entre 0 (não confiante), 5 (moderadamente confiante) e 10 (completamente confiante). Ademais, os pais devem ser instruídos a responder o instrumento, tendo em mente, a criança de 5 anos de idade.

No âmbito do aleitamento materno, pode-se citar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), desenvolvida por Dennis e Faux (1999), que mensura a confiança da mulher para amamentar, por meio de 33 itens, estruturados em dois domínios, técnico e pensamento intrapessoal. Esta escala já foi traduzida em diversos idiomas, entre eles o português brasileiro. A tradução e adaptação cultural da BSES, no Brasil, foram realizadas por Oriá e Ximenes (2010) e apresentou α de Cronbach de 0,90, indicando ótima consistência interna. Além disso, também é composta de 33 itens, nos quais as respostas podem variar de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

Há ainda a *BSES short form* (BSES-SF), com 14 itens (DENNIS, 2003). Esta versão também foi traduzida, adaptada e validada em diversos países. Em território brasileiro, Dodt et al. (2012) mantiveram os 14 itens, cujo padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e revelaram um elevado índice de confiabilidade alfa de Cronbach para a BSES-SF ($\alpha=0,74$).

Em se tratando da temática do presente estudo, Joventino et al. (2012) construíram e validaram a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), a qual se trata de uma escala do tipo Likert, composta por 24 itens, com padrão de resposta que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O IVC deste instrumento é de 0,96 e α de Cronbach de 0,84.

Todas essas escalas podem ser aplicadas, como já dito, para avaliar a autoeficácia dos indivíduos na adoção de determinado comportamento para promoção da saúde, prevenção de agravo ou manejo/gestão de uma condição de doença. E, assim, servir de instrumento orientador para as práticas em saúde.

Entretanto, Liu (2009), na Tanzânia, África, avaliou a autoeficácia de 334 mães para prevenção da diarreia, apenas com base na concordância ou

discordância delas em relação à seguinte afirmação: “eu posso prevenir a doença diarreica no meu filho” e 57,5% afirmou que concordava totalmente com a afirmativa.

No caso da EAPDI, alguns autores avaliaram a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil em crianças menores de cinco anos de idade. Joventino *et al.* (2013a) revelaram que pouco mais da metade das mães entrevistadas, 224 (50,1%), tinha nível elevado de autoeficácia para prevenir diarreia infantil; e Joventino *et al.* (2013b) notaram ainda associação estatisticamente significativa entre autoeficácia materna para prevenção da doença diarreica e a idade materna ($p=0,018$), renda *per capita* ($p=0,023$), tipo de casa ($p=0,032$), destino do lixo da residência ($p=0,000$), procedência da água consumida pela criança ($p=0,002$), tipo de sanitário ($p=0,001$) e sua localização ($p=0,023$), tipo de esgoto ($p=0,046$) e recurso utilizado pela mãe para sua higiene íntima ($p=0,002$).

Lopes *et al.* (2013), também utilizando a EAPDI, em pesquisa transversal em Quixadá-CE, realizada com 150 mães, com pelo menos um filho menor de cinco anos de idade, identificaram que 113 (89,0%) das participantes apresentaram baixa autoeficácia.

O uso da EAPDI nos serviços e instituições de saúde permite que os profissionais, particularmente os enfermeiros, conheçam a capacidade que as mães possuem para prevenir a diarreia em seus filhos. A partir disso, eles podem também desenvolver ações educativas que possibilitem que aquelas se sintam mais confiantes em promover a saúde dos filhos e prevenir tal doença. Ademais, a referida escala constitui ainda um instrumento eficiente para avaliar a eficácia de tecnologias educativas sobre a prevenção da diarreia infantil, visto que a mesma pode ser aplicada antes e após a aplicação daquelas, verificando-se modificações nos escores de autoeficácia materna em prevenir tal agravo.

1.2 Tecnologias educativas para a promoção da saúde e prevenção de agravos na infância

Educação em saúde, para Bravo (1958), é um método que busca ajudar os indivíduos a removerem alguns fatores de risco do seu comportamento e a adotarem hábitos saudáveis em seu cotidiano. Do mesmo modo, Dantas (2010) afirma que a mesma propicia a organização e mobilização da população em termos de mudanças de suas condições de vida e saúde.

Conforme Salci *et al.* (2013), a educação em saúde se faz necessária para a manutenção da saúde ou para evitar e/ou retardar a presença de doença, e se torna ainda essencial para trazer qualidade de vida à pessoa e/ou delongar as complicações decorrentes do adoecimento. Nessa perspectiva, Griffiths (1957) assegura que a educação em saúde abrange três etapas, que se inter-relacionam e fazem parte de um processo de mudança, são elas: criar ou mudar percepções, utilizar forças motivadoras e tomar uma decisão para agir.

Logo, nota-se o quão importante é o desenvolvimento de atividades educativas para adoção de comportamentos saudáveis pelos indivíduos. Em face disso, na Atenção Básica à Saúde, consoante Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, é atribuição de todo profissional de saúde realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe (BRASIL, 2017d). Assim, tais práticas são consideradas elementos essenciais no papel do enfermeiro, fazendo-se necessário que o mesmo esteja capacitado e motivado a elaborar tecnologias que busquem engajar a promoção da saúde na assistência à clientela (CASEY, 2007).

Para Bastable (2010), há muito a educação de pacientes é considerada um dos componentes essenciais do cuidado prestado pelos enfermeiros e o propósito dessa prática é aumentar a competência e a confiança dos indivíduos para a autogestão, ou melhor, objetiva aumentar a responsabilidade e a independência deles para o autocuidado. Entretanto, quando os pacientes são crianças menores de cinco anos de idade, a educação em saúde deve acontecer com os pais/familiares, logo, o enfermeiro deve aproveitar cada oportunidade para ensiná-los sobre promoção da saúde e medidas de prevenção de doenças.

A promoção da saúde, conforme Carta de Ottawa consiste no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BRASIL, 2002). Buss (2009) pontua ainda que a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar meios, por capacitação, que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. Já as ações preventivas, segundo Czeresnia (2009), são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

A ações ou intervenções de educação em saúde são capazes tanto de promover a saúde quando de prevenir doenças. E para o dessas práticas, o

profissional pode utilizar diferentes tecnologias (SALCI *et al.*, 2013). Essas tecnologias podem contribuir para o processo de comunicação, além de aumentar a adesão do indivíduo ao tratamento ou na autonomia do mesmo frente a uma tomada de decisão (HOFFMANN; WORRALL, 2004; SOUSA; TURRINI, 2012).

As tecnologias em saúde podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. As primeiras permitem a produção de relações entre o profissional-usuário por meio da escuta, do interesse, da gestão como forma de orientar processos, da construção de vínculos, da confiança e de gerenciamento utilizados na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários. As leve-duras referem-se aos saberes profissionais bem estruturados como a clínica e a epidemiologia. E as duras são ferramentas que definem a entrada das máquinas, equipamentos, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002; MARQUES; LIMA, 2004).

Entre as tecnologias duras, citam-se os vídeos e cartilhas. Esses são exemplos de instrumentos que podem ser úteis em ações educativas para a prevenção e manejo da doença diarreica aguda, quando incorporado no processo ensino-aprendizagem das mães sobre como lidar com a doença (ABDINIA, 2014).

Nesse contexto, Khalili *et al.* (2013) e Abdnia (2014) afirmam que para melhorar a saúde das crianças e reduzir as despesas médicas impostas sobre o sistema de saúde e relacionadas com a diarreia, a educação deve ser focada em/no(a): sintomas de desidratação em crianças, conhecimento sobre SRO e como prepará-lo, continuação do aleitamento materno, nutrição adequada e apropriada para as crianças com a doença, bem como acerca das medidas de prevenção.

As mães precisam de conhecimentos, que podem ser adquiridos por meio de ações educativas, para que possam obter habilidades necessárias para a diminuição da mortalidade infantil decorrente da diarreia (ABDNIA, 2014). No entanto, tais ações de educação em saúde para serem mais bem-sucedidas devem ser baseadas no nível de conhecimento prévio, percepções e práticas das mães com relação à diarreia infantil (HUSSAIN *et al.*, 2013). Além do mais, Doak, Doak e Root (1996) ressaltam a importância da utilização de alguma teoria na elaboração de atividades de educação em saúde, bem como na construção de materiais educativos.

Em face disso e reconhecendo a importância da teoria da autoeficácia como fator favorecedor da promoção da saúde e da prevenção de agravos, Joventino (2013) construiu e validou um vídeo educativo, que constitui uma tecnologia

educativa de fácil utilização pelos enfermeiros, principalmente, na Atenção Básica à Saúde, intitulado “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”. Essa tecnologia, além dos preceitos da Teoria de Autoeficácia, incorporou os dois domínios da EAPDI (higiene da família e práticas alimentares/gerais).

O vídeo citado teve sua eficácia avaliada nos estudos de Joventino *et al.* (2014), em um ensaio clínico randomizado, que associou os escores da EAPDI com características sociais e demográficas e sanitárias dos domicílios, e foi observado aumento dos escores no grupo intervenção após o vídeo, bem como associação da autoeficácia materna com ter 35 anos ou mais, ensino médio, trabalhar fora de casa, residir no mesmo domicílio 4 a 5 pessoas, coleta pública de lixo e ter água encanada. E Joventino *et al.* (2017), também ensaio clínico randomizado, em que se notou elevação dos escores de autoeficácia materna em ambos os grupos, intervenção e controle, mas as pontuações médias do grupo intervenção foram maiores em todos os momentos do que as do grupo controle.

Os achados corroboram com a afirmação da *WHO* (1988), quando afirma que nenhuma outra mídia cria um interesse tão animado quanto a televisiva, destacando, assim, o valor de uma imagem em movimento na educação em saúde. Em face disso, no contexto nacional e mundial, diversas outras pesquisas têm avaliado a efetividade de vídeos sobre saúde materna e/ou infantil.

No Estado do Ceará, Brasil, ensaio clínico randomizado, desenvolvido por Barbosa e Bezerra (2011), utilizou um vídeo sobre promoção do apego seguro entre mães soropositivas para o HIV e seus filhos. Esta tecnologia foi eficaz na avaliação da interação entre mãe e bebê que experienciavam a realidade da infecção para o HIV, visto que na comparação entre os comportamentos de envolvimento e de sensibilidade as mães do grupo intervenção obtiveram resultados positivos.

Já em Bangalore, Índia, estudo quase-experimental, realizado em área rural, testou um vídeo que abordava a prevenção e manejo da desidratação infantil, tendo como público 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade. No pré-teste, a maioria das entrevistadas, 35 (58,3%), obteve conhecimento inadequado sobre o manejo e prevenção da desidratação e, no pós-teste, 37 (61,7%) apresentaram conhecimento adequado (BANIK, 2012).

Na Etiópia, estudo de abordagem quanti-qualitativa usou um recurso visual que tratava de cuidados maternos e ao recém-nascido, um vídeo com duração de 1 hora e 48 minutos, para telefone móvel/celular, que foi apresentado a homens e

mulheres. Esta investigação não permitiu medir a mudança em níveis de conhecimento ou atitudes antes e depois da intervenção, porém, reforçou o conhecimento existente dos participantes e apresentou mensagens de forma convincente e memorável. O vídeo forneceu imagens positivas de comportamento correto e as recompensas sociais, assim, os participantes articularam os benefícios do comportamento apropriado (DESTA *et al.*, 2014).

Ainda sobre o uso de vídeos como intervenções educativas, revisão sistemática investigou 11 publicações que tratavam da avaliação da eficácia desse tipo de tecnologia e que objetivam melhorar o conhecimento e atitude e induzir mudanças de comportamento em estudantes de 5 a 17 anos de idade. Os temas dos vídeos foram diversos e incluíam a discussão sobre diferentes agravos, como: verminoses, esquistossomose, HIV e síndrome da imunodeficiência humana (Aids), e infecções sexualmente transmissíveis (IST). Todos foram considerados ferramentas promissoras e efetivas de educação em saúde, com impacto positivo no conhecimento e atitudes (BIERI *et al.*, 2012).

A respeito da prevenção e/ou manejo da diarreia infantil, pesquisa documental, realizada por Mendes *et al.* (2015), avaliou seis vídeos destinados a profissionais de saúde e/ou comunidade em geral, por meio da aplicação do *Suitability Assessment of Materials* (SAM), e revelou que obtiveram resultados positivos acerca do conteúdo, sendo apropriados para o público-alvo, o que ratifica que os mesmos constituem ferramentas facilitadoras para o desenvolvimento de habilidades e o favorecimento da autonomia dos indivíduos.

Além dos vídeos, ressalta-se a utilização de materiais educativos impressos como instrumentos para efetivar as ações de educação em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), é comum a utilização desse tipo de tecnologia educativa. Para Hoffmann e Worrall (2004) e Freitas e Cabral (2008), os materiais impressos podem possibilitar o processo ensino-aprendizagem e contribuir para a comunicação, bem como aumentar o poder de decisão e adesão ao tratamento, pois oferece informações consistentes, e serve como uma tecnologia que reforça a instrução verbalizada do profissional de saúde.

Desse modo, estudos têm observado a eficácia de materiais impressos, como ensaio clínico randomizado, que utilizou cartilha educativa sobre alimentação saudável durante a gravidez com 185 gestantes de Recife-PE, distribuídas em dois

grupos, comparação e intervenção, e revelou impacto positivo no conhecimento, atitude e prática das participantes do segundo grupo (OLIVEIRA, 2014).

Fujiwara *et al.* (2012) testaram a eficácia de um livreto sobre comportamentos de choro da criança; 230 pais participaram da pesquisa, divididos em grupo controle (114) e intervenção (116). Este último recebeu o material educativo no prazo de 2 semanas após o nascimento do filho. Aos 2 meses, por meio de ligação telefônica, completaram a pesquisa apenas 201 pais e se pode constatar que as pontuações nas escalas de conhecimento de choros da criança foram significativamente maiores no grupo intervenção do que no controle (56,1% versus 53,1%, $p < 0,005$).

Ainda sobre tecnologias que auxiliam os profissionais de saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde infantil, ensaio clínico randomizado, com grupos controle e intervenção, determinou a eficácia de um livreto interativo sobre o manejo de crianças com febre por profissionais de saúde e identificou que o mesmo é útil para diminuir as prescrições de antibióticos, melhorar a satisfação dos pais e reduzir o número de consultas de retorno (DE BONT *et al.*, 2016).

No Japão, protocolo de estudo sobre uma cartilha educativa para os parceiros de mulheres grávidas sobre a gestação, o nascimento e os cuidados à criança, foi proposto em 2016 e tem como resultados esperados melhor conhecimento e compromisso dos parceiros nas atividades domésticas, bem como na assistência à criança (TAKEHARA *et al.*, 2016).

Sobre a diarreia infantil, Sabino (2016) elaborou e validou a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho”, a qual se baseia na EAPDI, nas fontes da autoeficácia e no vídeo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”. A mesma autora sugere a avaliação da eficácia dessa tecnologia de forma isolada ou combinada, a fim de comprovar os benefícios da mesma, o aumento da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil e diminuição da ocorrência da doença diarreica em crianças menores de cinco anos de idade.

Mamo e Hailu (2014) recomendam ainda o desenvolvimento de intervenções Informação, Educação e Comunicação (IEC), bem como de Comunicação para a Mudança de Comportamento (em inglês, *Behavior Change Communication*, BCC), para conscientizar as mães sobre os fatores associados à ocorrência desse agravo e dar direcionamentos para que os profissionais de saúde possam ensinar à comunidade sobre doenças diarreicas.

As intervenções de BCC são muitas vezes implantadas em conjunto com outros métodos para provocar mudanças nos comportamentos de saúde de populações específicas, ou seja, podem empregar uma série de mídias (por exemplo, material impresso e vídeo) (DESTA *et al.*, 2014).

Com base nisso, no Brasil, pesquisa avaliou se um programa educacional multidisciplinar para crianças sobre prevenção de doenças cardiovasculares diminuiria o fator de risco cardiovascular de seus pais após um ano; as crianças foram divididas em dois grupos, controle, que recebeu apenas um material educativo sobre estilo de vida saudável para ser entregue aos pais, e intervenção, o qual recebeu o mesmo impresso mais uma atividade educativa com uma equipe multidisciplinar. Notou-se que no grupo de intervenção houve uma redução de 91% no fator de risco cardiovascular, em comparação com uma redução de 13% no outro grupo (FORNARI *et al.*, 2012).

Taddio *et al.* (2013) avaliaram a usabilidade e a eficácia em termos de aquisição de conhecimento a partir da aplicação de um panfleto e de um vídeo com pais de bebês recém-nascidos sobre a gestão/manejo da dor de vacinação. Inicialmente, foi realizado um teste de conhecimento, contendo 10 questões verdadeiras/falsas sobre a eficácia de várias ações de manejo da dor; em seguida, foi dado panfleto e o teste com aplicado novamente; após isso, os pais assistiram ao vídeo e responderam mais uma vez ao teste. Notou-se desempenho melhorado deles no teste de conhecimento ($p \leq 0.001$) da linha de base para depois da aplicação do panfleto e do vídeo.

No Quênia, Haji *et al.* (2016) avaliaram o impacto de mensagens de texto e lembretes, em forma de adesivos, para reduzir o abandono de crianças do programa de vacinação, e observaram que os cuidadores que receberam mensagens de texto foram menos propensos a abandonar em comparação com o controle (OR 0.2, CI 0.04-0.8). Não houve diferença estatística entre aqueles que receberam adesivos e controle (OR 0,9, IC 0,5-1,6).

Na Carolina do Norte, Estados Unidos da América, foi testada a eficácia de um programa de prevenção de traumatismo crânio-encefálico em recém-nascidos, os pais receberam orientação de uma enfermeira, com auxílio de cartilha e vídeo, antes da alta hospitalar, logo após o nascimento; posteriormente, eles receberam mensagens de reforço em consultas pediátricas e campanhas de mídia, por meio de comerciais de rádio. Foi possível observar diminuição na quantidade de ligações

telefônicas para serviços de enfermagem, a fim de obter informações sobre o comportamento de choro da criança, sem outros sintomas associados (ZOLOTOR *et al.*, 2015).

Chan *et al.* (2017), no Japão, examinaram se uma intervenção baseada na família, incluindo os pais fumantes e as mães que não fumam, seria eficaz no aumento da abstinência dos pais contra o tabagismo. Os mesmos foram divididos em grupo controle, que recebeu apenas um livreto e um folheto de autoajuda, e intervenção, que recebeu a intervenção familiar, incluindo 6 sessões individuais de orientação presencial e telefônica, conduzidas por enfermeiro, no prazo de 1 mês após o recrutamento, e uma sessão voluntária de aconselhamento familiar presencial. Os pais que participaram, deste último grupo, relataram maior tempo de abstinência, de 6 meses ($p < 0,01$), em comparação ao controle, e obtiveram mais ajuda e apoio das mães.

Por todo o exposto, nota-se que o uso de tecnologias educativas nas ações de educação em saúde é a principal ferramenta a ser utilizada na difusão de comportamentos e estilo de vida saudáveis e na prevenção de doenças, entre elas a diarreia. Entretanto, faz-se primordial que, inicialmente, sejam realizadas pesquisas que testem a eficácia de tais ferramentas, para que se possa garantir a usabilidade dessas tecnologias junto aos indivíduos, famílias e comunidades.

Assim, pretende-se com o presente estudo avaliar a eficácia de duas tecnologias educativas capazes de promover a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. É ressaltado aqui que se entende por eficácia o efeito potencial ou resultados desejados de uma intervenção em uma situação experimental (SILVA, 2005; RIBEIRO, 2006).

Portanto, defende-se a seguinte tese: a intervenção educativa utilizando tecnologias combinadas elevará mais a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil que o uso isolado de tecnologias.

Logo, esses materiais educativos poderão ser ferramentas úteis para auxiliar o enfermeiro no desenvolvimento de ações educativas e, conseqüentemente, contribuir para a prática assistencial desse profissional, junto às mães de crianças menores de cinco anos de idade, a fim de diminuir a morbidade por doença diarreica aguda, o que gera complicações à saúde da criança, além de custos às famílias e ao serviço público de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar os escores de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil entre as mães que: não participaram de nenhuma intervenção educativa, participaram de intervenções educativas isoladas e aquelas que receberam intervenções educativas combinadas.
- Identificar a ocorrência do episódio diarreico nas crianças cujas mães não participaram de nenhuma intervenção educativa e das que participaram de intervenções educativas isoladas e combinadas.

3 HIPÓTESES

- Os escores da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) das mães que participarão das intervenções educativas combinadas serão mais elevados comparados aos escores das mães que participarão das intervenções isoladas.
- O número de casos de diarreia nos filhos das mulheres que participarão das intervenções educativas combinadas será menor comparado ao número de casos nos filhos das mães que participarão das intervenções isoladas.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Tratou-se de uma pesquisa experimental, do tipo ensaio clínico randomizado. Nas pesquisas experimentais, o pesquisador é um agente ativo, pois há a manipulação intencional de uma ou várias ações ou intervenções para que se possam analisar os seus possíveis efeitos. Assim, manipulam-se uma ou mais variáveis independentes para avaliar as consequências da manipulação sobre uma ou mais variáveis dependentes dentro de uma situação controlada pelo pesquisador (SAMPIERI; COLLADO; LÚCIO, 2013).

Entre os estudos experimentais, destaca-se o ensaio clínico randomizado (ECR), que ocupa o maior nível de evidência científica, sendo considerado padrão ouro (POCOCK; ELBOURNE, 2000). No ECR, o pesquisador aplica uma ou diferentes intervenções e observa seus efeitos sobre os desfechos (HULLEY *et al.*, 2008). Logo, é capaz de fornecer a evidência mais confiável sobre a eficácia das intervenções de saúde (MOHER *et al.*, 2010).

Para ser assim classificada, a pesquisa deve possuir três propriedades essenciais: manipulação (o pesquisador faz alguma intervenção direcionada aos participantes do estudo); controle (o pesquisador introduz controles sobre a situação experimental, como grupo controle/comparação); e randomização (o pesquisador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle/comparação e experimental/intervenção) (POLIT; BECK, 2011).

Ademais, o ECR tem como principal vantagem a capacidade de demonstrar causalidade, o que decorre da alocação aleatória dos sujeitos nos diferentes grupos, podendo diminuir ou eliminar a influência de variáveis confundidoras, e do cegamento, que pode minimizar a possibilidade de os efeitos observados serem explicados por diferenças no uso de co-intervenções nos grupos experimental e controle ou por vieses na mensuração ou adjudicação dos desfechos (HULLEY *et al.*, 2008).

Na presente pesquisa, as intervenções foram caracterizadas pela aplicação de duas tecnologias educativas, cartilha e vídeo, que buscam promover a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Para tanto, as tecnologias foram aplicadas de maneira combinada ou isoladamente, de modo que as mães

participantes dos grupos de intervenção foram ser alocadas da seguinte forma: grupo intervenção A (receberam e leram uma cartilha educativa); grupo intervenção B (assistiram ao vídeo educativo); e grupo intervenção AB (receberam e leram a cartilha, bem como assistiram ao vídeo educativo). Além disso, adotou-se um grupo controle/comparação e a randomização em todos os grupos, para QUE o estudo contemplasse todas as propriedades necessárias de um ECR (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma representando o uso da cartilha e do vídeo como intervenções educativas.



Fonte: Própria pesquisadora, 2017.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V) de Fortaleza-CE. Este município encontra-se dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), as quais foram criadas com a responsabilidade de atender à população em suas respectivas áreas de abrangência, proporcionando condições para a melhoria da qualidade de vida e desenvolvimento de espaços de convivência saudáveis por meio de programas integrados de emprego e renda, melhoria do

acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte (RIBEIRO, 1997).

Em relação ao setor saúde, cada CORES possui redes assistenciais, a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; Rede Assistencial da Saúde Mental.

Os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) dos bairros da CORES V variam de 0,135 a 0,395, o que os classificam com baixo IDH (FORTALEZA, 2014). Segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), dos dez bairros de Fortaleza-CE com menor renda, seis estão localizados na CORES V (IPECE, 2012).

Além disso, consoante o Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética da Universidade Estadual do Ceará (LabVida), o Laboratório de Estudos da Conflitualidade da UFC (COVIO) e o Laboratório de Estudos da Violência da UFC (LEV), a CORES V possui o segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior apenas ao registrado pela CORES VI, e a taxa de acesso à rede de esgoto é a mais precária entre as seis CORES, com 24,56% (LABVIDA; COVIO; LEV, 2011).

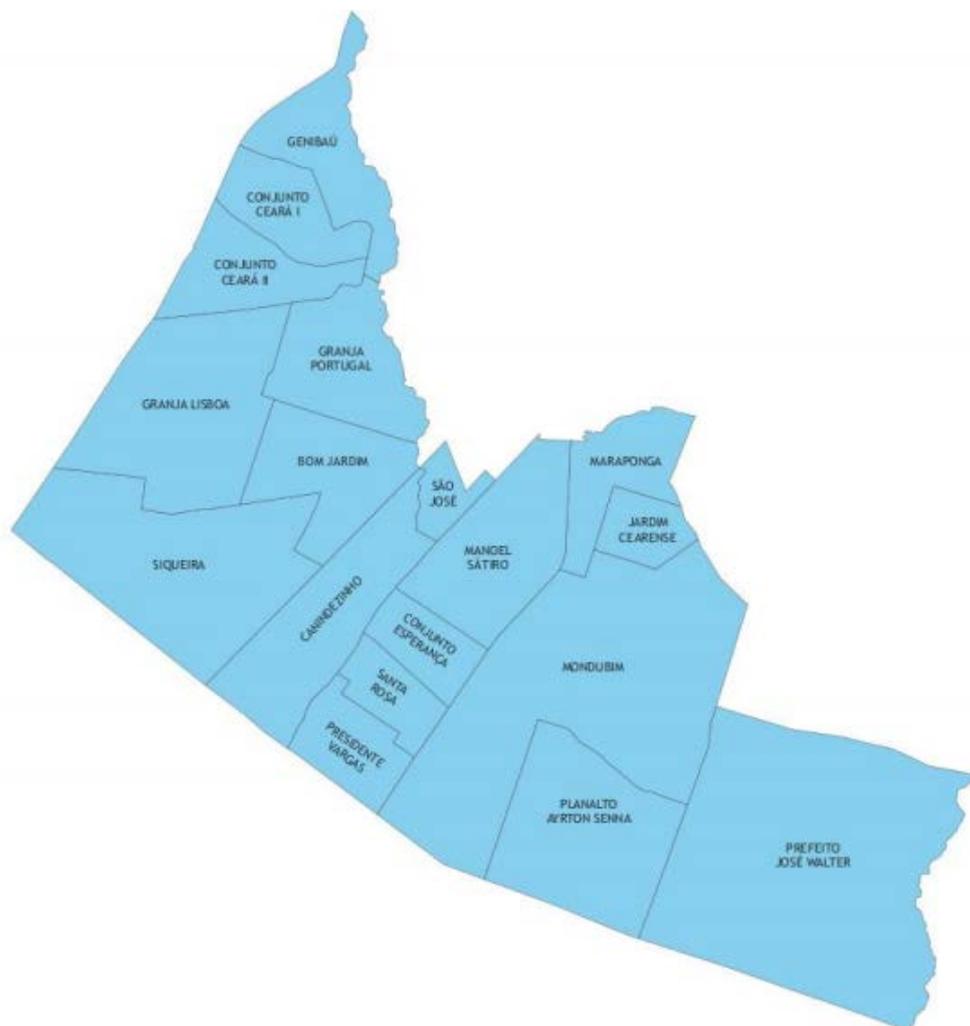
Ademais, no ano de 2015, a CORES V foi a que apresentou maior ocorrência de diarreia, com 3.526 casos, e, destes, 1.504 foram em crianças menores de cinco anos de idade (FORTALEZA, 2015). Salienta-se que, em 2016, esta Coordenadoria Regional de Saúde apresentou 3.621 casos de diarreia, dos quais 1.090 foram em crianças com idade inferior a cinco anos (FORTALEZA, 2016).

A CORES V possui, no que concerne à Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família, 20 UAPS, distribuídas em 18 bairros, conforme Figura 2, são eles: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança, Presidente Vargas, Planalto Ayrton Senna e Novo Mondubim.

O estudo foi desenvolvido em quatro UAPS da CORES V, as quais foram sorteadas de modo aleatório, a fim de contemplar os quatro grupos da pesquisa. Para o sorteio, os nomes de todas as unidades da CORES V foram digitados e impressos em papel A4, recortados, postos dobrados em um envelope pardo e, em seguida, a pesquisadora principal retirou quatro papéis. De modo que as unidades

sorteadas aleatoriamente foram: Argeu Herbster, José Walter, Siqueira e Zélia Correia.

Figura 2. Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde V (CORES V) do município de Fortaleza-CE.



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por mães de crianças menores de cinco anos de idade cadastradas ou atendidas em livre demanda nas UAPS selecionadas. Para tanto, foram adotados como critérios de inclusão no estudo: ser mãe com pelo menos um filho (a) com idade inferior a cinco anos, devendo este (a) ter sido acompanhado (a) ou atendido (a) nas UAPS selecionadas, e possuir

telefone celular ou fixo. Adotou-se como critério de exclusão: não saber ler, para aquelas dos grupos que tinham como intervenção a cartilha, e/ou mãe com limitação cognitiva, confirmada pela equipe da UAPS, que a impedisse de participar da (s) intervenção (ões) educativa (s) ou de responder à EAPDI e aos formulários.

Além disso, foram critérios de descontinuidade: desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados; mudança de residência da área adstrita à UAPS selecionada ou do número do telefone sem prévia comunicação aos pesquisadores ou falecimento da mãe ou da criança durante o transcorrer do estudo.

Para definição do tamanho amostral, partiu-se de um dos testes estatísticos aplicado: teste de χ^2 entre cada domínio da escala, o mais indicado se cada célula tem um número mínimo de cinco observações. Cada item da EAPDI possui cinco variações de resposta para cada item. Nessa situação, segundo Hill e Hill (2005) afirmam que é ideal que se tenha uma amostra mínima de 10 indivíduos multiplicando-se pelo número de células. Assim, teve-se: 10 multiplicado pelo número de grupos (4) e pela quantidade de variação de resposta em cada item da escala (5). Logo, $10 \times (4 \times 5) = 10 \times 20 = 200$ mães de crianças menores de cinco anos de idade; com acréscimo de 20%, ficaram 240 mães, de modo que cada grupo foi composto por, no mínimo, 60 participantes.

A amostra inicial foi de 241 mães, sendo que apenas o grupo vídeo possuía 61. Ademais, a amostragem foi não probabilística por conveniência, ou seja, aquela que envolve o uso de pessoas mais convenientemente possíveis (POLIT; BECK, 2011).

Vale-se ressaltar ainda que se optou, no presente estudo, pela randomização por conglomerados ou *cluster*, assim, os sujeitos, as mães de crianças menores de cinco anos de idade, foram randomizadas em grupos e não individualmente a partir das UAPS em que forem cadastradas ou atendidas (CAMPBELL *et al.*, 2012; LIMA, 2008). Este tipo de randomização exige que o pesquisador aloque aleatoriamente grupos ou conglomerados que ocorram naturalmente, adaptando melhor as questões de pesquisa sobre programas de saúde e seus efeitos na população; além de minimizar o risco de contágio entre os indivíduos (HULLEY *et al.*, 2008).

Assim, foram sorteadas inicialmente, dentro da CORES V, as quatro UAPS que participaram do estudo. Após este primeiro sorteio, realizou-se um

segundo, que determinou a qual grupo (intervenção A, intervenção B, intervenção AB e controle) pertenceria cada UAPS. Desse modo, na UAPS Argeu Herbster, obteve-se o grupo controle; no Siqueira, aplicou-se a cartilha (A); Zélia Correia, o vídeo (B); e, na UAPS José Walter, cartilha e vídeo (AB).

Destarte, a população de mães cadastradas ou atendidas em cada UAPS compôs um dos grupos da pesquisa, o que diminuiu ou eliminou a contaminação entre as participantes, ou seja, o compartilhamento de informações sobre as intervenções nos grupos. Isso foi possível porque cada UAPS possui uma área adscrita, ou seja, uma área definida e delimitada territorialmente, segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; BRASIL, 2017d). Assim, cada UAPS, com sua equipe, se responsabiliza pela assistência à saúde da população que no território adscrito reside.

4.4 Procedimentos de coleta dos dados

4.4.1 Intervenções educativas: vídeo e cartilha

As tecnologias educativas que constituíram as intervenções da presente pesquisa foram: o vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” e a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho”.

O vídeo foi construído à luz da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e a partir dos dois domínios da EAPDI, higiene da família e práticas alimentares/gerais, com IVC geral de 0,97, em validação com público-alvo (NASCIMENTO *et al.*, 2015). É apresentado em 16 minutos e 29 segundos, excluindo os créditos, e tem como personagens principais no vídeo, Luiza e seu filho, Mateus, e a enfermeira Emanuella. Mateus teve diarreia recentemente e Luiza retorna à unidade de saúde para receber orientações da enfermeira. Assim, ao longo do mesmo são enfatizados alguns cuidados a serem tomados pelas mães em seu cotidiano, além de melhorar a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil, de modo a facilitar que elas se sintam capazes de realizar atos preventivos da diarreia em seus filhos mesmo diante de algumas situações cotidianas adversas (JOVENTINO, 2010).

A cartilha educativa foi elaborada a partir da Teoria da Autoeficácia, da EAPDI e do roteiro do vídeo acima descrito. Na validação, com juízes especialistas, a mesma apresentou IVC global de 0,88 quanto à clareza de linguagem, 0,91 no que se refere à pertinência prática e 0,92 na avaliação da relevância teórica. Ademais, contém 32 páginas e está dividida em oito tópicos, são eles: 1. Como saber se a criança está com diarreia; 2. Como cuidar da higiene do seu filho; 3. Saiba como cuidar da sua higiene; 4. A limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; 5. Vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; 6. Veja como cuidar da alimentação do seu filho; 7. Saiba a importância da vacinação para seu filho; e 8. Como cuidar da criança com diarreia (SABINO, 2016).

4.4.2 Instrumentos de coleta dos dados

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro foi um formulário (ANEXO A), elaborado e validado por Joventino (2010), que trata do perfil sociodemográfico da amostra, como idade da mãe (em anos), escolaridade (anos de estudo), ocupação e renda familiar; das condições socioeconômicas e sanitárias do domicílio; e questões relacionadas à saúde da criança, como internação da criança no 1º mês de vida, se a criança possui alguma doença, se nasceu prematura, tempo de amamentação exclusiva, se ingere algum alimento pela mamadeira, como a mãe limpa o bico da mamadeira e a mamadeira e se ferve/escalda os utensílios utilizados na alimentação da criança, investigação sobre a ocorrência de diarreia aguda, cuidados prestados e manejo, vacinação contra o rotavírus, fontes de informação sobre como prevenir a diarreia, entre outras.

O segundo instrumento utilizado foi a EAPDI (ANEXO B), também elaborada e validada por Joventino *et al.* (2012). A escala é composta por 24 itens, 2 domínios: higiene da família, com 15 itens; e práticas alimentares/gerais, com 9 itens. O padrão de resposta varia dos itens varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Cada mãe, ao responder a EAPDI, poderá escolher apenas uma das cinco opções referidas. Assim, os escores totais da escala podem variar de 24 a 120 pontos, sendo que valor menor ou igual a 109 pontos é considerado como baixa autoeficácia; de 110 a 114 pontos, moderada autoeficácia; e igual ou maior a 115, elevada autoeficácia (JOVENTINO *et al.*, 2012).

O terceiro instrumento foi um formulário reduzido para investigação da diarreia infantil (ANEXO C) (JOVENTINO, 2010). O mesmo contempla questionamentos relacionados à ocorrência da diarreia (sim ou não), sinais e sintomas apresentados pela criança, cuidados prestados e manejo. O formulário apresenta ainda questões sobre a visita do agente comunitário de saúde à família e se a mãe recebeu orientação sobre prevenção da diarreia infantil.

Por fim, ressalta-se que para a utilização dos instrumentos citados, bem como do vídeo e da cartilha no presente estudo, foram enviadas cartas solicitando o uso dos mesmos às autoras (APÊNDICES C e D), as quais foram atendidas.

4.4.3 Coleta dos dados propriamente dita

A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2015. Inicialmente, a pesquisadora se dirigiu às UAPS para apresentar o projeto ao coordenador das unidades e, em seguida, iniciou as entrevistas com as participantes. As mães foram convidadas para participarem da pesquisa no momento em que levavam seus filhos para a consulta de puericultura, vacinação ou outro atendimento. Elas foram esclarecidas, individualmente, sobre o estudo e seus objetivos, e, logo após o aceite, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A e B).

A coleta dos dados aconteceu em uma sala reservada, conforme a disponibilidade das UAPS, garantindo assim o anonimato e sigilo das participantes. Nesta sala, estava presente apenas a participante do estudo e um membro da equipe de coleta de dados, levando consigo: instrumentos de coleta, o TCLE, em 02 vias e, no caso das intervenções, os materiais descritos adiante.

A coleta de dados foi realizada em três momentos no grupo controle: 1º momento- aplicação do formulário e da EAPDI; 2º momento- aplicação da EAPDI e do formulário reduzido de investigação da diarreia um mês após a primeira aplicação; e 3º momento- aplicação da EAPDI e do formulário reduzido de investigação da diarreia dois meses após a 1ª aplicação.

Ressalta-se que o 1º momento ocorreu na UAPS, enquanto os demais se deram por contato telefônico, pois inúmeros pesquisadores conseguiram eficácia por meio deste tipo de coleta (COSTA *et al.*, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2009; BARROS *et al.*, 2009; DODT, 2011; JOVENTINO, 2013).

Nos grupos intervenções do ECR, aconteceram também os três momentos citados acima, porém, após a primeira aplicação da EAPDI, as mães participaram das intervenções educativas, conforme Figura 1. Sendo assim, as mães que compuseram o grupo intervenção A leram a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” na própria UAPS, no período de 10 a 15 minutos; as mães do grupo intervenção B assistiram vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”; e as do grupo AB participaram das duas intervenções, primeiramente, leram a leitura da referida cartilha, em seguida, assistiram ao vídeo. As mães que receberam a cartilha educativa, a levaram para o domicílio.

Para os grupos que realizaram a leitura da cartilha, também foi disponibilizada uma sala reservada, onde as mães fizeram a leitura individualmente, com a presença da pesquisadora, a qual fez apenas a seguinte instrução: “senhora, você deverá fazer a leitura desta cartilha em voz alta e ficarei ao seu lado apenas para constatar que a mesma foi lida completamente”.

A exposição do vídeo foi realizada em sala reservada e atendendo à demanda de espaços das UAPS. Para tanto, foram disponibilizados quatro notebooks com fones de ouvido, assim, o vídeo foi apresentado individualmente a cada mãe, a qual teve a oportunidade de assisti-lo apenas uma vez, com a presença da pesquisadora principal. Esta fez apenas instruções para a mãe, como: “senhora, neste momento você irá assistir a um vídeo, por isso colocarei o fone de ouvido. Peço ainda que me informe caso o volume esteja baixo ou alto!”.

Ao final, da aplicação dos instrumentos e/ou intervenções, foi entregue às mães uma pasta contendo a EAPDI e uma ficha para que elas anotassem os dias de ocorrência da diarreia ao longo dos dois meses de acompanhamento do estudo, buscando-se, assim, minimizar a ocorrência de viés recordatório.

4.4.4 Treinamento dos avaliadores

Uma equipe de graduandos, mestrandos e doutorandos em enfermagem foi treinada para a coleta dos dados, da linha de pesquisa Enfermagem e Educação em Saúde do Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE), cadastrado no diretório de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O treinamento teve duração de oito horas,

ocorrendo em dois dias diferentes, nos quais foram apresentados e discutidos com o grupo os objetivos, as técnicas e instrumentos de coleta de dados.

É válido destacar que cada integrante da equipe recebeu uma pasta contendo o cronograma da coleta de dados e todos os instrumentos. Além disso, o treinamento foi destinado ao detalhamento dos instrumentos de coleta de dados e dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) (APÊNDICES E, F e G), que foram elaborados a fim de permitir uma coleta segura e similar por toda a equipe. Os integrantes foram divididos em duplas para a realização de simulações da coleta presencial e das ligações telefônicas. Ademais, no momento da coleta, eles não foram informados sobre os grupos aos quais as mães participantes do estudo pertenciam, para garantir cegamento.

4.5 Análise dos dados

O banco de dados foi digitado e analisado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 20.0. A análise exploratória dos dados constou de estatística descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, apresentada por meio de tabelas e gráficos e discutidos conforme literatura pertinente ao tema. Foi realizada também estatística analítica, pois os grupos formados foram comparados na linha de base (antes das intervenções) e um mês e dois meses após, utilizando-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson, e na comparação entre os grupos também foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson, Teste Anova e o Teste de Razão de Verossimilhança, considerando-se um alfa crítico de 0,05.

É necessário destacar que em algumas tabelas, por ausência de dados no instrumento de coleta, tendo em vista que as entrevistas não responderam, o quantitativo do grupo na variável assinalada não fecha com a quantidade de entrevistadas no grupo.

4.6 Aspectos éticos

Salienta-se que este estudo se trata de um recorte projeto de pesquisa “O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil”, que encaminhado, primeiramente, à Coordenadoria e Gestão de

Trabalho e Educação em Saúde (Cogets), pertencente à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza-CE, para obtenção do termo de anuência ou autorização institucional (ANEXO D). Em seguida, foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela UFC, com parecer 1.116.855 (ANEXO E). O presente ECR foi registrado e aprovado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (Rebec), com número de registro RBR-6974xz (ANEXO F).

A todas as participantes do estudo foram esclarecidos os objetivos e solicitada a assinatura dos TCLE, elaborados com termos e linguagem adequados, por meio destes termos serão garantidos o sigilo, o anonimato e o direito de as participantes deixarem de participar da pesquisa em qualquer momento, sem acarretar danos à sua saúde, obedecendo, desse modo, aos seguintes princípios bioéticos: autonomia, não maleficência, maleficência e justiça. Os termos foram elaborados em duas vias, ficando uma sob responsabilidade da pesquisadora e a outra do participante, consoante preconiza a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2013).

O risco previsível que poderia acontecer durante a coleta de dados era o constrangimento, devido à possibilidade de as participantes terem suas respostas identificadas por pessoas não ligadas à pesquisa. Entretanto, esses riscos foram prevenidos pela equipe de coleta de dados, visto que as participantes foram chamadas a responder os instrumentos em sala reservada, a fim de que somente àqueles tivessem acesso às informações das participantes. Ao mesmo tempo, adotou-se, para a preservação da identidade das mesmas, a identificação por iniciais do nome e numeral arábico crescente, respeitando a ordem em que as entrevistas aconteceram, o qual foi registrado nos instrumentos de coleta de dados e no TCLE.

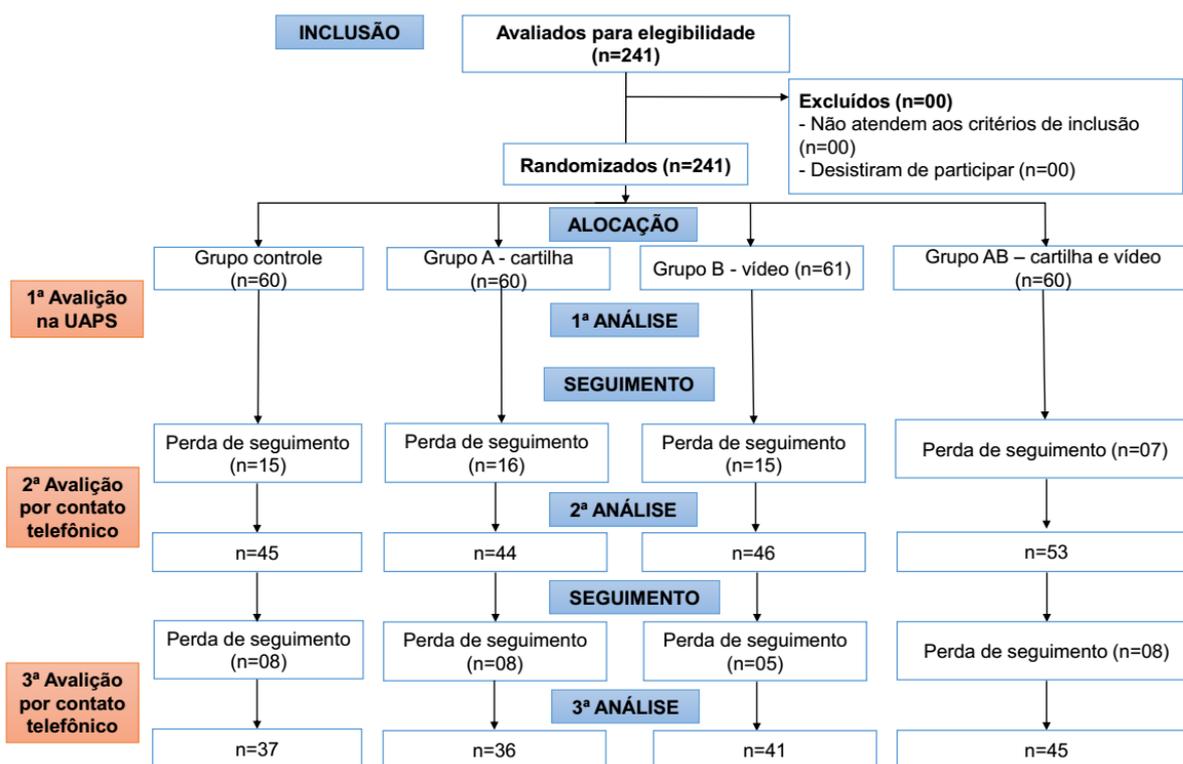
Vale-se destacar que esta pesquisa apresenta benefícios futuros e indiretos, visto que os resultados contribuem para a identificação da eficácia de tecnologias educativas que previnam a diarreia infantil, as quais podem ser utilizadas nas práticas de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros ou outros profissionais de saúde, para tornar as mães confiantes na promoção da saúde dos seus filhos e na prevenção da doença diarreica aguda.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização de linha de base das participantes do estudo

No 1º momento da coleta de dados, nas próprias UAPS, participaram, do grupo controle, 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade; do grupo cartilha (A), 60 mães; do grupo vídeo (B), 61 mães; e do grupo cartilha e vídeo (AB), 60 mães entrevistadas. Ao longo do acompanhamento houve perdas, pois, algumas mulheres não atenderem ao telefone móvel após três tentativas consecutivas ou pelo mesmo estar desligado, bem como pela mudança de número não informada à equipe de coleta de dados, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma com a distribuição das participantes do estudo nos grupos.



Fonte: própria pesquisadora.

Ao todo, participaram, na coleta de dados nas UAPS, 241 mães de crianças menores de cinco anos de idade, distribuídas em quatro grupos, consoante o fluxograma anterior. Averiguou-se com essas mulheres as variáveis demográficas, socioeconômicas e sanitárias (Tabela 1) e de saúde da criança (Tabela 2), a fim de definir a linha de base da população pesquisada.

Na definição de linha de base, 1º momento deste estudo, instituiu-se o teste de homogeneidade, necessário em ECR para se verificar semelhanças entre os grupos e, assim, revelar se o estudo possui validade ou coerência interna (SCHULZ; GRIMES, 2002; POLIT; BECK, 2011).

TABELA 1 - Características demográficas e socioeconômicas das mães e sanitárias dos domicílios, segundo os grupos do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	GRUPOS								p*
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade									
Até ensino fundamental	33	55,9	28	46,7	41	67,2	25	41,7	0,066
Ensino médio	25	42,4	28	46,7	17	27,9	29	48,3	
Ensino superior	1	1,7	4	6,6	3	4,9	6	10,0	
Estado civil									
Com companheiro	41	71,9	49	81,7	48	78,7	52	86,7	0,248
Sem companheiro	16	28,1	11	18,3	13	21,3	8	13,3	
Número de pessoas na residência									
De 2 a 3 pessoas	16	26,7	23	38,4	21	34,4	23	38,4	0,451
De 4 a 5 pessoas	31	51,6	26	43,3	34	55,7	26	43,3	
De 6 a 15 pessoas	13	21,7	11	18,3	6	9,9	11	18,3	
Renda familiar mensal									
Até 1,0 SM	31	54,4	28	50,0	35	63,6	24	41,4	0,082
De 1,1 a 2,0 SM	20	35,1	23	41,1	18	32,8	22	37,9	
De 2,1 a 8,8 SM	6	10,6	5	8,9	2	3,6	12	20,7	
Número de filhos vivos									
1 filho	27	45,0	27	45,0	22	36,1	21	35,0	0,799
2 filhos	20	33,3	18	30,0	23	37,7	20	33,3	
3 a 10 filhos	13	21,7	15	25,0	16	26,2	19	31,7	
Tipo de casa									
Tijolo com reboco	51	86,4	47	78,3	52	85,2	54	93,1	0,152
Outros	8	13,6	13	21,7	9	14,8	4	6,9	
Sabão próximo às torneiras									
Sim	55	94,8	57	96,6	49	92,5	52	94,5	0,811
Não	3	5,2	2	3,4	4	7,5	3	5,5	
Tipo de sanitário									
Com descarga	49	81,7	49	84,5	45	75,0	53	89,8	0,190
Sem descarga	11	18,3	9	15,5	15	25,0	6	10,2	

*Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Conforme a Tabela 1, é possível observar que os quatros grupos foram semelhantes no que diz respeito a características demográficas, socioeconômicas e sanitárias: escolaridade (p=0,066), estado civil (0,248), número de pessoas na

residência ($p=0,451$), renda familiar mensal ($p=0,082$), número de filhos vivos ($p=0,799$), tipo de casa ($p=0,152$), sabão próximo às torneiras ($p=0,811$) e tipo de sanitário ($p=0,190$).

A respeito da escolaridade das mães entrevistadas, considerando o somatório dos quatro grupos, a maioria das integrantes tinha até o ensino fundamental. Um ECR realizado por Joventino *et al.* (2016), com grupos controle e intervenção, que objetivou avaliar a eficácia do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, corrobora com este achado, pois revelou, em comparação da linha de base, que houve predomínio de mães com cinco a oito anos de estudos em ambos os grupos.

A baixa escolaridade materna influencia o desenvolvimento de práticas inadequadas de higiene, alimentação infantil e de saneamento e ainda de desmame precoce, que por sua vez são fatores predisponentes para a ocorrência da diarreia na infância (MIHRETE; ALEMIE; TEFERRA, 2014).

Assim, Cronin *et al.* (2016), a partir de dados da Pesquisa Demográfica de Saúde na Indonésia, avaliaram os determinantes para a doença diarreica entre crianças menores de 24 meses de idade e identificaram associação estatisticamente significativa entre escolaridade materna e a ocorrência desse agravo ($p=0,04$) e que, entre as mães com ensino fundamental, os casos da doença foram mais prevalentes. Do mesmo modo, Azage *et al.* (2016), em estudo transversal, desenvolvido em duas regiões distintas de Amhara, na Etiópia, revelaram associação entre a diarreia infantil ocorrida em crianças menores de cinco anos e o nível de escolaridade materna ($p<0,001$).

Sobre o estado civil, constata-se, pela Tabela 1, que a maioria das participantes dos quatro grupos do presente ECR possuía companheiro. Semelhantemente, na Etiópia, pesquisas que investigaram fatores associados à diarreia infantil, revelaram que a maioria das mães eram casadas (MAMO; HAILU, 2014; AZAGE *et al.*, 2016).

Para Pinzón-Rondón *et al.* (2015), a família nuclear, formada pelo pai e mãe e um ou mais filhos, é fator de proteção das crianças, de modo a evitar a ocorrência da doença diarreica na infância.

Pesquisa qualitativa que investigou a experiência da paternidade aos três meses de idade do bebê, mostrou que os pais, em maioria, afirmaram desenvolver cuidados rotineiros ou eventuais com o filho e decidir juntamente com a mãe sobre

como o mesmo deveria ser cuidado, bem como ter preocupação com a prevenção e tratamento de doenças (GONÇALVES *et al.*, 2013).

No que concerne ao número de pessoas morando no mesmo domicílio, em todos os grupos, havia predominantemente de 4 a 5 indivíduos. Corroborando com esse achado, na Indonésia, observou-se que grande parte das famílias tinha mais de 4 membros e foi nestas que a prevalência de diarreia em crianças menores de 24 meses foi maior, 19,1% comparado a 16,8%, em grupos familiares menores (CRONIN *et al.*, 2016). No sul de Moçambique, África, foi desenvolvida uma investigação para identificar as causas e os fatores de risco para a diarreia entre crianças de 0 a 59 meses de idade, a qual revelou que as famílias possuíam de 6 a 7 indivíduos (NHAMPOSSA *et al.*, 2015).

Em Rio Branco-AC, Brasil, o número maior de residentes no domicílio foi associado à história de diarreia ($p < 0,05$) (CESARIO; TAVARES-NETO, 2006). Sabe-se que, por se tratar de uma doença infectocontagiosa, que pode ser transmitida de pessoa a pessoa por água e/ou alimentos contaminados, a diarreia é uma doença comum em condições de conglomerados humanos.

Em relação à renda familiar mensal, boa parte das mães, dos quatro grupos da presente pesquisa, afirmou que, ao mês, a família recebia um salário mínimo. Corroborando com isso, em Dakha, Bangladesh, muitos participantes de uma pesquisa declararam ter baixa renda; no entanto, quando investigada a ocorrência de diarreia infantil, esse agravamento foi mais prevalente entre as famílias de alta renda (DAS *et al.*, 2013). Já Cronin *et al.* (2016) identificaram que a doença diarreica na infância manteve associação estatisticamente significativa com baixa renda ($p = 0,013$).

Para Azage *et al.* (2016), o nível mais baixo de renda é um fator individual e familiar que contribui para a ocorrência da diarreia infantil. Ximenes Neto *et al.* (2010) afirmam ainda que a renda de até um salário mínimo não satisfaz as necessidades básicas da família e os cuidados à criança podem ser deficitários, a depender da prioridade familiar para gastar seu recurso. Ademais, uma boa renda familiar repercute nos níveis sanitários individuais e coletivos das famílias e influencia o modo que se presta o cuidado à criança, pois, o poder aquisitivo implica outros aspectos, como a higiene, a nutrição e na própria escolaridade dos pais e dos filhos.

Ainda sobre a comparação em linha de base e em se tratando do número de filhos vivos, em todos os grupos as mães relataram, em maior parte, possuir apenas um, exceto o grupo B (vídeo), em que elas tinham 2 filhos. De forma semelhante, em pesquisa sobre o conhecimento das mães sobre o manejo da diarreia infantil, desenvolvido no Irã, mais da metade das entrevistadas tinham apenas um filho. Esse estudo evidenciou também que o nível de conhecimento dessas mulheres manteve relação estatisticamente significativa com o número de filhos ($p=0,005$), mas é válido ressaltar que todas as participantes tinham conhecimento inadequado sobre a diarreia (GHASEMI *et al.*, 2013).

No Brasil, resultados da Primeira Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de Pessoas Indígenas evidenciaram que a maioria das famílias possuía de 2 a 3 filhos menores de cinco anos de idade e que o risco de diarreia foi maior entre aquelas que possuíam mais de duas crianças (ESCOBAR *et al.*, 2015).

Ainda conforme consta na Tabela 1, o tipo de casa relatado por muitas participantes foi de tijolo com reboco. Concordando com isso, pesquisa desenvolvida em Guarulhos-SP, Brasil, a fim de verificar associação entre ocorrência de diarreia em crianças de 0 a 2 anos de idade e as características delas, condições de saneamento e tipo de moradia, revelou que muitas famílias residiam em casas com tijolo; além disso, a construção de domicílios por materiais que não o tijolo foi considerada como fator de risco para a ocorrência de diarreia infantil ($p<0,001$) (PAZ; ALMEIDA; GÜNTHER, 2012).

Em face disso, é primordial destacar que a higienização da parede rebocada é mais facilmente realizada do que aquelas de taipa ou tábuas, o que reduz a probabilidade de alojamento de insetos, vetores de inúmeras doenças (JOVENTINO *et al.*, 2013b).

Na Tabela 1, consta também informações acerca da presença de sabão próximo às torneiras, sobre isso as mães de todos os grupos, majoritariamente, referiram ter este produto de limpeza, sendo um achado importante porque pode facilitar a lavagem das mãos com água e sabão, entretanto, esta tenha sido uma limitação da pesquisa, por não se ter avaliado esta prática.

Cronin *et al.* (2016) também revelaram que a maioria das famílias investigadas tinha sabão disponível para a lavagem das mãos, no entanto, não foi possível confirmar a prática correta de lavagem das mãos do cuidador com a disponibilidade

de sabão no local. Porém, enfatiza-se que a ocorrência de diarreia infantil foi mais frequente (24,9%) naquelas que não havia disponibilidade desse produto.

A lavagem das mãos com água e sabão é posta como um dos pontos principais para controle da doença diarreica na infância (UNICEF; WHO, 2009; WHO; UNICEF, 2013). Por isso e também seguindo recomendações da WHO e da Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 2011, uma campanha para incentivar a lavagem das mãos com água e sabão entre as crianças com idade escolar, tornando-as multiplicadoras (BRASIL, 2011).

Quanto ao cuidador da criança, este deve ser orientado sobre a execução da lavagem das mãos, principalmente, nas seguintes situações: antes de preparar/manipular alimentos; antes de alimentar a criança e depois de limpá-la quando ela apresenta eliminações vesical e/ou intestinal; após mexer na lixeira; e depois de ir ao banheiro. Esses itens comportamentais são abordados na EAPDI e Lopes *et al.* (2013) verificaram predomínio das mães que relataram concordar com a realização dos mesmos, quando a referida escala foi aplicada.

Acerca do tipo de sanitário, a maior parte das participantes dos quatro grupos afirmou que na residência havia esse aparelho com descarga, corroborando com estudo realizado por Joventino *et al.* (2013b), em Fortaleza-CE.

Contudo, por meio de inquérito realizado em dezesseis estados do Norte e três cidades do Sul do Sudão, observou-se que a maioria das residências possuía apenas latrinas e outras não tinham nenhum tipo de instalação sanitária (SIZIYA; MUULA; RUDATSIKIRA, 2013). Já no Leste da Etiópia, em boa parte das residências não havia disponibilidade de nenhuma instalação sanitária, sendo verificado um risco de 1,54 vezes para ocorrência de doença diarreica na infância (MENGISTIE; BERHANE; WORKU, 2013).

Para Atencio *et al.* (2013), a investigação do tipo de instalação sanitária e se o aparelho possui descarga é importante porque a maneira como ocorre a eliminação das fezes é um fator para a transmissão de rotavírus, principal agente causador da diarreia infantil, assim, o uso de latrinas e de campo aberto aumenta a possibilidade de infecção por este agente viral. Joventino *et al.* (2013b) e Escobar *et al.* (2015) acrescentam ainda que é fundamental que o sanitário seja conectado a um sistema de esgoto para diminuir o número de casos de diarreia, de modo a favorecer a eliminação segura de fezes.

É válido destacar que, em investigação realizada com crianças menores de cinco anos que foram atendidas na área de observação do Hospital Infantil e Hospital Universitário de Maracaibo, Venezuela, a maior porcentagem de crianças vacinadas contra o rotavírus tinha instalação sanitária em casa, mesmo assim, algumas apresentaram episódios diarreicos. Isso indica a falta de higiene pessoal, especificamente na lavagem das mãos (ATENCIO *et al.*, 2013).

Logo, ratifica-se aqui a necessidade de intervenções de educação em saúde que enfatizem ações de prevenção da diarreia infantil, como lavagem correta das mãos com água e sabão e eliminação das fezes em local apropriado, a fim de dificultar a veiculação ou contaminação das crianças por microrganismos causadores desse agravo.

Investigou-se também, para testar a homogeneidade entre os grupos, em linha de base, variáveis relacionadas à saúde dos filhos das mulheres participantes da presente pesquisa (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas à saúde dos filhos das mulheres entrevistadas, segundo os grupos de pesquisa. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	GRUPOS								p*
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo da criança									
Masculino	37	61,7	31	51,7	30	49,2	29	48,3	0,436
Feminino	23	38,3	29	48,3	31	50,8	31	51,7	
Criança frequente creche/escola									
Sim	26	43,3	17	28,3	16	26,7	17	29,3	0,180
Não	34	56,7	43	71,7	44	73,3	41	70,7	
Ajuda para cuidar do filho									
Sim	32	53,3	38	63,3	34	56,7	34	56,7	0,730
Não	28	46,7	22	36,7	26	43,3	26	43,3	
Possui alguma doença									
Sim	6	10,0	2	3,3	8	13,8	7	11,7	0,244
Não	54	90,0	58	96,7	50	86,2	53	88,3	
Nasceu prematura									
Sim	9	15,0	10	16,7	10	17,5	2	3,3	0,076
Não	51	85,0	50	83,3	47	82,5	58	96,7	
Mamou exclusivamente por 6 meses									
Sim	17	28,3	19	32,2	17	28,3	20	33,3	0,903
Não	43	71,7	40	67,8	43	71,7	40	66,7	

(continua)

Variáveis	GRUPOS								p*
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Usa mamadeira									
Sim	37	61,7	37	61,7	29	47,5	39	65,0	0,208
Não	23	38,3	23	38,3	32	52,5	21	35,0	
Higiene do bico e da mamadeira									
Adequado**	7	18,9	8	21,6	12	41,4	10	25,6	0,180
Inadequado***	30	81,1	29	78,4	17	58,6	29	74,4	

*Teste de Qui-quadrado de Pearson.

**Lava com água e sabão.

***Lava com água e sabão e ferve/escalda o bico e/ou a mamadeira.

Foram notadas, segundo consta na Tabela 2, semelhanças entre os grupos: sexo da criança ($p=0,436$), criança estuda ($p=0,180$), ajuda para cuidar do filho ($p=0,730$), se a criança possui alguma doença ($p=0,244$), se nasceu prematura ($p=0,076$), se mamou exclusivamente ($p=0,903$), usa mamadeira ($p=0,208$), e higiene do bico e da mamadeira ($p=0,180$).

Em dois grupos, controle e cartilha (A), a maioria dos filhos, menores de cinco anos, das mulheres entrevistadas era do sexo masculino. Já nos grupos vídeo (B) e vídeo e cartilha (AB), as crianças eram predominantemente do sexo feminino. De modo discordante desse achado, em Moçambique, África, estudo do tipo caso-controle identificou, em comparação de linha de base de grupos formados por três diferentes faixas etárias, que, majoritariamente, as crianças eram do sexo masculino (NAHMPOSSA *et al.*, 2015).

Na Indonésia, pesquisa sobre a ocorrência da doença diarreica entre indivíduos menores de 24 meses de idade, revelou que boa parte das crianças era do sexo masculino e a diarreia foi mais comum entre eles. Mas, é válido ressaltar que não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis, porém, observou-se que o sexo masculino tem 1,16 chances de ter diarreia quando comparado às meninas (CRONIN *et al.*, 2016). Já para Pinzón-Rondón *et al.* (2015), em investigação transversal e transnacional, o sexo feminino foi associado à diarreia infantil ($p<0,001$).

Estudo retrospectivo, realizado a partir de dados de pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, revelou que, entre crianças de 0 a 6 anos de idade internadas por doença diarreica, a maioria era meninos.

Entretanto, quando associado o sexo com o grupo de diarreia menos grave e o de casos mais graves, notou-se que as meninas apresentaram a doença de forma mais severa, havendo associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,046$) (ROCHA *et al.*, 2012).

Em contrapartida, Mamo e Hailu (2014) identificaram que o sexo masculino foi o mais frequente. Tal achado pode se relacionar ao fato de os meninos serem mais ativos em suas brincadeiras e explorarem mais o ambiente, o que permite maior contato dos mesmos com microrganismos causadores de doenças. Além disso, para Casanova, Colomer e Starfield (1996), as crianças do sexo masculino tendem a adoecer mais porque o sistema imunológico é mais debilitado e tem menor resposta para infecções bacterianas.

Ainda na Tabela 2, em todos os grupos, foi relatado de modo predominante que as crianças não estudam nem frequentam nenhuma instituição, o tendo em vista que são crianças em idade pré-escolar. Contrariamente, em Diamantino-MG, estudo quantitativo, com crianças menores de cinco anos de idade acometidas com diarreia, identificou que a maioria frequentava escola ou creche (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Reforça-se aqui novamente que a vivência em conglomerados deixa as crianças mais vulneráveis à contaminação por agentes causadores de doenças. Em face disso, Pedraza, Queiroz e Sales (2014) afirmam que as infecções parasitárias são problemas comuns nas crianças institucionalizadas em creches, de modo que a frequência à creche um fator importante no desenvolvimento dessas doenças. Ressaltam que tais problemas podem se relacionar a diversas características, entre elas as que se dizem respeito à creche, como a aglomeração e as condições higiênicas.

Considerando a necessidade de um cuidado integral para se prevenir doenças e promover a saúde das crianças, os profissionais de saúde da ESF, especialmente o enfermeiro, precisam desenvolver ações de educação em saúde nesses espaços. Isso é relevante, pois, segundo Oliveira, Santos e Silva (2012), a criança é uma grande multiplicadora de informações e leva ao lar as orientações adquiridas, transformando-as em conhecimento para a vida toda.

No que concerne à ajuda recebida para cuidar do filho, majoritariamente, as mães dos quatro grupos da presente investigação disseram recebê-la. Do mesmo modo, Joventino *et al.* (2013b) revelaram que muitas mulheres entrevistadas

recebiam ajuda para cuidar de suas crianças. Em ambos os estudos, as mães eram as principais cuidadoras dos filhos.

Investigações realizadas em Moçambique e na área rural do Gâmbia, África, bem como no Líbano, Ásia, identificaram que as mães eram as principais cuidadoras dos filhos (NHAMPOSSA *et al.*, 2015; SAHA *et al.*, 2013; WEBAIR; BINGOUTH, 2013). Farag *et al.* (2013) e Omore *et al.* (2013) apontaram, em pesquisas, que os cuidadores principais das crianças, de forma majoritária, era um dos pais das crianças.

Sabe-se que comportamentos e condições maternas, até mesmo de outros cuidadores, podem ser fatores de proteção ou de risco para o adoecimento dos filhos. Ademais, se essas mulheres recebem apoio dos parceiros e/ou familiares para o cuidado às crianças, de modo mais eficaz conseguirão prevenir as doenças e promover a saúde daquelas.

A despeito de a criança possuir alguma doença ou ter nascido prematuramente, a grande maioria das entrevistadas afirmou que não. Semelhantemente, evidenciou, em Redenção-CE, Brasil, que boa parte dos filhos das entrevistadas não possuíam doença e nem nasceram prematuros (BEZERRA, 2016). É necessário ressaltar, que, fisiologicamente, indivíduos em adoecimento ou que nasceram com idade gestacional inferior a 37 semanas possuem deficiências imunológicas que podem predispor à ocorrência de doenças secundárias e/ou oportunistas, entre elas a diarreia.

Acerca da amamentação exclusiva, nota-se, na Tabela 2, que em todos os grupos as mães relataram, de forma prevalente, que não a realizaram. De modo discordante, Oliveira *et al.* (2017b) e Berhe e Berhane (2014) apresentaram, em seus estudos, que boa parte das crianças foram amamentadas exclusivamente.

O aleitamento materno exclusivo por seis meses e a amamentação contínua, até os dois anos de idade, com alimentação suplementar adequada reduz o início e a gravidade da diarreia (UNICEF; WHO, 2013). Santos, Correa e Falbo (2015) identificaram, que a maioria das mães, em Pernambuco, Brasil, sabem sobre isso, o que favorece a prática da amamentação exclusiva e, conseqüentemente, a prevenção desse agravo na infância.

Ademais, além de favorecer a passagem de anticorpos produzidos pela mãe para ao bebê, a amamentação exclusiva é tida como um fator de proteção porque também diminui a exposição da criança a ambiente, utensílios e alimentos

contaminados (AGUSTINA *et al.*, 2015; AZAGE *et al.*, 2016). Logo, as crianças que têm alimentação complementar iniciada antes dos seis meses de idade têm 6,81 mais chances de desenvolver diarreia (AZAGE *et al.*, 2016).

Em relação ao uso da mamadeira na alimentação da criança e maneira como a mesma é higienizada, prevalentemente, exceto no grupo vídeo, as entrevistadas afirmaram que a utilizam para alimentar os filhos e que, além de lavar com água e sabão, ferviam/escaldavam o bico e/ou a mamadeira. Em Redenção-CE, grande parte das crianças não utiliza a mamadeira, mas, entre as que a usavam, as mães costumavam escaldar o bico e/ou a mamadeira (BEZERRA, 2016).

O uso da mamadeira é contraindicado pela *WHO* porque interfere nas ótimas práticas de amamentação, ocasionando a diminuição da sucção ao seio materno e, conseqüente, desmame precoce, e por ser associado a morbimortalidade por diarreia, pois pode favorecer a colonização de microrganismos, porque está em contato direto com o ambiente e não ser higienizada adequadamente (WHO, 2008; ABREU *et al.*, 2016).

Pelo apresentado, houve semelhança em linha de base entre os grupos. E, pela discussão apresentada, sabe-se que as variáveis investigadas podem ser fatores de risco para a ocorrência da doença diarreica na infância, bem como são condições que podem influenciar a autoeficácia materna na prevenção desse agravo.

A autoeficácia deve ser avaliada periodicamente, para se verificar os efeitos das experiências de cada indivíduo sobre as próprias competências pessoais, pois, continuamente, as ações e crenças de autoeficácia podem ser influenciadas por fatores pessoais (cognições, afetos e eventos biológicos), comportamentais e ambientais (PAJARES; OLAZ, 2008).

Nesse contexto, há influência das variáveis sociodemográficas, sanitárias e de saúde da criança sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. A respeito disso, estudos identificaram que mulheres, com autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, em boa parte, possuíam de 11 a 13 anos de estudo (JOVENTINO *et al.*, 2014), tinham companheiro e um filho, residiam com 4 a 5 pessoas, em domicílios de tijolo com reboco e sanitário com descarga (JOVENTINO *et al.*, 2013b; OLIVEIRA *et al.*, 2017b). Ademais, mães que executavam a lavagem das mãos com água corrente e sabão e que afirmaram ter

renda familiar de meio até um salário mínimo também demonstraram autoeficácia elevada para prevenir a doença diarreica em seus filhos (OLIVEIRA *et al.*, 2017b).

Em relação às variáveis de saúde da criança, mães de meninas se sentiram mais confiantes para prevenir a diarreia infantil (JOVENTINO *et al.*, 2013b; ANDRADE *et al.*, 2015), bem como aquelas que recebiam ajuda para cuidar dos filhos (JOVENTINO *et al.*, 2013b), que os amamentaram exclusivamente (JOVENTINO *et al.*, 2013b) e que não usavam mamadeira na alimentação dos mesmos (OLIVEIRA *et al.*, 2017b). Além do mais, o fato da criança não ter nascido prematura e não ter nenhuma doença tornou a autoeficácia materna mais elevada (OLIVEIRA *et al.*, 2017b).

5.2 Efeito das intervenções educativas sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil

Tabela 3 – Comparação das médias da escala total e dos domínios antes e após a intervenção. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

ESCORES DA EAPDI	GRUPOS								p*
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	\bar{X}	$\pm DP$	\bar{X}	$\pm DP$	\bar{X}	$\pm DP$	\bar{X}	$\pm DP$	
Antes da intervenção									
Escala total	112,0	6,85	112,1	7,70	109,5	8,60	111,2	6,69	0,206
Práticas gerais/alimentares	40,6	3,44	40,9	3,98	40,2	3,97	41,0	3,17	0,619
Higiene da família	71,3	4,27	71,2	4,56	69,3	5,37	70,1	4,18	0,050
1 mês depois da intervenção									
Escala total	115,4	7,53	115,6	7,93	116,1	6,11	117,5	4,60	0,395
Práticas gerais/alimentares	42,9	3,28	43,3	3,13	43,4	2,55	43,8	2,02	0,432
Higiene da família	72,5	4,74	72,3	5,06	72,7	3,89	73,7	2,86	0,342
2 meses depois da intervenção									
Escala total	114,5	7,95	115,3	7,96	113,4	19,21	117,5	4,36	0,400
Práticas gerais/alimentares	42,6	3,03	43,2	3,29	43,3	2,64	43,9	1,81	0,241
Higiene da família	71,9	5,12	72,0	4,83	72,9	3,99	73,2	2,71	0,229

*Teste Anova.

A Tabela a ilustra a média da escala total e dos dois domínios da EAPDI (práticas gerais/alimentares e higiene da família) comparando-se os quatro grupos.

Ao se analisar a aplicação da EAPDI antes das intervenções, ainda na linha de base (1º momento), observa-se proximidade nas médias da escala total,

com apenas 2,6 pontos de diferença entre a maior e a menor média, e pode-se ainda afirmar a semelhança dos grupos, visto que, nesse momento não existiu associação estatisticamente significativa entre os mesmos.

Ressalta-se ainda que, na linha de base, o grupo A (cartilha) apresentou maior média da escala total (112,1 pontos), mas, na avaliação dos domínios, o grupo cartilha e vídeo (AB) se sobressaiu nas práticas alimentares/gerais, 41,0 pontos, e o controle, em higiene da família, 71,3 pontos. Destaca-se também que, no 1º momento, não houve significância estatística entre os domínios da EAPDI e os diferentes grupos, o que reforça a semelhança entre os mesmos.

Embora não se tenha percebido associação estatisticamente significativa entre a escala total/domínios e os grupos em um mês após a intervenção (2º momento), nota-se que houve aumento da média dos escores da EAPDI, com ênfase no grupo controle que apresentou menor diferença, de 3,4 pontos, e o vídeo (B), maior diferença, 6,6 pontos. Entretanto, a maior média foi do grupo cartilha e vídeo (AB), 117,5 pontos, o qual também apresentou médias mais elevadas nos dois domínios: práticas gerais/alimentares, com 43,8 pontos, e higiene da família, 73,7 pontos.

Os domínios da EAPDI, segundo Joventino (2013), abordam fatores intrínsecos às mulheres para realização dos cuidados às crianças, como motivação, desejo e satisfação, bem como fatores extrínsecos, ou seja, ações que devem ser realizadas por elas para prevenir a diarreia infantil. O domínio de práticas gerais/alimentares da EAPDI se relaciona à confiança da mãe sobre as práticas alimentares infantis, como amamentação, bem como à higiene dos alimentos, antes do preparo da comida, e à higiene da criança e da família antes das refeições. E da higiene da família contempla aspectos sobre os comportamentos higiênicos que a mãe deve adotar com o filho e com a família.

Os níveis elevados ou reduzidos de autoeficácia dependem dos próprios julgamentos em relação às suas capacidades. Para a elaboração desses julgamentos acerca da própria capacidade, o indivíduo poderá levar em conta diversos fatores, que contribuirão para o aumento ou diminuição de suas crenças. Essas crenças podem estar relacionadas a domínios específicos, podendo haver percepção de elevada autoeficácia em determinado domínio e baixa autoeficácia em outros (AZZI; POLYDORO, 2006), portanto, a necessidade da escala ser dividida em domínios.

Ao se considerar um mês (2º momento) e dois meses (3º momento) depois das intervenções, apenas o grupo cartilha e vídeo (AB) manteve a média dos escores da escala (117,5 pontos), que também foi mais elevada quando comparada aos demais grupos. Em relação à média dos domínios daquele grupo (AB), houve aumento de 0,1 ponto em práticas gerais/alimentares e redução de 0,5, em higiene da família. Os demais grupos apresentaram diminuição da média da escala quando se comparou um mês e dois meses após as intervenções, com diferença de 0,9 pontos, no grupo controle; 0,3, grupo cartilha (A); e 2,7, grupo vídeo (B).

Sobre as intervenções educativas aplicadas isoladamente, as mesmas propiciaram o aumento da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil nos dois momentos após a intervenção, mas no primeiro mês (2º momento) se destacou, em especial para o grupo vídeo (B).

Semelhantemente, ECR desenvolvido por Joventino *et al.* (2017), com grupos controle e intervenção, evidenciou elevação da média dos escores de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, em ambos os grupos, dois meses após a apresentação do vídeo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”, porém, no grupo intervenção a elevação foi maior ($p=0,042$). Além disso, quando analisado separadamente cada domínio, não foi observada, em nenhum momento, associação estatisticamente significativa entre os grupos e higiene da família, mas no domínio práticas alimentares/gerais existiu associação significativa um mês após a intervenção ($p=0,036$).

No Reino Unido, crianças entre 5 a 11 anos de idade foram recrutadas para assistirem a um vídeo de animação. Esse vídeo buscava prepará-las para ressonância magnética. Os resultados evidenciaram que houve diminuição da ansiedade, manteve a atenção da criança e melhorou a compreensão sobre se manter quieto durante a realização do exame ($p<0,001$), por outro lado, não houve mudanças significativas no conhecimento acerca da ressonância (SZESZAK *et al.*, 2016).

Em Flandres, na Bélgica, foi avaliado o efeito de um vídeo sobre promoção de atividade física e dieta saudável em crianças e da autoeficácia dos pais para promover essas práticas com seus filhos, a fim de prevenir o sobrepeso ou a obesidade. O grupo intervenção assistiu ao vídeo por 4 semanas e obteve aumento da autoeficácia parental relacionada à promoção da prática de atividade

física e dieta saudável dos filhos, principalmente entre os pais de crianças de 6 a 9 anos de idade (DE LEPELEERE *et al.*, 2017).

Outro vídeo, em formato de DVD, sobre a importância de uma alimentação rica em vegetais, foi gravado a partir de espetáculos de fantoche e teve a viabilidade e eficácia testada. O mesmo foi mostrado às crianças, antes do almoço, por dez dias consecutivos na escola e uma vez no domicílio, e se observou que àquelas do grupo intervenção aumentaram significante ($p < 0,0001$) o consumo de vegetais desde a linha de base até o acompanhamento, em comparação ao grupo controle, em que não se notou nenhuma mudança (NICKLAS *et al.*, 2017).

Ainda sobre o uso de tecnologias educativas isoladas, mulheres participaram de uma pesquisa para avaliar materiais educativos, multimídia e impresso (vídeo e panfleto), sobre prevenção do citomegalovírus durante a gestação, desenvolvidos pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC); e foi possível observar que o índice de conhecimento sobre o citomegalovírus aumentou após a apresentação do vídeo ou do panfleto, contudo, houve significância estatística apenas com a aplicação do vídeo ($p = 0,009$) (PRICE *et al.*, 2014).

Nos Países Baixos, estudo experimental, do tipo ECR, testou isoladamente um jogo (videogame online) e um folheto sobre a prevenção de picadas de carrapatos e doença de Lyme (borreliose), e constatou que nos três grupos (jogo, folheto e controle) o conhecimento sobre esses artrópodes e suas picadas melhoraram significante, porém, o jogo superou o folheto em termos de melhoria do comportamento preventivo, embora não se tenha percebido diferenças significativas entre as intervenções (BEAUJEAN *et al.*, 2016).

A respeito de material educativo impresso, ECR realizado na região norte da Holanda, com grupos controle e intervenção, avaliou a eficácia de um programa de prevenção de álcool em casa para adiar o início do consumo dessa substância por crianças. O primeiro grupo recebeu apenas um panfleto, com informações sobre o consumo de álcool entre crianças e as consequências prejudiciais, já as mães do grupo intervenção receberam, por cinco meses, revistas eletrônicas atrativas, via e-mail, que forneciam informações sobre a importância da comunicação entre pais-filhos e dicas para tornar os primeiros cada vez mais confortáveis e habilidosos em falar sobre álcool para seus filhos; além disso, essas crianças receberam um livro de atividades. Os resultados constaram que não houve diferença significativa entre os

grupos, mas no segundo grupo, apenas 5,4% das crianças bebiam álcool em comparação com 7,1%, do grupo controle (MARES *et al.*, 2016).

Sobre a autoeficácia de cuidadores de crianças com asma, estudo examinou a eficácia de um programa de educação, que continha mensagens geradas a um computador de tela sensível ao toque, o qual era entregue ao cuidador, e aconselhamento profissional. O grupo que recebia esse programa foi denominado de intervenção e o controle recebeu apenas um folheto informativo. A qualidade de vida dos cuidadores melhorou significante em ambos os grupos, mas o grupo intervenção mostrou melhor gestão e conhecimento da asma, em comparação ao controle (IIO *et al.*, 2017).

Já pesquisa na Guatemala e El Salvador, para aumentar a conscientização sobre questões de segurança alimentar entre cuidadores de pacientes com câncer pediátrico, aplicou apenas um folheto e revelou melhora significativa no conhecimento dos participantes em segurança alimentar, um mês e três meses depois da intervenção (MOSBY *et al.*, 2015).

Na presente investigação, o grupo do material impresso, cartilha (A), foi o que manteve menor elevação da média da EAPDI entre as intervenções, no primeiro mês (2º momento). Porém, do primeiro (2º momento) para o segundo mês (3º momento), entre as intervenções isoladas, foi o que apresentou menor diferença na média. Isso permite inferir que a leitura e a disponibilidade da cartilha à mãe são o suficiente para a compreensão dos cuidados necessários para a prevenção da diarreia infantil. Em contrapartida, Meinert, Marcon e Barbosa (2011) sugerem que a leitura da cartilha seja conduzida por um profissional, o que permite a discussão dos pontos não compreendidos, algo que não aconteceu no ECR desenvolvido.

Corroborando com os autores acima, em Zanzibar, na Tanzânia, foi observado o impacto de uma revista em quadrinhos sobre esquistossomose e se pode constatar que a tecnologia sozinha não foi o suficiente para a mudança de comportamento esperado, visto que não se observou associação estatística significativa nas pontuações de conhecimento ($p > 0,99$) e atitudes ($p > 0,965$), antes e após a intervenção (STOTHARD *et al.*, 2016).

Heidemann *et al.* (2010), com base nisso, acrescentam que para que aconteça a troca de conhecimentos, é necessária a existência de diálogo, o que favorece o aprendizado e permite ao indivíduo, ao educando, ter maior oportunidade

de refletir sobre o seu estilo de vida e de sua família e tomar suas próprias decisões para a mudança do comportamento.

Acerca do uso de intervenções combinadas, no grupo cartilha e vídeo (AB), existiu aumento da média da EAPDI (117,5 pontos), da linha de base (1º momento) para um mês (2º momento) após as intervenções, a qual se manteve nos dois meses depois (3º momento), de maneira a se afirmar que as mesmas, utilizadas em conjunto, são eficazes para elevar a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil.

Confirmando isso, em Bangladesh, na Ásia, notou-se que intervenções combinadas, *spots* de televisão e aconselhamento sobre mudança de comportamento dado por profissionais de saúde sobre alimentação complementar, foram eficazes. No grupo de famílias de crianças entre 6 a 23 meses, em que essas intervenções foram aplicadas conjuntamente, foi notada maior diversidade alimentar infantil ($p < 0,01$), consumo de uma dieta mínima aceitável ($p < 0,05$) e de alimentos ricos em ferro ($p < 0,001$) (SAHA *et al.*, 2013).

Outras intervenções combinadas, aplicadas em pesquisa experimental realizada no Sul da Índia, se mostraram eficazes. O referido estudo testou o impacto de intervenções (vídeo, panfletos, visitas domiciliares, música de campanha, entre outros) sobre o comportamento da lavagem das mãos com água e sabão, foi desenvolvido com pais ou responsáveis de menores de 14 anos de idade, divididos em grupos controle e intervenção, e revelou que, em linha de base, a lavagem das mãos com água e sabão foi um evento raro, mas, depois de 6 semanas e de 6 meses após as intervenções, esse hábito se tornou mais comum no grupo intervenção do que no controle, respectivamente, 19% versus 4% ($p = 0,005$) e 37% versus 6% ($p = 0,020$) (BIRAN *et al.*, 2014).

No Irã, ECR, desenvolvido para avaliar o impacto de uma intervenção de saúde bucal com 90 mães de crianças de 1 a 2 anos de idade, divididas em dois grupos (controle e intervenção), evidenciou que o grupo intervenção, que participou de três sessões de palestras com discussão e que recebeu cartilha e lembretes motivacionais por meio de mensagens de texto para celular, após dez dias das intervenções, apresentou diferença significativa no conhecimento ($p = 0,001$), na atitude ($p = 0,004$) e na limpeza dos dentes das crianças ($p = 0,011$). Na avaliação de 3 meses, em relação ao grupo controle, as mães do grupo de intervenção também

melhoraram significante nos escores de conhecimento, atitude e limpeza dos dentes das crianças (em todos, $p=0,001$) (MAKVANDI *et al.*, 2015).

Em Melbourne, na Austrália, foi avaliado o “*Confident Body, Confident Child*” (CBCC), em português “Corpo Confiante, Criança Confiante”, uma intervenção para pais de crianças de 2 a 6 anos de idade, projetada para promover a satisfação corporal, a alimentação saudável e o controle de peso na primeira infância. Após 6 semanas da intervenção, o recurso CBCC reduziu significante as intenções dos pais de usar comportamentos que aumentam o risco de atitudes negativas em relação ao corpo e à não ingestão de alimentos saudáveis pelos filhos, bem como uso de práticas de alimentação associadas à excesso de peso na infância e assistir televisão durante as refeições (HART; DAMIANO; PAXTON, 2016).

Intervenções combinadas (cartilha, panfletos, vídeo e sessões grupais) também foram empregadas para controlar a asma em crianças, no Teerã, no Irã, em estudo quase-experimental. Notou-se, após as intervenções, diminuição de admissão à emergência ($p=0,005$), de hospitalização ($p=0,001$), de ausência na escola ($p=0,005$) e de uso de esteroides ($p=0,005$) (KALANTARI *et al.*, 2017).

Outra investigação, desenvolvida na Austrália, avaliou um programa de prevenção de problemas de sono e choro, bem como de depressão pós-nascimento. Faziam parte do programa as seguintes intervenções: uma cartilha, com 27 páginas, e um vídeo, de 23 minutos. Os cuidadores do grupo intervenção, comparados ao controle, tiveram menos dúvidas quanto à sua capacidade de administrar o sono do bebê ($p=0,020$), relataram menos sintomas de depressão ($p=0,040$) e preocupação menos excessiva sobre a morte súbita infantil ($p=0,003$). E foram mais propensos também a procurar ajuda de profissionais da saúde para seus bebês quando necessário, porém não houve associação estatística significante (HISCOCK *et al.*, 2014).

No que se refere à prevenção da diarreia infantil, estudo quase-experimental, longitudinal, avaliou o impacto do vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, combinado à roda de conversa entre as participantes e a pesquisadora, e revelou que, ao longo do acompanhamento houve aumento da média dos escores da EAPDI, com relação estatisticamente significante entre os diversos momentos da investigação ($p=0,000$). Ademais, observou-se também associação significante dos domínios com os momentos: práticas gerais/alimentares, $p=0,045$, e higiene da família, $p=0,000$ (NASCIMENTO, 2015).

O uso de intervenções combinadas tem se mostrado efetivo, portanto, devem ser instituídas nas práticas dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para a realização de ações de educação em saúde, sendo ideal que as mesmas sejam direcionadas para o fortalecimento da confiança materna, a fim de se promover a saúde das crianças e famílias e prevenir a ocorrência de doenças prevalentes na infância, como a diarreia.

Tabela 4 – Efeitos das intervenções sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

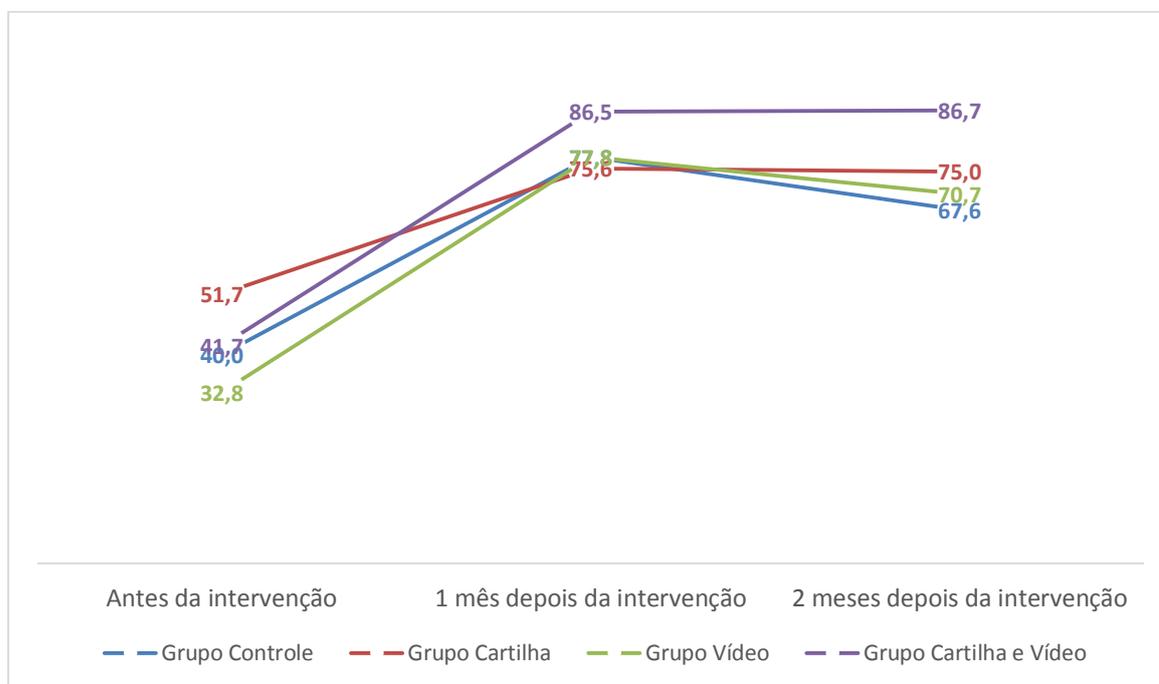
NÍVEL NA EAPDI	GRUPOS								p*
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Antes da intervenção									
Moderada	36	60,0	29	48,3	41	67,2	35	58,3	0,211
Elevada	24	40,0	31	51,7	20	32,8	25	41,7	
1 mês depois da intervenção									
Moderada	10	22,2	10	24,4	10	22,2	7	13,5	0,544
Elevada	35	77,8	31	75,6	35	77,8	45	86,5	
2 meses depois da intervenção									
Moderada	12	32,4	9	25,0	12	29,3	6	13,3	0,187
Elevada	25	67,6	27	75,0	29	70,7	39	86,7	

*Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Nesse contexto, a Tabela 4 e o Gráfico 1 apresentam os efeitos das diferentes intervenções educativas sobre a autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil. Percebe-se, na Tabela, que, antes das intervenções (1º momento), na própria UAPS, e como caracterização da linha de base, os grupos foram semelhantes, com $p=0,211$. Ademais, a maioria das entrevistadas, nesse momento, revelou autoeficácia moderada, de modo a destacar o grupo vídeo (B), com maior percentual (67,2%).

Conforme o que se nota ainda na Tabela 4 e no Gráfico 1, visto mais abaixo, um mês após as intervenções (2º momento), as participantes dos quatro grupos, de modo predominante, tiveram autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil. Porém, ressalta-se que a porcentagem foi maior no grupo cartilha e vídeo (AB) (86,5%), o qual também, na Tabela 3, apresentou maior média dos escores da EAPDI. Já o grupo cartilha (A) possuiu a menor proporção (75,6%).

Gráfico 1 – Efeitos, em porcentagens, das intervenções educativas sobre a autoeficácia materna elevada para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.



Fonte: própria pesquisadora.

Em dois meses após as intervenções terem sido aplicadas (3º momento), o grupo cartilha e vídeo (AB) manteve maior porcentagem de mães com autoeficácia elevada (86,7%). Nos demais grupos, foi notado que grande parte das mães possuía autoeficácia elevada, entretanto, as porcentagens foram menores comparadas ao momento anterior (2º momento), e o controle teve a menor porcentagem (67,6%).

De modo semelhante aos achados acima, Joventino *et al.* (2015), em ECR, revelaram que antes da aplicação de vídeo, as mães do grupo controle e intervenção possuíam, predominantemente, autoeficácia moderada para prevenção da diarreia infantil. Após a intervenção, a maioria das participantes do grupo intervenção apresentou elevação dos escores da EAPDI, classificando a autoeficácia em elevada. Nascimento (2015) igualmente revelou que antes das intervenções educativas as mães possuíam, em maioria, autoeficácia elevada, e, um mês e três meses após a aplicação das intervenções, houve elevação dos escores, sendo mais prevalente a autoeficácia elevada.

Já em estudos transversais, identificou-se predomínio da autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil (JOVENTINO *et al.*, 2013b; OLIVEIRA *et*

al., 2017b). E em pesquisa longitudinal, em dois momentos houve predomínio de autoeficácia moderada, e, em outro, elevada (ANDRADE, 2014).

Em ECR, sobre autoeficácia materna para amamentar, foi revelado que, na linha de base, a maior proporção, nos grupos controles e intervenção, foi de mulheres com eficácia alta. Na 8ª semana, após aplicação de um álbum seriado sobre promoção da autoeficácia materna para amamentar, constatou-se aumento na porcentagem de mulheres com eficácia alta, com diferença estatística significativa entre os grupos ($p < 0,001$) (JAVORSKI, 2014).

Destaca-se também, segundo a Tabela 4 e o Gráfico 1, que, da linha de base (1º momento) para um mês após as intervenções (2º momento), ao se comparar o uso isolado da cartilha (A) e do vídeo (B), ambas intervenções evidenciaram aumento do percentual de mulheres com autoeficácia elevada. Já do 2º momento para o 3º (2 meses após as intervenções), foi observada diminuição na porcentagem, com diferença de 0,6%, no grupo cartilha (A), e 7,1%, grupo vídeo (B).

A cartilha, depois de lida individualmente, foi entregue para as participantes da pesquisa, o que se sugere que essa tecnologia pode ter sido lida e utilizada em outros momentos por elas. Já no vídeo, dois meses depois, a maior diminuição da porcentagem de mães com autoeficácia elevada deve se relacionar ao esquecimento do que foi assistido, o que reitera a necessidade de educação em saúde de forma permanente. Logo, reforça-se que a utilização dessas tecnologias deve ser contínua e acompanhada de diálogo com profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas.

Mesmo com pequena diminuição na porcentagem de mulheres com autoeficácia elevada nos grupos cartilha (A) e vídeo (B), é notado que os achados ratificam novamente a eficácia das intervenções educativas utilizadas neste estudo, de modo a destacar o uso combinado do vídeo e da cartilha. E se afirma, portanto, que a autoeficácia materna pode influenciar o cuidado à criança.

No Sul da Austrália, estudo, que avaliou a autoeficácia da alimentação materna entre mães de crianças de 6 a 24 meses, identificou que elas possuíam percepções positivas sobre seus comportamentos alimentares, bem como dos comportamentos alimentares dos filhos, pois a maioria concordou que facilmente os alimentavam e muitas vezes ou às vezes oferecia novos alimentos às crianças e as mesmas se mostravam dispostas a comê-los. Por outro lado, o sofrimento psicológico materno influenciou negativamente a confiança das entrevistadas

($p < 0,01$), a frequência com que novos alimentos eram oferecidos para o filho ($p < 0,01$) e a ingestão materna de vegetais ($p < 0,01$) (KOH *et al.*, 2014). No Irã, Salarkia *et al.* (2016) revelaram que há influência da autoeficácia materna no estilo de alimentação do bebê.

Pelos achados do presente ECR e demais investigações, infere-se que se as mães se sentem capazes de cuidar adequadamente dos filhos, haverá promoção da saúde das crianças e redução da morbimortalidade das mesmas, especialmente por diarreia, pois, segundo Bandura (1977; 1997), a crença de um indivíduo em sua própria capacidade é um bom preditor de motivação e de mudança de comportamento, a qual pode ser aprimorada por meio do desempenho individual, da modelagem, de sintomas fisiológicos e de persuasão social. E quando melhorada ou elevada, a autoeficácia leva à motivação e bem-estar emocional, bem como ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

Na Teoria da Autoeficácia, a experiência de vida é considerada como a mais eficaz das fontes da autoeficácia (BANDURA, 1994), por meio dela a confiança das mães em prevenirem a diarreia em seus filhos é elevada, quando essas mulheres, que possuem mais de um filho e residem em domicílios com várias pessoas, já vivenciaram a ocorrência da diarreia e a partir da experiência de vida exitosa e desempenho individual na prevenção ou manejo adequado da doença, se sentem mais confiantes para prevenir esse agravo futuramente e executar o tratamento em tempo oportuno.

Pode-se ainda ressaltar as seguintes fontes de autoeficácia: persuasão social (incluindo a persuasão verbal) e os indicadores fisiológicos. A primeira pode ser observada quando, com a persuasão (o incentivo, o apoio e a motivação de pessoas próximas, no caso o companheiro ou o enfermeiro), as mães se sentem confiantes e adotam comportamentos saudáveis para evitar a ocorrência de episódios diarreicos. E a segunda quando elas, vivendo em condições sanitárias adequadas que promovam a própria saúde e mantenham um bom estado fisiológico, não adoecem, o que repercute na confiança das mesmas para prevenir doenças em seu filho.

E outra fonte de autoeficácia é a experiência vicária ou modelagem (BANDURA, 2012), na qual as pessoas padronizam seus estilos de pensamento e comportamento segundo exemplos funcionais de outras pessoas (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Para Pajares e Olaz (2008), na experiência vicária, a pessoa

forma crenças próprias a partir da observação de outras pessoas, com características similares, executando determinadas tarefas, o que a motivará e a deixará mais confiante em realizar a ação observada.

Em face disso, a cartilha e o vídeo educativo influenciam as mães a adotar o mesmo comportamento da personagem Luiza, uma das protagonistas, que também possui um ambiente domiciliar parecido com o daquelas mulheres, algo que pode as motivar para o desempenho de ações similares às da personagem, porque, segundo Nunes (2008), as pessoas se envolverão nas atividades que acreditarem ser capazes de executar e nas quais antevêm resultados positivos.

Além disso, as crenças de eficácia são formadas por meio de processos cognitivos, que envolvem a atenção, memória e integração de informações. Logo, eventos que ocorrem com as pessoas são notados (processo de atenção) e podem passar por processos de retenção de informação (memória) e ser interpretados de maneira variada. Esses processos não ocorrem durante todo o tempo em que a pessoa realiza ações (BANDURA, 1997).

Isso reforça que as mães, ao participarem das intervenções educativas, têm sua autoeficácia influenciada e cada uma, por meio de suas necessidades e experiências, apreendem aquilo que lhe é mais útil, bem como, podem apresentar variação nos níveis de autoeficácia ao longo do tempo, influenciada pela memória, um dos componentes dos processos cognitivos, o que permite ratificar mais uma vez a necessidade de ações educativas contínuas.

Além do exposto, a Teoria de Albert Bandura se fundamenta na perspectiva da agência humana, em que as pessoas são autorreguladores, pois adotam padrões pessoais, monitorando e regulando seus atos por meio de influências autorreativas, e autoinvestigadoras do próprio funcionamento, visto que refletem sobre sua eficácia pessoal, fazendo ajustes quando preciso (AZZI; POLIDORO, 2006; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008).

A agência humana possui duas características fundamentais: a intencionalidade, ou seja, a elaboração de intenções pelas pessoas, que incluem planos e estratégias de ação para realizá-las; e a antecipação, em que elas criam objetivos para si mesmas e preveem os resultados prováveis de atos prospectivos, a fim de guiar e motivar seus esforços antecipadamente. Ademais, existem três tipos de agência humana: pessoal, delegada e coletiva (BANDURA, 2000; 2012; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008).

Na agência humana pessoal, os indivíduos exercem suas influências sobre o que podem controlar diretamente (BANDURA, 2000; 2012; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008). Este tipo de agência humana é o que mais se observa nas investigações que avaliam a autoeficácia em relação a comportamentos e estilos de vida diante de uma condição de saúde ou doença ou para prevenção de agravos e, no presente estudo, a mesma se expressa quando, as mães confiantes, traçam estratégias eficazes para manter a saúde dos seus filhos.

Entretanto, para executar algumas atividades e ações, as pessoas podem não ter controle direto sobre as condições sociais e práticas institucionais que afetam suas vidas; nestas circunstâncias, elas procuram o seu bem estar e segurança por meio da agência delegada, ou seja, elas tentam fazer com que outras pessoas, que possuem experiência ou exercem influência e poder, ajam em seu nome, a fim de obter os resultados que desejam (BANDURA, 2000; 2012; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008). Nesta investigação, esse tipo de agência se evidencia quando as mães necessitam do apoio dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para ensinar-lhes sobre as ações de prevenção e manejo da diarreia infantil.

Além disso, muitas atividades e ações só podem ser executadas quando se trabalha em conjunto, assim, estende-se o conceito de agência humana à agência coletiva, que tem como princípio as crenças compartilhadas pelas pessoas em seu poder coletivo para produzir os resultados desejados. Elas agem coordenativamente, com ênfase na crença comum, logo, as realizações do grupo são frutos de uma dinâmica interativa, coordenada e sinérgica de todos (BANDURA, 2000; 2012; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2008). Este último tipo de agência não foi trabalhado nesta pesquisa, mas se entende que a mesma acontece quando a comunidade e gestores trabalham em conjunto para manter condições sanitárias e de saneamento adequadas, a fim de evitar o adoecimento da população em geral, incluindo as crianças.

5.3 Ocorrência da diarreia infantil a partir da realização das intervenções educativas

No que diz respeito à ocorrência da diarreia infantil, em linha de base (1º momento), de 60 mães entrevistadas no grupo controle, 38 informaram que alguma

vez a criança menor de cinco anos teve diarreia; no grupo A (cartilha), 42; no vídeo (B), 46; e no cartilha e vídeo (AB), 36 crianças foram acometidas pelo menos uma vez por diarreia.

Tabela 5 – Efeitos das intervenções educativas sobre a ocorrência da diarreia infantil. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

OCORRÊNCIA DA DIARREIA	GRUPOS								p
	Controle		Cartilha		Vídeo		Cartilha e vídeo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Antes da intervenção									
Sim	12	31,6	14	33,3	13	28,3	9	25,0	0,860*
Não	26	68,4	28	66,7	33	71,7	27	75,0	
1 mês depois da intervenção									
Sim	8	18,2	5	11,4	3	6,5	1	1,9	0,030**
Não	36	81,8	39	88,6	43	93,5	52	98,1	
2 meses depois da intervenção									
Sim	4	10,8	1	2,8	5	12,5	1	2,2	0,132**
Não	33	89,2	35	97,2	35	87,5	44	97,8	

**Teste de Qui-quadrado de Pearson.

**Razão de verossimilhança.

As mães foram indagadas também, no 1º momento, se os seus filhos haviam apresentado episódio diarreico no último mês, anterior à coleta de dados, e conforme é notada, na Tabela 5, houve semelhança entre os grupos, visto que as elas afirmaram, de forma prevalente, que as crianças não apresentaram o agravo. Ademais, considera-se que os grupos foram homogêneos para essa variável ($p=0,860$).

Entretanto, no interior do estado do Ceará, no município de Redenção, investigação descritiva-exploratória revelou que mais da metade dos filhos das entrevistadas apresentaram diarreia aguda (OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

Ainda na Tabela 5, um mês depois das intervenções (2º momento), a prevalência das mães que relataram o não adoecimento dos filhos por diarreia foi maior em todos os grupos, de maneira a se destacar, o grupo cartilha e vídeo (AB) em que a porcentagem foi maior (98,1%) em comparação aos demais, seguido do grupo vídeo (B), 93,5%. Além do mais, reitera-se que existiu associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da diarreia e os diferentes grupos do

estudo ($p=0,030$), o que reforça a eficácia da intervenção educativa combinada para a diminuição da diarreia na infância.

Aos dois meses após a aplicação das intervenções educativas (3º momento), todos os grupos apresentaram maior percentual de crianças não acometidas por doença diarreica, sobressaindo-se o grupo cartilha e vídeo AB, 97,6%. Por outro lado, o grupo vídeo (B) foi o único, quando comparado ao 2º momento (um mês após a intervenção), em que houve aumento dos casos de diarreia, de 3 para 5 registros, o que reporta a necessidade da continuidade das ações de educação em saúde. Ademais, não houve associação estatisticamente significativa.

Joventino *et al.* (2016), em ECR, observaram o efeito do vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” sobre a ocorrência da doença diarreica na infância e constataram que a chance para a criança ter essa doença foi mais alta no grupo controle, quando as crianças foram amamentadas exclusivamente menos de seis meses, 2,9 vezes, e entre as que utilizaram mamadeira, 1,6 vezes.

Destaca-se ainda que, no grupo cartilha e vídeo (AB), a média dos escores da EAPDI foi mais elevada um mês (2º momento) e dois meses após a intervenção (3º momento), momentos em que a ocorrência da diarreia infantil foi menor. Isso decorre do fato de que, se sentindo mais confiantes, as mães conseguem adotar adequadamente comportamentos para prevenção de doenças e promoção da saúde dos seus filhos. Do mesmo modo, Andrade (2014) demonstrou que filhos de mães com autoeficácia moderada tiveram mais chances de ter diarreia do que os filhos de mães com autoeficácia elevada.

Nascimento (2015) identificou que, em linha de base, os filhos de mães com baixa autoeficácia apresentaram 1,52 vezes mais chances de ter diarreia do que as mães com autoeficácia elevada; já os filhos daquelas com autoeficácia moderada tiveram 3,43 vezes mais chances de terem doença diarreica. Dois meses após a intervenção combinada, houve redução da prevalência de crianças com diarreia e elevação dos escores de autoeficácia.

Na Indonésia, foram considerados fatores protetores para a diarreia em crianças: o acesso a serviços de saúde, a não ocorrência de óbito infantil na família, a disposição das fezes da criança e amamentação exclusiva, bem como a agência materna, ou seja, a capacidade das mães em formular suas próprias escolhas e tomar decisões (AGUSTINA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, Liu (2009) evidenciou que mulheres que se sentiam confiantes para prevenir a diarreia nos filhos tinham mais probabilidade para usar métodos adequados de tratamento de água e de higiene, bem como para preparar o SRO. Kundu, Prateepchaikul e Sen-Ngam (2010) mostraram, a partir da aplicação de um questionário sobre percepção materna acerca da diarreia aguda, escala do tipo Likert, e de outro sobre comportamentos preventivos, que as percepções das mães entrevistadas e os comportamentos preventivos adotados pelas mesmas (prática de higiene, alimentação infantil, tratamento da água e disposição segura das fezes) estavam em níveis elevados e moderados, havendo uma correlação significativa positiva ($p < 0,01$).

Assim, Bandura (1986) afirma que, se os efeitos dos comportamentos adotados forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo, e, se forem negativos, promovendo insatisfação, a tendência é interrompê-los. Joventino (2010), portanto, acrescenta que 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 baixa expectativa de resultados, desenvolvem fracas performances.

Entretanto, para Souza, Silva e Galvão (2002), em situações adversas, possuir habilidades não significa que a pessoa é capaz de usá-las de modo efetivo, logo, é necessário que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, forneça às mães o motivo pelo qual elas devem adotar comportamento saudáveis e preventivos de doenças, além do meio e recursos para que elas possam adotá-los.

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

Para Merga e Alemayehu (2015), o conhecimento das mães sobre a diarreia e os cuidados ou manejos para com a criança doente é essencial para reduzir a ocorrência de diarreia. E esse conhecimento, segundo Matta-Marinõs e Ortega-Espinoza (2012), está relacionado às experiências que elas tiveram com

seus filhos e aos episódios de doença diarreica aguda que podem ter apresentado, o que reporta a uma das fontes de autoeficácia, a experiência de vida.

Quando possuem eficácia positiva, habilidade e conhecimento, as pessoas selecionam, criam e transformam suas circunstâncias ambientais, o que lhes possibilita influenciar o rumo dos acontecimentos e moldar suas vidas (BANDURA, 1997). Em face disso, é importante pontuar que para que exista o aumento da autoeficácia das mães para prevenir a diarreia na infância, os enfermeiro e pesquisadores devem desenvolver ações educativas ou tecnologias que fortaleçam o conhecimento e empoderamento dessas mulheres para a mudança da realidade em que vivem a partir da adoção de comportamentos saudáveis.

O empoderamento é um processo por meio do qual indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais (BRASIL, 2012). Assim, pode-se afirmar que o empoderamento permite o desenvolvimento da crença do indivíduo em si para conseguir um resultado esperado, como a prevenção da diarreia infantil.

Por fim, infere-se que a cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, combinados, são tecnologias que favorecem o melhor conhecimento e empoderamento das mulheres. Logo, as intervenções utilizadas nesse ECR, quando combinadas, favorecem mais ainda o aumento da autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, bem como a diminuição da ocorrência desse agravo.

6 CONCLUSÃO

Com a realização do presente ECR foi possível verificar a autoeficácia materna para prevenção da doença diarreica na infância mediante aplicações de duas intervenções educativas, a cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, de maneira isolada e combinada. Com isso, obtiveram-se os seguintes achados:

- A amostra inicial do estudo (n=241) foi dividida em quatro grupos: controle (n=60), cartilha – A (n=60), vídeo – B (n=61), e cartilha e vídeo – AB (n=60), os quais eram homogêneos em linha de base, pois não houve associação estatisticamente significativa nas variáveis demográficas, socioeconômicas, sanitárias e relacionadas à saúde da criança analisadas ($p > 0,05$).
- Os grupos assemelharam-se, antes da intervenção, nas médias dos escores da EAPDI total e nas médias dos domínios da EAPDI ($p \geq 0,05$), bem como no que diz respeito à ocorrência da diarreia infantil ($p > 0,05$).
- No acompanhamento das mães no estudo, em um mês após as intervenções (2º momento), as médias dos escores de autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil elevaram-se, individualmente em cada grupo, porém, não houve significância estatística. Mas merece destaque o grupo cartilha e vídeo (AB), que apresentou maior média na EAPDI (117,5 pontos).
- No segundo mês de acompanhamento das mães no estudo (3º momento), as médias dos escores de autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil diminuíram, individualmente em cada grupo, exceto no grupo cartilha e vídeo (AB), a qual se manteve (117,5 pontos). Também não foi observada relação estatisticamente significativa.
- Um mês após as intervenções (2º momento), as participantes dos quatro grupos tiveram autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil e a porcentagem foi maior no grupo cartilha e vídeo (AB) (86,5%).
- Dois meses depois da aplicação das intervenções (3º momento), a porcentagem de mães com autoeficácia elevada foi maior comparada àquelas com autoeficácia moderada, entretanto, ao se considerar o um mês após as intervenções (2º momento), houve uma diminuição no percentual de mães

com autoeficácia elevada. Ademais, o grupo cartilha e vídeo (AB) manteve maior porcentagem de mães com autoeficácia elevada (86,7%).

- Um mês depois das intervenções (2º momento), a prevalência das mães que relataram o adoecimento dos filhos por diarreia foi menor em todos os grupos, de maneira a se destacar, o grupo cartilha e vídeo (AB) em que a porcentagem foi a menor (1,9%) em comparação aos demais. Esse momento foi o único em que existiu associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da diarreia e os diferentes grupo do estudo ($p < 0,05$).
- Aos dois meses após a aplicação das intervenções educativas (3º momento), todos os grupos apresentaram maior percentual de crianças não acometidas por doença diarreica, sobressaindo-se o grupo cartilha e vídeo AB, 97,6%. Mas o grupo vídeo (B) foi o único em que, quando comparado ao 2º momento (um mês depois das intervenções), houve aumento dos casos de diarreia, o que reporta a necessidade da continuidade das ações de educação em saúde. Ademais, não houve associação estatisticamente significante ($p > 0,05$).
- No grupo cartilha e vídeo (AB), em que a média dos escores da EAPDI foi mais elevada, em um mês (2º momento) e dois meses após as intervenções educativas (3º momento), a ocorrência da diarreia infantil foi menor.

O presente estudo verificou que a tese defendida foi aceita porque cartilha e o vídeo educativos combinados foram eficazes para aumentar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e para diminuir a ocorrência desse agravo. Logo, tais intervenções podem ser utilizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, principalmente pelo enfermeiro, como uma ferramenta que auxiliará no desenvolvimento de ações educativas, fortalecendo as orientações dadas às mães de crianças menores de cinco anos de idade.

7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O ECR desenvolvido, mesmo com os dados analisados por meio de testes estatísticos válidos, os quais evidenciaram a consistência interna das intervenções educativas na promoção da autoeficácia materna para prevenir a diarreia infantil, apresentou algumas limitações, foram elas:

- Restrito período de tempo para avaliação da autoeficácia materna, bem como de acompanhamento da ocorrência de diarreia infantil. Considera-se isso uma limitação, pois se sabe que esta doença é sazonal.
- Dificuldade, ao longo dos dois meses, no estabelecimento do contato por meio telefônico com as mães participantes do estudo.
- Ausência da investigação sobre a leitura da cartilha pelas mães em outros momentos, ao longo do acompanhamento, além da aplicação nas UAPS, em que a mesma foi lida individualmente.
- Perda amostral maior que a margem de perda estipulada (20%).

Consideram-se as seguintes recomendações ou sugestões da presente investigação:

- Realização de novos estudos, preferencialmente do tipo experimental, por períodos mais longos, que avaliem a eficácia da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, combinadas a tecnologias leves, que permita uma relação dialógica profissional-indivíduo (por exemplo: orientações dos enfermeiros).
- Concretização de pesquisas que avaliem a eficácia da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e do vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” em outros locais, como em municípios do interior, possibilitando uma comparação entre resultados obtidos na capital e na realidade do interior.
- Desenvolvimento de outros estudos, também experimentais, por períodos mais longos, com pais/outras familiares, visto que outros indivíduos, além das mães, podem ser cuidadores das crianças, bem como em outras localidades do município de Fortaleza-CE e de outras cidades para reforçar a eficácia da cartilha e do vídeo educativos.

- Divulgação, entre gestores e profissionais de saúde, da cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, a fim de que essas tecnologias sejam incorporadas às estratégias de educação em saúde, de forma contínua, na Atenção Primária e possam servir de instrumentos para promover a autoeficácia materna e diminuir os indicadores de morbimortalidade na infância por doença diarreica.
- Implementação de treinamentos/capacitações dos enfermeiros para a utilizarem, nas ações de educação em saúde, a cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”.

REFERÊNCIAS

- ABDINIA, B. Knowledge and Practice of Mothers in the Management of Children's Diarrhea, in Northwest, Iran. **Arch Pediatr Infect Dis.**, v. 2, n. 2, e17581, 2014.
- ABREU, P. O.; GROSSI, M.; HOERBE, A.; SANTIN, L. A.; SILVEIRA, C. B.; FERNANDES, R. D.; KURTZ, T.; BASTOS, M. D. Análise da contaminação de chupetas por enteroparasitas e fungos em escola de ensino fundamental. **J. Health Biol Sci.**, v. 4, n. 4, p. 240-244, 2016.
- AGUSTINA, R.; SHANKAR, A. V.; AYUNINGTYAS, A.; ACHADI, E. L.; SHANKAR, A. H. Maternal Agency Influences the Prevalence of Diarrhea and Acute Respiratory Tract Infections Among Young Indonesian children. **Matern Child Health J.**, v. 19, n. 5, p. 1033–1046, 2015.
- AMUGSI, D. A.; ABORIGO, R. A.; ODURO, A. R.; ASOALA, V.; AWINE, T.; AMENGA-ETEGO, L. Socio-demographic and environmental determinants of infectious disease morbidity in children under 5 years in Ghana. **Glob Health Action.**, v. 8, 2015.
- ANDERS, K. L.; THOMPSON, C. N.; THUY, N. T. V.; NGUYET, N. M.; TU, L. T. P.; DUNG, T. T. N.; PHAT, V. V.; VAN, N. T. H.; HIEU, N. T.; THAM, N. T. H.; HA, P. T. T.; LIEN, L. B.; CHAU, N. V. V.; BAKER, S.; SIMMONS, C. P. The epidemiology and aetiology of diarrhoeal disease in infancy in southern Vietnam: a birth cohort study. **Int J Infect Dis.**, v. 35, p. 3-10, 2015.
- ANDRADE, L. C. O. **Autoeficácia de mães residentes em microáreas de risco na Prevenção da diarreia infantil.** 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.
- ARIMA, Y.; KAMINSKY, R. G.; MONTES, G. A. Á.; CASIANO-COLÓN, A.; GUTHRIE, B. L.; DIGIACOMO, R. F.; JACOBS, J. Nuevos y viejos agentes asociados a diarrea en niños en honduras. **Rev Med Hondur**, v. 79, n. 2, p. 58-64, 2011.
- ATENCIO, R.; BRACHO, A.; PORTO, L.; CALLEJAS, D.; COSTA, L.; MONSALVE, F.; VILLALOBOS, R.; ATENCIO, M. V.; OSORIO, S. Síndrome diarreico por rotavirus en niños menores de 5 años inmunizados y no de la ciudad de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. **Kasmera**, v.41, n.1, p. 59-68, 2013.
- AZAGE, M.; KUMIE, A.; WORKU, A.; BAGTZOGLOU, A. C. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. **J Health Popul Nutr.**, v. 35, n. 13, 2016.
- AZZI, R. G.; POLYDORO, S. A. J. **Autoeficácia em diferentes contextos.** Campinas: Alínea, 2006.

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

BANDURA. Exercise of human agency through collective efficacy. **American Psychological Society**, v. 9, n. 3, p. 75-78, 2000.

_____. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: _____. **Self-efficacy in Changing Societies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 1-45.

_____. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. **Journal of Management**, v. 38, n. 1, p. 9-44, 2012.

_____. Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press. v. 4, p. 71-81, 1994.

_____. Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. **American Psychologist**, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982.

_____. Self-efficacy: toward a unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1997.

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

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

_____. The self system in reciprocal determinism. **American Psychologist**, v. 33, p. 344-358, 1978.

BANIK, P. **A study to evaluate the effectiveness of video assisted teaching programm on knowledge and practice regarding prevention and home management of dehydration among the mothers of under five children in a selected rural area of Bangalore**. 2012. 134f. Dissertation – Department of Community Health Nursing, Rajiv Gandhi University of Health Sciences, Bangalore, 2012.

BARBOSA, R. C. M.; BEZERRA, A. K. Validation of an educational video for the promotion of attachment between seropositive HIV mother and her child. **Rev. bras. enferm.**, v. 64, p. 328-34, 2011.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; SCHERPBIER, R.; GWATKIN, D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 1-16, 2010.

BARROS, M. B. A.; ZANCHETTA, L. M.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, suppl.2, p. 27-37, 2009.

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

BEAUJEAN, D. J.; GASSNER, F.; WONG, A.; STEENBERGEN, J. E.; CRUTZEN, R.; RUWAARD, D. Education on tick bite and Lyme borreliosis prevention, aimed at schoolchildren in the Netherlands: comparing the effects of an online educational video game versus a leaflet or no intervention. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, 1163, 2016.

BENER, A.; EHLAYEL, M. S.; ABDULRAHMAN, H. M. Exclusive breastfeeding and prevention of diarrheal diseases. A study in Qatar. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 11, n. 1, p. 83-87, 2011.

BERHE, F.; BERHANE, Y. Under five diarrhea among model household and non model households in Hawassa, South Ethiopia: a comparative cross-sectional community based survey. **BMC Public Health**, v. 14, 187, 2014.

BEZERRA, J. C. O. **Determinantes sociais e comportamentais associados à Ocorrência de diarreia infantil.** 2016. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Curso de graduação em Enfermagem, Acarape, 2016.

BIERI, F.A.; GRAY, D.J.; RASO, G.; LI, Y.S.; MCMANUS, D.P. A systematic review of preventive health educational videos targeting infectious diseases in schoolchildren. **The Am J Trop Med Hyg.**, v. 87, n. 6, p. 972-978, 2012.

BIRAN, A.; SCHMIDT, WP.; VARADHARAJAN, K. S.; RAJARAMAN, D.; KUMAR, R.; GREENLAND, K.; GOPALAN, B.; AUNGER, R.; CURTIS, V. Effect of a behaviour-change intervention on handwashing with soap in India (SuperAmma): a cluster-randomised trial. **Lancet Glob Health**, v. 2, n. 3, p. e145–154, 2014.

BOHMAN, B.; RASMUSSEN, F.; GHADERI, A. Development and psychometric evaluation of a context-based parental self-efficacy instrument for healthy dietary and physical activity behaviors in preschool children. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 13, 2016.

BRADY, T. J. Measures of self-efficacy: Arthritis Self-Efficacy Scale (ASES), Arthritis Self-Efficacy Scale-8 Item (ASES-8), Children's Arthritis Self-Efficacy Scale (CASE), Chronic Disease Self-Efficacy Scale (CDSES), Parent's Arthritis Self-Efficacy Scale (PASE), and Rheumatoid Arthritis Self-Efficacy Scale (RASE). **Arthritis Care Res (Hoboken)**, v. 63, n. S11, p. S473–S485, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Castas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Ministério da Saúde lança campanha para incentivar hábito de lavar as mãos nas escolas.** Brasília: Agência Brasil, Governo do Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/10/ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-incentivar-habito-de-lavar-as-maos-nas-escolas>>. Acesso em 01 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Internações segundo Município**. Lista Morb CID-10: Diarreia e gastroenterite origem infecc presumível. Período: 2015-2016. Brasília: Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2017c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niCE.def>>. Acesso em 30 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Internações segundo Região**. Lista Morb CID-10: Diarreia e gastroenterite origem infecc presumível Período: 2015-2016. Brasília: Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2017b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em 30 abr. 2017.

_____. **O Brasil e os ODM**. Brasília: Portal Brasil ODM, s.d. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>>. Acesso em 20 jun. 2015.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 set. 2017d.

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

BRAVO, A. L. Health Education in Industry. **Int J Health Edu.**, v. 1, n. 1, p. 16-24, 1958.

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

BURKE, R. M.; REBOLLEDO, P. A.; EMBREY, S. R.; WAGNER, L. D.; COWDEN, C. L.; KELLY, F. M.; SMITH, E. R.; IÑIGUEZ, V.; LEON, J. S. The burden of pediatric diarrhea: a cross-sectional study of incurred costs and perceptions of cost among Bolivian families. **BMC Public Health**, v. 13, n. 708, 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In.: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

CAMPBELL, M. K.; PIAGGIO, G.; ELBOURNE, D. R.; ALTMAN, D. G. Consort 2010 statement: extension to cluster randomized trials. **BMJ**, v. 345, p. 1-21, 2012.

CASANOVA, C.; COLOMER, C.; STARFIELD, B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). **Int J Qual Health Care.**, v. 8, n. 1, p. 51-59, 1996.

CASEY, D. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. **J. Clin. Nurs.**, v. 16, n. 6, p.1039-1049, 2007.

CESARIO, R. R.; TAVARES-NETO, J. Prevalence of diarrhoea in the population of the Medical Care and Training District of Tucumã, Rio Branco, Acre State, Brazil, in 2003. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.3, p.19-28, 2006.

CHAN, S. S.; CHEUNG, Y. T.; FONG, D. Y.; EMMONS, K.; LEUNG, A. Y.; LEUNG, D. Y.; LAM, T. H. Family-Based Smoking Cessation Intervention for Smoking Fathers and Nonsmoking Mothers with a Child: A Randomized Controlled Trial. **J Pediatr.**, v. 182, p. 260-266, 2017.

COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H. Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. **Infant Ment Health J**, v. 24, n. 2, p. 126–148, 2003.

COSTA, M. F. F. L.; PEIXOTO, S. V.; CÉSAR, C. C.; MALTA, D. C.; MOURA, E. C. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, suppl.2, p. 18-26, 2009.

CRONIN, A. A.; SEBAYANG, S. K.; TORLESSE, H.; NANDY, R. Association of Safe Disposal of Child Feces and Reported Diarrhea in Indonesia: Need for Stronger Focus on a Neglected Risk. **Int J Environ Res Public Health.**, v. 13, n. 3, 2016.

CZERESNIA, D.. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: _____. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.19-42.

DANTAS, M. B. P. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. 234f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

DAS, S. K.; NASRIN, D.; AHMED, S.; WU, Y.; FERDOUS, F.; FARZANA, F. D.; KHAN, S. H.; MALEK, M. A.; EL ARIFEEN, S.; LEVINE, M. M.; KOTLOFF, K. L.; FARUQUE, A. S. Health Care-Seeking Behavior for Childhood Diarrhea in Mirzapur, Rural Bangladesh. **Am J Trop Med Hyg.**, v. 89, 1 Suppl, p. 62-68, 2013.

DE BONT, E. G.; DINANT, G. J.; ELSHOUT, G.; VAN WELL, G.; FRANCIS, N. A.; WINKENS, B.; CALS, J. W. An illness-focused interactive booklet to optimise management and medication for childhood fever and infections in out-of-hours primary care: study protocol for a cluster randomised trial. **Trials.**, v. 17, n. 1, 2016.

DE LEPELEERE, S.; DE BOURDEAUDHUIJ, I.; CARDON, G.; VERLOIGNE, M. The effect of an online video intervention 'Movie Models' on specific parenting practices and parental self-efficacy related to children's physical activity, screen-time and healthy diet: a quasi experimental study. **BMC Public Health.**, v. 17, n. 1, 366, 2017.

DEGIUSEPPE, J. I.; REALE, E. A.; STUPKA, J. A. Rotavirus epidemiology and surveillance before vaccine introduction in Argentina, 2012–2014. **J Med Virol.**, v. 89, n. 3, p. 423–428, 2017.

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.

DESTA, B. F.; MOHAMMED, H.; BARRY, D.; FREW, A. H.; HEPBURN, K.; CLAYPOOLE, C. Use of mobile video show for community behavior change on maternal and newborn health in rural Ethiopia. **J Midwifery Womens Health**, v. 59, Suppl 1, p. S65-72, 2014.

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

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação.** 2011.168f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; ORIA, M. O. B.; DENNIS, C. L. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Pract**, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012.

DULGHEROFF, A. C. B.; SILVA, G. A. V.; NAVECA, F. G.; OLIVEIRA, A. G.; DOMINGUES, A. L. S. Diversity of group A rotavirus genes detected in the Triângulo Mineiro region, Minas Gerais, Brazil. **Braz J Microbiol.**, v. 47, n. 3, p. 731-740, 2016.

EMSER, T. S.; MAZZUCHELLI, T. G.; CHRISTIANSEN, H.; SANDERS, M. R. Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability (CAPES-DD): First psychometric evaluation of a new child and parenting assessment tool for children with a developmental disability. **Res Dev Disabil.**, v. 53-54, p. 158-177, 2016.

ERSER, S. J.; FARASAT, H.; JACKSON, K.; GARDINER, E.; SHEPPARD, Z. A.; COWDELL, F. Parental self-efficacy and the management of childhood atopic eczema: development and testing of a new clinical outcome measure. **Br J Dermatol.**, v. 173, n. 6, p. 1479-1485, 2015.

ESCOBAR, A. L.; COIMBRA JR, C. E. A.; WELCH, J. R.; HORTA, B. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Diarrhea and health inequity among Indigenous children in

Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. **BMC Public Health**, v. 15, n. 191, 2015.

FARAG, T. H.; KOTLOFF, K. L.; LEVINE, M. M.; ONWUCHEKWA, U.; VAN EIJK, A. M.; DOH, S.; SOW, S. O. Seeking Care for Pediatric Diarrheal Illness from Traditional Healers in Bamako, Mali. **Am J Trop Med Hyg.**, v. 89, 1 Suppl, p. 21-28, 2013.

FORNARI, L. S.; GIULIANO, I.; AZEVEDO, F.; PASTANA, A.; VIEIRA, C.; CARAMELLI, B. Children First Study: how an educational program in cardiovascular prevention at school can improve parents' cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2012.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico. **Desenvolvimento humano, por bairro, em Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, 2014. Disponível em: <<http://pt.calameo.com/read/0032553521353dc27b3d9>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Diarreia: casos por regional de residência segundo a faixa etária**, Fortaleza, 2016. Fortaleza: SMS, SIMDA, 2016. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2016&faixaEtaria=2&modo=regional>>. Acesso em 30 ago. 2017.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Diarreia: casos por regional de residência segundo a faixa etária**, Fortaleza, 2015. Fortaleza: SMS, SIMDA, 2015. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2015&faixaEtaria=2&modo=regional>>. Acesso em 30 ago. 2017.

FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. C. O cuidado a pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. **Esc Anna Nery.**, v. 12, n. 1, p. 84-89, 2008.

FUJIWARA, T.; YAMADA, F.; OKUYAMA, M.; KAMIMAKI, I.; SHIKORO, N.; BARR, R.G. Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behavior about crying and shaken baby syndrome: a replication of a randomized controlled trial in Japan. **Child Abuse Negl.**, v. 36, n. 9, p. 613-620, 2012.

GAFFEY, M. F.; WAZNY, K.; BASSANI, D. G.; BHUTTA, Z. A. Dietary management of childhood diarrhea in low- and middle-income countries: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, Suppl 3, S17, 2013.

GAU, B. S.; HUNG, C. C. The self-efficacy scale for preschool teachers regarding asthma care: instrument development and validation. **J Sch Health.**, v. 84, n. 2, p. 91-98, 2014.

GHASEMI, A. A.; TALEBIAN, A.; ALAVI, N. M.; MOUSAVI, G. A. Knowledge of Mothers in Management of Diarrhea in Under-Five Children, in Kashan, Iran. **Nurs Midwifery Stud.**, v. 1, n. 3, 2013.

GOMES, A. L. A.; XIMENES, L. B.; MENDES, E. R. R.; TEIXEIRA, O. C. M.; JOVENTINO, E. S.; JAVORSKI, M. Translation And Cultural Adaptation Of The Self-Efficacy And Their Child's Level Of Asthma Control Scale: Brazilian Version. **Texto contexto - enferm.**, v. 25, n. 3, e2950015, 2016.

GONCALVES, T. R.; GUIMARÃES, L. E.; SILVA, M. R.; LOPES, R. C. S.; PICCININI, C. A. Experiência da paternidade aos três meses do bebê. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.26, n.3, p.599-608, 2013.

GRIFFITHS, W. The educational approach to health work. **California's Health**, v. 15, n. 12, 1957.

HAJI, A.; LOWTHER, S.; NGAN'GA, Z.; GURA, Z.; TABU, C.; SANDHU, H.; ARVELO, W. Reducing routine vaccination dropout rates: evaluating two interventions in three Kenyan districts, 2014. **BMC Public Health**, v. 16, 2016.

HART, L. M.; DAMIANO, S. R.; PAXTON, S. J. Confident Body, Confident Child: A Randomized Controlled Trial Evaluation of a Parenting Resource for Promoting Healthy Body Image and Eating Patterns in 2- to 6-Year-Old Children. **Int J Eat Disord.**, v. 49, n. 5, p. 458-472, 2016.

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

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por Questionários**. Lisboa: Ed. Sílabos, 2005.

HISCOCK, H.; COOK, F.; BAYER, J.; LE, H. ND.; MENSAH, F.; CANN, W.; SYMON, B.; JAMES-ROBERTS, I. St. Preventing Early Infant Sleep and Crying Problems and Postnatal Depression: A Randomized Trial. **Pediatrics**, v. 133, n. 2, p. e346-e354, 2014.

HOFFMANN, T.; WARRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disabil Rehabil.**, v. 26, n. 9, p. 1166-1173, 2004.

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

HUSSAIN, I.; ANJUM, M. S.; UDDIN, M. B.; RAHMAN, S. M. B.; ALI, S. Hygiene and health condition of children from netrakona Bangladesh among garo and non garo communities. **Pakistan Journal of Science**, v. 65, n. 2, p. 173-178, 2013.

IIO, M.; HAMAGUCHI, M.; NARITA, M.; TAKENAKA, K.; OHYA, Y. Tailored Education to Increase Self-Efficacy for Caregivers of Children With Asthma: A Randomized Controlled Trial. **Comput Inform Nurs.**, v. 35, n. 1, p. 36-44, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil Municipal de Fortaleza**. Tema VII: Distribuição Espacial da Renda Pessoal. Fortaleza: IPECE, out. 2012.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática do aleitamento materno exclusivo aos dois meses de vida da criança**. 2014. 125 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

_____. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 185f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

JOVENTINO, E. S.; BEZERRA, K. C.; COUTINHO, R. G.; ALMEIDA, P. C.; ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Condições sociodemográficas e sanitárias na autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev. salud pública.**, v. 15, n. 4, p. 542-554, 2013b.

JOVENTINO, E.S.; COUTINHO, R.G.; BEZERRA, K.C.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Autoeficácia para prevenção da diarreia e o cuidado da criança: estudo transversal. **Online braz j nurs.**, v. 12 n. 2, p. 295-306, 2013a.

JOVENTINO, E. S.; FERREIRA, A. M. V.; GOMES, A. L. A.; GUBERT, F. A.; PENHA, J. C.; SABINO, L. M. M.; NASCIMENTO, L. A.; GALVÃO, M. F. P. S.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Educational Video for Infant Diarrhea Prevention: Randomized Clinical Trial. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 332, 2016.

JOVENTINO, E. S.; PENHA, J. C.; XIMENES, L. B.; CASTRO, R. C. M. B.; GOMES, A. L. A.; ALMEIDA, P. C. Effect of educational video about maternal self-efficacy and occurrence of childhood diarrhoea: randomized clinical trial. **Indian Journal of Applied Research**, v. 5, n. 2, 2015.

JOVENTINO, E. S.; FERREIRA, A. M. V.; SOUSA, M. F. P.; PENHA, J. C.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Educational Video Increases Maternal Self-Efficacy for Prevention of Diarrhoea in Young Children: A Randomised Clinical Trial. **Health**, v. 6, p. 2867-2874, 2014.

JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; ORIA, M. O. The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. **Public Health Nurs.**, v. 30, n. 2, p. 150-158, 2012.

JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B.; DA PENHA, J. C.; ANDRADE, L. C. O.; DE ALMEIDA, P. C. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. **Int J Nurs Pract.**, v. 23, n. 3, 2017.

KALANTARI, A.; MOVAHEDI, M.; MOIN, M.; GHARAGOZLOU, M.; KHODADADI, B.; HOSSEININEJAD, S. M. Effect of Education on Asthma Control in Children: A Quasi-Experimental Study. **Int J Pediatr**, v. 5, n. 12, p. 6421-6429, 2017.

KHALILI, M.; MIRSHAHI, M.; ZARGHAMI, A.; RAJABNIA CHENARI, M.; FARAHMAND, F. Maternal Knowledge and Practice Regarding Childhood Diarrhea and Diet in Zahedan, Iran. **Health Scope**, v. 2, n. 1, 2013.

KEUSCH, G. T.; FONTAINE, O.; BHARGAVA, A.; BOSCHI-PINTO, C.; BHUTTA, Z.A.; GOTUZZO, E.; RIVERA, J.; CHOW, J.; SHAHID-SALLES, S.; LAXMINARAYAN, R. Diarrheal Diseases. In: JAMISON, D.T.; BREMAN, J.G.; MEASHAM, A. R.; ALLEYNE, G.; CLAESON, M.; EVANS, D. B.; JHA, P.; MILLS, A.; MUSGROVE, P. (Editors). **Source Disease Control Priorities in Developing Countries**. 2. ed. Washington: World Bank; 2006. Chapter 19.

KNIBB, R. C.; BARNES, C.; STALKER, C. Parental confidence in managing food allergy: development and validation of the food allergy self-efficacy scale for parents (FASE-P). **Clin Exp Allergy.**, v. 45, n. 11, p. 1681–1689, 2015.

KOH, G. A.; SCOTT, J. A.; WOODMAN, R. J.; KIM, S. W.; DANIELS, L. A.; MAGAREY, A. M. Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants. Results from the SAIDI study. **Appetite.**, v. 81, p. 44-51, 2014.

KUNDU, T. R.; PRATEEPCHAIKUL, L.; SEN-NGAM, K. Relationship between Maternal Perceptions and Preventive Behaviors Regarding Acute Diarrhea of Children in Bangladesh. In: International Conference on Humanities and Social Sciences, 2., 2010, Songkla. **Proceedings...** Songkla: Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University, 2010. p. 1-11.

LABORATÓRIO DE DIREITOS HUMANOS, CIDADANIA E ÉTICA (LABVIDA). LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA CONFLITUALIDADE E VIOLÊNCIA (COVIO). LABORATÓRIO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA (LEV). **Mapa da Criminalidade e da Violência em Fortaleza** - Perfil da SER V. Fortaleza: LABVIDA, COVIO, LEV, 2011.

LIMA, L. G. S. **Aspectos práticos da metodologia científica dos ensaios clínicos**. 2008. 37 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Especialização) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, 2008.

LIU, L.; JOHNSON, H.L.; COUSENS, S.; PERIN, J.; SCOTT, S.; LAWN, J.E.; RUDAN, I.; CAMPBELL, H.; CIBULSKIS, R.; LI, M.; MATHERS, C.; BLACK, R. E. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. **Lancet**, v. 9, n. 379(9832), p. 2151-61, 2012.

LIU, J. **Maternal beliefs and behaviors in the prevention of childhood diarrhoea in Dar es Salaam, Tanzania.** 2009. 96f. Thesis - Program In Human Biology Honors Thesis, Stanford University, Stanford, 2009.

LOPES, T. C.; CHAVES, A. F. L.; JOVENTINO, E. S.; ROCHA, R. S.; CASTELO, A. R. P.; ORIÁ, M. O. B. Avaliação da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. **Rev Rene.**, v. 14, n. 6, p. 1103-1111, 2013.

MAKVANDI, Z.; KARIMI-SHAHANJARINI, A.; FARADMAL, J.; BASHIRIAN, S. Evaluation of an Oral Health Intervention among Mothers of Young Children: A Clustered Randomized Trial. **J Res Health Sci.**, v. 15, n. 2, p. 88-93, 2015.

MAMO, A.; HAILU, A. Assessment of prevalence and related factors of diarrheal diseases among under-five year's children in Debrebirehan Referral Hospital, Debrebirehan Town, North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. **OALibJ**, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2014.

MARES, S. H.; LICHTWARCK-ASCHOFF, A.; VERDURMEN, J.; SCHULTEN, I.; ENGELS, R. C. Home-based alcohol prevention program for parents and children: a randomized controlled trial. **Prev Med.**, v. 88, p. 224-229, 2016.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 17-25, 2004.

MATTA-MARIÑOS, W.; ORTEGA-ESPINOZA, T. Conocimiento en medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas. **Rev enferm Herediana.**, v. 5, n. 1, p. 65-70, 2012.

MAZZUCHELLI, T. G.; SANDERS, M. R.; MORAWSKA, A. **Child Adjustment and Parent Efficacy Scale-Developmental Disability (CAPES-DD).** Brisbane: Parenting and Family Support Centre, University of Queensland, 2011.

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

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

MENDES, E. R. R.; PENHA, J. C.; NASCIMENTO, L. A.; SABINO, L. M. M.; JOVENTINO, E. S.; FERREIRA, A. M. V.; TEIXEIRA, O. C. M.; GALVÃO, M. F. P. S.; XIMENES, L. B. Assessment of Educational Videos on the Prevention and Management of Infant Diarrhea: Documental Study. **Health**, v. 7, p. 1215-1223, 2015.

MENGISTIE, B.; BERHANE, Y.; WORKU, A. Prevalence of diarrhea and associated risk factors among children under-five years of age in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. **Open Journal of Preventive Medicine**, v. 3, n. 7, p. 446-453, 2013.

MERGA, N.; ALEMAYEHU, T. Knowledge, perception, and management skills of mothers with under-five children about diarrhoeal disease in indigenous and resettlement communities in Assosa District, Western Ethiopia. **J Health Popul Nutr.**, v. 33, n. 1, p. 20-30, 2015.

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

MIHRETE, T. S.; ALEMIE, G. A.; TEFERRA, A. S. Determinants of childhood diarrhea among under-five children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. **BMC Pediatr.**, v. 14, 102, 2014.

MILAD, G.; IZZELDIN, S.; TOFAIL, F.; AHMED, T.; HAKIM, M.; KHALIL, I.; PETRI, W.A. Association between Child Diarrhea and Maternal Depression. **J Shaheed Suhrawardy Med Coll**, June, v. 5, n. 1, 2013.

MOHER, D.; HOPEWELL, S.; SCHULZ, K. F.; MONTORI, V.; GÖTZSCHE, P. C.; DEVEREAUX, P. J.; ELBOURNE, D. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ**, v. 340, 2010.

MOSBY, T. T.; ROMERO, A. L. H.; LINARES, A. L. M.; CHALLINOR, J. M.; DAY, S. W.; CANIZA, M. Testing Efficacy of Teaching Food Safety and Identifying Variables that Affect Learning in a Low-Literacy Population. **J Canc Educ.**, v. 30, n. 1, p. 100–107, 2015.

MOTLAGH, M. E.; HEIDARZADEH, A.; HASHEMIAN, H.; DOSSTDAR, M. Patterns of care seeking during episodes of childhood diarrhea and its relation to preventive care patterns: National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES) of Family Health. Islamic Republic of Iran. **Int J Prev Med.**, v. 3, n. 1, p. 60-67, 2012.

NANDA INTERNATIONAL (NANDA-I). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. Tradução Regina Machado Garcez. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NASCIMENTO, D. S. F.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Hospitalization of children between zero and five years of age for gastroenteritis and diarrhea of presumed infectious origin. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 1, p. 24-29, 2014.

NASCIMENTO, L. A. **Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil** – efeitos de uma intervenção combinada: vídeo educativo e roda de conversa. 2015. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

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

NELSON, M.; DAVIS, M. C. Development and preliminary validation of the Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour Scale. **J Health Psychol.**, v. 18, n. 2, p. 282-91, 2013.

NHAMPOSSA, T.; MANDOMANDO, I.; ACACIO, S.; QUINTÓ, L.; VUBIL, D.; RUIZ, J.; NHALUNGO, D.; SACOOR, C.; NHABANGA, A.; NHACOLO, A.; AIDE, P.; MACHEVO, S.; SIGAÚQUE, B.; NHAMA, A.; KOTLOFF, K.; FARAG, T.; NASRIN, D.; BASSAT, Q.; MACETE, E.; LEVINE, M. M.; ALONSO, P. Diarrheal disease in Rural Mozambique: burden, risk factors and etiology of diarrheal disease among children aged 0–59 months seeking care at health facilities. **PLoS ONE**, v. 10, n. 5, e0119824, 2015.

NICKLAS, T.; LOPEZ, S.; LIU, Y.; SAAB, R.; REITHER, R. Motivational theater to increase consumption of vegetable dishes by preschool children. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 14, n. 16, 2017.

NUNES, M. F. O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: uma revisão. **Rev. bras. orientac. prof.**, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2008.

ODETOYIN, B. W.; HOFMANN, J.; ABODERIN, A. O.; OKEKE, I. N. Diarrhoeagenic *Escherichia coli* in mother-child Pairs in Ile-Ife, South Western Nigeria. **BMC Infectious Diseases**, v. 16, n. 28, 2016.

OLIVEIRA, S. C. **Efeito de uma intervenção educativa na gravidez para alimentação saudável com os alimentos regionais**. 2014. 152f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2014.

OLIVEIRA, B. S. B.; OLIVEIRA, R. K. L.; BEZERRA, J. C.; MELO, F. M. S.; MONTEIRO, F. P. M.; JOVENTINO, E. S. Condições sociais e condutas maternas na prevenção e manejo da diarreia infantil. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 4, e50294, 2017a.

OLIVEIRA, M.; SANTOS, P. P.; SILVA, W. G. **A necessidade da inserção de enfermeiros nas creches: um aspecto para investigação de enfermagem**. 2012. 16 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Presidente Antônio Carlos, Faculdade de Ciências da Saúde de Barbacena, Curso de graduação em Enfermagem, Barbacena, 2012.

OLIVEIRA, R. K. L.; OLIVEIRA, B. S. B.; BEZERRA, J. C.; SILVA, M. J. N.; MELO, F. M. S.; JOVENTINO, E. S. Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160361, 2017b.

OLIVEIRA, T. C. R.; LATORRE, M. R. D. O. Trends in hospital admission and infant mortality from diarrhea: Brazil, 1995-2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 102-111, 2010.

OMORE, R.; O'REILLY, C. E.; WILLIAMSON, J.; MOKY, F.; WERE, V.; FARAG, T. H.; VAN EJIK, A. M.; KOTLOFF, K. L.; LEVINE, M. M.; OBOR, D.; ODHIAMBO, F.; VULULE, J.; LASERSON, K. F.; MINTZ, E. D.; BREIMAN, R. F. Health Care-Seeking Behavior During Childhood Diarrheal Illness: Results of Health Care Utilization and Attitudes Surveys of Caretakers in Western Kenya, 2007–2010. **Am J Trop Med Hyg.**, v. 89, 1 Suppl, p. 29–40, 2013.

ONO, S.; MANABE, Y. Development of the Parental Self-Efficacy Scale for Child Autonomy toward Minor Surgery (PSESCAMS): based on results of questionnaire surveys of parents raising children between 3 and 6 years old. **Jpn J Nurs Sci.**, v. 11, n. 3, p. 151-159, 2014.

ORIA, M. O. B.; XIMENES, L. B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

PAJARES, F.; OLAZ, F. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap.4, p.97-114.

PALMER, E; DAVIS, M. C. Reliability and validity of the Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour (PECHWB) scale. **Child: care, health and development.**, v. 40, n. 3, p. 398-340, 2013.

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, W. M. R. Prevalência de diarréia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 188-197, 2012.

PEDRAZA, D. F.; QUEIROZ, D.; SALES, M. C. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 511-528, 2014.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.

PINZÓN-RONDÓN, Á. M.; ZÁRATE-ARDILA, C.; HOYOS-MARTÍNEZ, A.; RUIZ-STERNBERG, Á. M.; VÉLEZ-VAN-MEERBEKE, A. Country characteristics and acute diarrhea in children from developing nations: a multilevel study. **BMC Public Health**, v. 15, 811, 2015.

POCOCK, S. J.; ELBOURNE, D. R. Randomized trials or observational tribulations? **N Engl J Med.**, v. 342, n. 25, p. 1907-1909, 2000.

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

PRICE, S.M.; BONILLA, E.; ZADOR, P.; LEVIS, D. M.; KILGO, C. L.; CANNON, M. J. Educating women about congenital cytomegalovirus: assessment of health education materials through a web-based survey. **BMC Womens Health.**, v. 14, 144, 2014.

QAZI, S.; ABOUBAKER, S.; MACLEAN, R.; FONTAINE, O.; MANTEL, C.; GOODMAN, T.; YOUNG, M.; HENDERSON, P.; CHERIAN, T. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025. Development of the integrated Global Action Plan for the Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. **Arch Dis Child.**, v. 100, Suppl 1:S23-8, 2015.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, e534, 2010.

RIBEIRO, E. A. W. Efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. **Hygeia**, v. 2, n. 2, p. 27-46, 2006.

RIBEIRO, R. C. A construção de um município saudável: descentralização e Intersetorialidade - experiência de Fortaleza. **Saude soc.**, v. 6, n. 2, 1997.

ROCHA, M. C.; CARMINATE, D. L.; TIBIRIÇÁ, S. H.; CARVALHO, I. P.; SILVA, M. L.; CHEBLI, J. M. Acute diarrhea in hospitalized children of the municipality of Juiz de Fora, MG, Brazil: prevalence and risk factors associated with disease severity. **Arq Gastroenterol.**, v. 49, n. 4, p. 259-265, 2012.

RODRIGUES, J. R. P.; STRINTA, L.; SILVESTRE, G. C. S. B.; ORMONDE JUNIOR, J. C.; BARROS, L. C. Diarreia em crianças menores de cinco anos em uma unidade de saúde da família. **Rev Enferm UFSM**, v. 4, n. 3, p. 594-601, 2014.

SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação.** 2016. 169 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2016.

SAHA, D.; AKINSOLA, A.; SHARPLES, K.; ADEYEMI, M. O.; ANTONIO, M.; IMRAN, S.; JASSEH, M.; HOSSAIN, M. J.; NASRIN, D.; KOTLOFF, K. L.; LEVINE, M. M.; HILL, P. C. Health Care Utilization and Attitudes Survey: Understanding Diarrheal Disease in Rural Gambia. **Am J Trop Med Hyg.**, v. 89, 1 Suppl, p. 13-20, 2013.

SALARKIA, N.; OMIÐVAR, N.; ZAERI, F.; ZEINAB, H. E.; NEYESTANI, T. R. Mother's Self-Efficacy Mediates the Relationship Between Household Food Insecurity and Maternal Infant Feeding Styles. **Matern Child Health J.**, v. 20, n. 3, p. 602-612, 2016.

SALCI, M. A.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V; BOEHS, A. E; HEIDEMANN, I. T. S. B. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto contexto - enferm.**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia da Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Y. F.; CORREIA J. B.; FALBO, A. R. Knowledge about prevention and management of acute diarrhoea among caregivers of children aged under 5 years treated at an emergency department in Pernambuco, Brazil. **Trop Doct.**, v. 45, n. 2, p. 126-128, 2015.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl. 2, p. 74-82, 2009.

SCHULZ, K. F.; GRIMES, D. A. Blinding in randomised trials: hiding who got what. **Lancet.**, v. 359, n. 9307, p. 696-700, 2002.

SCHWARZER, R.; FUCHS, R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In: BANDURA, A. **Self-efficacy in Changing Societies**. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p. 259-288.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 5-39.

SIZIYA, S.; MUULA, A. S.; RUDATSIKIRA, E. Correlates of diarrhoea among children below the age of 5 years in Sudan. **Afr Health Sci.**, v. 13, n. 2, p. 376–383, 2013.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Construct validation of educational technology for patients through the application of the Delphi technique. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012.

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

STOTHARD, J. R.; KHAMIS, A. N.; KHAMIS, I. S.; NEO, C. H.; WEI, I.; ROLLINSON, D. Health education and the control of urogenital schistosomiasis: assessing the impact of the Juma na Kichocho comic-strip medical booklet in Zanzibar. **J Biosoc Sci.**, v. 48, suppl 1, p. S40-55, 2016.

SZESZAK, S.; MAN, R.; LOVE, A.; LANGMACK, G.; WHARRAD, H.; DINEEN, R. A. Animated educational video to prepare children for MRI without sedation: evaluation of the appeal and value. **Pediatr Radiol.**, v. 46, n. 12, p. 1744-1750, 2016.

TADDIO, A.; SHAH, V.; LEUNG, E.; WANG, J.; PARIKH, C.; SMART, S.; HETHERINGTON, R.; IPP, M.; RIDDEL, R.P.; SGRO, M.; JOVICIC, A.; FRANCK, L. Knowledge translation of the HELPinKIDS clinical practice guideline for managing

childhood vaccination pain: usability and knowledge uptake of educational materials directed to new parentes. **BMC Pediatrics**, v. 13, 2013.

TAKEHARA, K.; OKAMURA, M.; SUGIURA, N.; SUTO, M.; SASAKI, H.; MORI, R. Study protocol for a randomized controlled trial to test the effectiveness of providing information on childbirth and postnatal period to partners of pregnant women. **BMJ Open**, v. 6, n. 7, e011919, 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. New York: UNICEF; Geneva: WHO, 2009.

VAN RIJEN, E. H.; GASANOVA, N.; BOONSTRA, A. M.; HUIJDING, J. Psychometric qualities of the Short Form of the Self-efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale. **Child Psychiatry Hum Dev**, v. 45, n. 4, p. 443-55, 2014.

WALKER, C. L. F.; WALKER, N. The Lives Saved Tool (LiST) as a model for diarrhea mortality reduction. **BMC Medicine**, v. 12, 2014.
WEBAIR, H. H.; BIN-GOUTH, A. S. Factors affecting health seeking behavior for common childhood illnesses in Yemen. **Patient Prefer Adherence**, v. 23, n. 7, p. 1129-1138, 2013.

WOOD, M.R.; PRICE, J.H.; DAKE, J.A.; TELLJOHANN, S.K.; KHUDER, S.A. African American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. **J Pediatr Nurs**, v. 25, n. 5, p. 418-27, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Dept. of Child and Adolescent Health and Development. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: WHO, 2008.

_____. **Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach** Geneva: WHO, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Ending Preventable Child Deaths from Pneumonia and Diarrhoea by 2025 - The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD)**. Geneva: WHO; New York: UNICEF, 2013.

ZOLOTOR, A.; RUNYAN, D.K.; SHANAHAN, M.; DURRANCE, C.P.; NOCERA, M.; SULLIVAN, K.; KLEVENS, J.; MURPHY, R.; BARR, M.; BARR, R.G. Effectiveness of a Statewide Abusive Head Trauma Prevention Program in North Carolina. **JAMA Pediatr**, v. 169, n. 12, p. 1126–1131, 2015.

XIMENES NETO, F. R. G.; QUEIROZ, C. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v.10, n.2, p.51-59, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DOS GRUPOS CONTROLE

Cara Senhora,

Você está sendo convidada a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas que ajudem a evitar a diarreia infantil. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de diarreia infantil, repercutindo diretamente na redução da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Antes e após o seu atendimento na Unidade de Atenção Primária à Saúde, realizaremos no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Por dois meses faremos um acompanhamento por contato telefônico, pelo qual realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Todas essas etapas deverão ocorrer no próprio posto de saúde, mas caso não seja possível nos encontrarmos nas consultas de retorno, visitaremos sua casa para continuarmos a entrevista.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho e a informações sobre você e sobre seu filho.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones abaixo:

Nome: Lorena Barbosa Ximenes **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 8861-6181

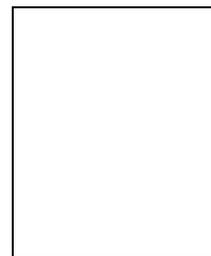
Nome: Jardeliny Corrêa da Penha **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 8923-0821

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

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



Digitais, caso não assine.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome da testemunha:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____/____/____

Assinatura:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DOS GRUPOS INTERVENÇÕES

Cara Senhora,

Você está sendo convidada a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de diarreia infantil, repercutindo diretamente na redução da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Antes ou após consultas o seu atendimento na Unidade de Atenção Primária à Saúde, realizaremos no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora assistirá a um vídeo educativo e/ou lerá uma cartilha sobre como evitar diarreia nas crianças. Por dois meses faremos um acompanhamento por contato telefônico, pelo qual realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Todas essas etapas deverão ocorrer no próprio posto de saúde, mas caso não seja possível nos encontrarmos nas consultas de retorno, visitaremos sua casa para continuarmos a entrevista.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para assistir ao vídeo e/ou ler a cartilha, e para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate as responsáveis pela pesquisa nos telefones abaixo:

Nome: Lorena Barbosa Ximenes **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 8861-6181

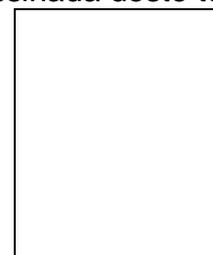
Nome: Jardeliny Corrêa da Penha **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 8923-0821

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

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



Digitais, caso não assine.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome da testemunha:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____/____/____

Assinatura:

APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO PARA A AUTORA DOS FORMULÁRIOS, DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL E DO VÍDEO EDUCATIVO

Dra. Emanuella Silva Joventino,

Eu, Jardeliny Corrêa da Penha, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e a Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**”, que tem por objetivo avaliar a eficácia de diferentes tecnologias educativas para a prevenção da diarreia infantil.

Reconhecendo as pesquisas desenvolvidas por você nesta temática, solicitamos a autorização para a utilização do **Formulário sobre questões demográficas, socioeconômicas, sanitárias e de saúde da criança, da Escala de Autoeficácia para prevenção da diarreia infantil (EADPI) e do Formulário reduzido para investigação da diarreia infantil, bem como do vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”**, em nossa pesquisa.

Desde já agradecemos a contribuição na realização do nosso estudo.

Fortaleza-CE, 01 de junho de 2015.

Jardeliny Corrêa da Penha
Doutoranda em Enfermagem – UFC
E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br
CPF: 014.845.483-6

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes
Professora Orientadora – UFC
CPF: 462.335.043-68

APÊNDICE D - SOLICITAÇÃO PARA A AUTORA DA CARTILHA EDUCATIVA

Me. Leidiane Minervina Moraes de Sabino,

Eu, Jardeliny Corrêa da Penha, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, e a Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**”, que tem por objetivo avaliar a eficácia de diferentes tecnologias educativas para a prevenção da diarreia infantil.

Reconhecendo as pesquisas desenvolvidas por você nesta temática, solicitamos a autorização para a utilização da cartilha **educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho”**, em nossa pesquisa.

Desde já agradecemos a contribuição na realização do nosso estudo.

Fortaleza-CE, 01 de junho de 2015.

Jardeliny Corrêa da Penha
Doutoranda em Enfermagem – UFC
E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br
CPF: 014.845.483-6

Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes
Professora Orientadora – UFC
CPF: 462.335.043-68

APÊNDICE E – PRODECIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) 1 - ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL (EAPDI)

1. OBJETIVO DO POP 1: Colaborar para a aplicação compreensível e uniforme da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), durante os contatos face a face e por telefone entre o coletador e o sujeito participante do estudo.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO DO POP 1: O POP 1 deverá ser seguido para aplicação da EAPDI tanto no grupo controle como no grupo intervenção, os quais serão compostos por mães de crianças de zero a menores de cinco anos de idade. Lembre-se que o POP 1 será útil para o primeiro momento, contato face a face com as mães, e para os momentos posteriores, contato por telefone.

3. DESCRIÇÃO: A EAPDI é uma escala, construída e validada por Joventino (2010), que avalia a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Esta escala contém 24 itens, sendo que a valoração de cada item pode variar de 1 a 5 pontos, ou seja, cada sujeito participante poderá escolher uma única resposta dentre estas: 1- discordo totalmente; 2- discordo; 3- às vezes concordo; 4- concordo; e 5- concordo totalmente. A seguir será apresentado o passo a passo para aplicação da escala:

1º Passo: Inicialmente, apresente-se à mãe, dizendo seu nome e a instituição a qual está vinculado. Em seguida, fale sobre a pesquisa que está realizando: autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil, ou seja, se a mãe se sente confiável para evitar a ocorrência da diarreia infantil em seu filho; reforce que a participação dela se dará em vários momentos da pesquisa por meio de entrevistas face a face e por ligações telefônicas, sendo assim procure saber se a mulher possui número de telefone (fixo ou móvel - celular).

2º Passo: Na primeira entrevista com a mãe (no contato face a face), leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de modo a explicar mais detalhadamente do que se trata a pesquisa. Ao final da leitura, pergunte-a se concorda em participar da mesma, caso a resposta seja afirmativa, solicite-a que assine duas cópias do TCLE, deixando uma via com ela e outra com você, anote ainda o número de telefone para os próximos contatos.

3º Passo: Inicie a aplicação das questões da EAPDI, mas antes entregue uma cópia da EAPDI para a mãe e lembre-a que você quer saber ela se sente capaz de prevenir (evitar) a diarreia em seu filho. Após isso, apresente a EAPDI: diga que são 24 perguntas e para cada uma haverá 5 opções de resposta, explicando o significado de cada resposta (1- você discorda totalmente; 2- você apenas discorda; 3- às vezes concorda; 4- você concorda; e 5- você concorda totalmente). Pergunte à mãe se ela compreendeu, em caso de afirmação ou negação, exemplifique. Desse modo, utilize um item da escala para tal.

EXEMPLO: Item 8- Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia. Leia o item "Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia". Em seguida, explique novamente as 5 opções de resposta, falando que se ela responder "1. discordo totalmente", significa que ela está dizendo que "não se sente de maneira alguma capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia, nunca se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia". Após isso, peça para

que ela leia as respostas com seu significado, quadro 1, na cópia da EAPDI que foi entregue.

QUADRO 1. Significados das respostas da EAPDI (Joventino, 2010).

NÚMERO DA OPÇÃO DE RESPOSTA	ALTERNATIVA	SIGNIFICADO
1	DISCORDO TOTALMENTE	A senhora não se sente de maneira alguma capaz de (...), nunca se sente capaz de (...).
2	DISCORDO	A senhora não se sente capaz de (...).
3	ÀS VEZES CONCORDO	A senhora às vezes se sente capaz de (...).
4	CONCORDO	A senhora se sente capaz de (...).
5	CONCORDO TOTALMENTE	A senhora se sente completamente capaz de (...).

4º Passo: Após a explicação sobre a escala, pergunte à mulher se tem mais alguma dúvida. Caso ela possua, esclareça. Depois disso ou se ela não tiver dúvidas, pergunte-a se poderão iniciar o preenchimento das questões da escala. Em caso negativo, deixe a mulher à vontade para ler toda a escala e diga que iniciará assim que ela puder.

5º Passo: Ao iniciar a aplicação da escala, leia o item e caso perceba que a mãe ficou com dúvidas, esclareça-o, conforme apresentado abaixo. Após a leitura e explicação do item, solicite que a mulher dê a sua resposta, como foi explicado anteriormente.

Item 1. Leia "Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 2. Leia "Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 3. Leia "Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o seu filho?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 4. Leia: "Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 5. Leia: "Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de manter limpo o local onde

prepara a comida?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 6. Leia: "Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de cobrir os alimentos e água depois de se servir?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 7. Leia: "Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de amamentar seu filho por mais de 6 meses?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 8. Leia: "Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 9. Leia: "Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar suas mãos com água e sabão antes de alimentar o seu filho?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 10. Leia: "Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 11. Leia: "Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de não oferecer para o seu filho a sobra de refeições anteriores?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 12. Leia: "Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de levar o seu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 13. Leia: "Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 14. Leia: "Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do seu filho após cada uso?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 15. Leia: "Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 16. Leia: "Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de cortar as unhas do seu filho quando necessário?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 17. Leia: "Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados".

Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de jogar o lixo da sua casa em sacos amarrados?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 18. Leia: "Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de manter o seu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 19. Leia: "Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 20. Leia: "Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão)". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de oferecer uma alimentação saudável para o seu filho após deixar de mamar, contendo frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 21. Leia: "Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de manter a sua casa limpa antes do seu filho andar/brincar no chão?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 22. Leia: "Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de manter seu filho calçado fora de casa?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 23. Leia: "Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de limpar o seu filho, quando ele faz xixi ou cocô?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 24. Leia: "Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho". Em caso de dúvida, pergunte: "A senhora se sente capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao seu filho?". Após o questionamento, solicite a resposta da mãe e marque com um "X" a alternativa indicada.

6º Passo: Ao término da aplicação da escala, solicite à mãe que confirme o número do telefone. E ressalte que brevemente você entrará em contato para que ela responda novamente a mesma escala que foi aplicada e um formulário reduzido para investigação da ocorrência da diarreia no filho dela. Ressalte que os modelos dos dois instrumentos estão na pasta que foi entregue a ela. Além deles, há o cartão acompanhamento da ocorrência da diarreia infantil, o qual servirá para ela marcar com um "X" o dia que o filho tiver diarreia. Relembre com a mãe o que é diarreia. Após isso, explique que ela irá responder outras perguntas, as quais estão relacionadas às condições de vida dela e da criança.

Observações: Durante a coleta de dados por telefone, inicialmente, relembre à mulher o seu nome e o porquê de você estar ligando para ela, resgatando o primeiro momento (face a face na UBS) que estiveram juntos. Logo após, pergunte se ela

tem tempo para vocês conversarem, se sim, peça-a para que pegue a EAPDI entregue no primeiro dia, e inicie com os questionamentos da escala. Em seguida, faça as perguntas do formulário reduzido para investigação da diarreia infantil, conforme o POP 3. Ao final agradeça-a por estar participando da pesquisa. Caso a mãe não tenha tempo, pergunte-a qual o melhor horário para você estar retornando a ligação.

APÊNDICE F – PRODECIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) 2 - ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

1. OBJETIVO DO POP 2: Colaborar para a aplicação compreensível e uniforme do formulário que investiga os dados demográficos, as condições socioeconômicas e sanitárias, bem como a saúde da criança, durante o contato face a face entre o coletador e o sujeito participante do estudo.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO DO POP 2: O POP 2 deverá ser seguido para aplicação do formulário que investiga os dados demográficos, as condições socioeconômicas e sanitárias, bem como a saúde da criança, no grupo controle e intervenção, durante o primeiro contato (face a face) entre o coletador e o sujeito participante do estudo

3. DESCRIÇÃO: O formulário, que investiga os dados demográficos, as condições socioeconômicas e sanitárias e a saúde da criança, foi construído e validado por Joventino (2010). A seguir será apresentado o passo a passo para aplicação do mesmo com as mães:

1º Passo: Inicialmente, explique à mãe que a partir de agora ela irá responder algumas perguntas sobre os dados demográficos, as condições socioeconômicas e sanitárias, bem como sobre a saúde do seu filho. Diga que é um formulário um pouco maior que o anterior, mas que ela irá precisar falar somente sobre suas condições de vida e da criança, e também do cotidiano da família.

2º Passo: Pergunte-a se você pode iniciar com os questionamentos. Caso a resposta seja negativa, afirma que você somente iniciará as perguntas quando ela estiver preparada.

- DADOS DEMOGRÁFICOS

Item 1. Inicie, registrando o nome da mãe sem abreviações. Se possível, pergunte novamente o nome dela, para não anotar errado.

Item 2. Pergunte: "Qual a sua idade?". Solicite-a que responda, em seguida registre a idade em anos no formulário.

Item 3. Pergunte: "Qual o endereço da sua residência?". Solicite-a que responda, em seguida registre o endereço no formulário.

Item 4. Pergunte: "Quanto tempo você mora neste endereço?". Solicite-a que responda, em seguida registre o tempo em anos no formulário. Se o tempo for inferior a um ano, registre apenas: menor que 1 ano.

Item 5. Pergunte: "Qual a sua escolaridade?". Solicite-a que responda, segundo as alternativas apresentadas: 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; e 7- nunca estudou. Marque a alternativa indicada com um "X". Não se preocupe para a conversão desta variável em anos.

Item 6. Pergunte: "Qual o seu estado civil?". Solicite-a que responda, segundo as alternativas apresentadas: 1- casada; 2- união consensual; 3- solteira; 4- divorciada; e 5- viúva. Marque a alternativa indicada com um "X".

Item 7. Pergunte: "Qual a sua ocupação?". Solicite-a que responda, segundo as alternativas apresentadas: 1- dona de casa; 2- vendedora; 3- costureira; 4- auxiliar de serviços gerais; 5- faxineira (diarista); 6- autônoma; 7- estudante; e 8- outros. Marque a alternativa indicada com um "X". Se "outros", especifique conforme dito pela mãe.

Item 8. Pergunte: "Quantas pessoas moram na residência?". Solicite-a que responda, em seguida registre a quantidade de pessoas no formulário.

Item 9. Pergunte: "Qual a renda familiar?". Solicite-a que responda, em seguida registre no formulário. Leve em consideração que o salário mínimo atual é de ????.

Item 10. Pergunte: "Qual a data de nascimento da criança?". Solicite-a que responda, em seguida registre no formulário a data de nascimento em dia, mês e ano. E lembre-se de que a idade deverá ser compreendida na seguinte faixa etária: zero a menor de cinco anos de idade. Exemplo: 18/01/2010. Pergunte também: "Qual o nome da criança?". Solicite-a que responda, em seguida registre o nome da criança sem abreviações no formulário.

Observação: Caso a mãe tenha a mãe tenha mais de um filho menor de cinco anos de idade, a ordem de prioridade para a escolha da criança será: 1º criança que tenha tido o episódio de diarreia mais recente, sendo assim pergunte à mãe qual(is) do(s) seu(s) filho(s) já teve/tiveram diarreia; 2º criança com maior idade).

Item 11. Pergunte: "Qual o sexo da criança?". Solicite-a que responda: FEMININO ou MASCULINO. Em seguida registre a alternativa indicada com um "X".

Item 12. Pergunte: "A criança estuda atualmente?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: SIM, NÃO ou NUNCA ESTUDOU. Em seguida registre a alternativa indicada com um "X".

Item 13. Pergunte: "Quantas gestações a senhora teve?". Solicite-a que responda, em seguida registre o número de gestações no formulário.

Item 14. Pergunte: "Quantos abortos a senhora teve?". Solicite-a que responda, em seguida registre o número de abortos no formulário. Caso a mulher não tenha tido aborto, registre "0".

Item 15. Pergunte: "Quantas crianças nasceram vivas?". Solicite-a que responda, em seguida registre o número de crianças nascidas vivas no formulário.

Item 16. Pergunte: "Quantos filhos estão vivos?". Solicite-a que responda, em seguida registre o número de filhos vivos (durante o período da coleta) no formulário.

Item 17. Pergunte: "Qual o sexo do(s) seu(s) filho(s)?". Solicite-a que responda quantos são do sexo masculino e quantos do feminino. Em seguida registre no formulário.

- CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SANITÁRIAS

Item 18. Pergunte: "Qual o tipo de casa que a senhora mora?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- taipa; 2- tábuas; 3- tijolo com reboco; 4- mista; e 5- tijolo sem reboco. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 19. Pergunte: "Qual o tipo de piso do seu domicílio?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- cerâmica; 2- cimento; 3- terra; e 4- tábuas. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 20. Pergunte: "Qual o destino do lixo do seu domicílio?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- coletar regular/periódica; 2- lançado a céu aberto/rio; 3- queimado; 4- enterrado; e 5- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 21. Pergunte: "Existem moscas no domicílio?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- o ano inteiro; 2- no inverno (período chuvoso); 3- às vezes (independente da época do ano); e 4- nunca aparece. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 22. Pergunte: "A água que abastece a casa é proveniente de onde?". Solicite-a

que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- rede pública/encanada; 2- chafariz; 3- bomba; 4- poço/cacimba; 5- cisterna; 6- lagoa, riacho ou rio; 7- açude; 8- carro-pipa; e 9- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 23. Pergunte: "Qual a procedência da água que a criança consome?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- água mineral; 2- torneira; e 3- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 24. Pergunte: "Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- sim; 2- não; e 3- a criança só mama. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 25. Pergunte: "Se realiza algum tratamento, qual dos tratamentos listados abaixo?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- apenas ferve a água; 2- apenas filtra a água; 3- ferve e filtra a água; 4- trata com hipoclorito de sódio; 5- coa através de um pano; e 6- outro tratamento. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "trata com hipoclorito de sódio", pergunte sobre a diluição, e se "outros", registre no formulário o tratamento utilizado conforme dito pela mulher.

Item 26. Pergunte: "Qual a localização das torneiras do domicílio?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- cozinha; 2- banheiro; 3- quintal; e 4- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 27. Pergunte: "Existe hoje sabão próximo às torneiras onde se lavam as mãos?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 28. Pergunte: "Qual o tipo de sanitário do seu domicílio?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- com descarga d'água; 2- sem descarga d'água; e 3- sem sanitário. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 29. Pergunte: "Qual o tipo de esgoto da casa?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- rede pública; 2- fossa séptica/asséptica; 3- céu aberto; 4- desconhecido; e 5- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário conforme dito pela mulher.

Item 30. Pergunte: "Há na casa da criança um refrigerador funcionando hoje?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 31. Pergunte: "Na casa existe algum animal?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "SIM", pergunte à mulher e especifique no formulário qual o animal.

- SAÚDE DA CRIANÇA

Item 32. Pergunte: "Alguém a ajuda a cuidar do seu filho?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 33. Pergunte: "A criança foi internada no primeiro mês de vida?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 34. Pergunte: "A criança possui alguma doença?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "SIM", pergunte à mulher e especifique no formulário qual a doença.

Item 35. Pergunte: "A criança nasceu prematura?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 36. Pergunte: "Você amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- menos de 1 mês; 2- até 1 mês; 3- entre 1 e 2 meses; 4- entre 2 e 4 meses; 5- até 6 meses, e 6- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o tempo em meses conforme dito pela mulher.

Item 37. Pergunte: "Seu filho ingere algum alimento através de mamadeira?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Observação: Se a mãe respondeu NÃO, vá para o item 40.

Item 38. Pergunte: "Se sim, quando seu filho não toma todo o conteúdo da mamadeira, o que você geralmente faz com o que sobra?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- joga fora o resto; 2- guarda para mais tarde em temperatura ambiente; 3- guarda para mais tarde no refrigerador; 4- oferece o conteúdo que sobrou para terceiros; e 5- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

Item 39. Pergunte: "Como você, geralmente, limpa o bico da mamadeira e a mamadeira?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- lava com água; 2- lava com água e sabão; 3- ferve/escalda o bico; 4- ferve/escalda o bico e a mamadeira; e 5- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

Item 40. Pergunte: "Você ferve/escalda os utensílios utilizados na alimentação do seu filho (prato, colher, copo, outros)?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 41. Pergunte: "Se sim, com qual frequência o faz?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- uma vez na semana; 2- duas vezes na semana; 3- uma vez ao dia; 4- após cada uso; e 5- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

Item 42. Pergunte: "A criança apresenta dor abdominal ou chora durante a evacuação?". Solicite-a que responda: SIM, NÃO ou DESCONHECIDO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 43. Pergunte: "Seu filho já apresentou episódio de diarreia?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se a mãe respondeu NÃO, vá para a pergunta 54.

Observação: Episódio de diarreia - três ou mais evacuações amolecidas em um período de 24 horas.

Item 44. Pergunte: "Quantos episódios (dias) de diarreia seu filho teve no último mês?". Solicite-a que responda, em seguida registre o número de dias que o filho teve diarreia.

Item 45. Pergunte: "Qual o aspecto das fezes da criança quando a criança estava com diarreia?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- líquida; 2- pastosa; 3- com sangue; 4- esverdeada; 5- amarelada; e 6- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

Item 46. Pergunte: "Quando a criança apresentou diarreia, veio acompanhada por (...)?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- febre; 2- vômito; 3- muco nas fezes; e 4- nenhum sinal ou sintoma. Em seguida, marque

com um "X" a alternativa indicada.

Item 47. Pergunte: "Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 48. Pergunte: "A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia?". Solicite-a que responda: SIM, NÃO ou DESCONHECIDO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 49. Pergunte: "A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia?". Solicite-a que responda: SIM, NÃO ou NÃO LEMBRA. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 50. Pergunte: "Você realiza algum receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 51. Pergunte: "Se sim, que receita caseira você realiza?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- soro caseiro; 2- chá do olho da goiabeira; 3- fruta constipante; e 4- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Caso tenha sido uma fruta constipante, peça para que ela diga qual foi, ou se foi "outros", questione sobre qual outra receita caseira ela utilizou e anote-a.

Item 52. Pergunte: "Você já ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO) para o seu filho?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 53: Pergunte: "Se sim, qual a diluição que você realiza?". Solicite-a que responda e registre no formulário, conforme dito pela mulher.

Item 54: Pergunte: "Quando seu filho apresenta diarreia o que você faz?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 1- suspende a alimentação normal da criança; 2- continua oferecendo a mesma alimentação; e 3- procura melhorar a alimentação e hidratar mais. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 55. Pergunte: "O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se SIM, pergunte e registre no formulário a quantidade de doses que a criança recebeu.

Item 56. Pergunte: "Alguma das crianças menores de 5 anos, costuma receber cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)?" Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 57. Pergunte: "Na sua opinião, quais as possíveis causas da diarreia?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 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; e 14- não sabe. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

Item 58. Pergunte: "Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada.

Item 59. Pergunte: "Quais as principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia?". Solicite-a que responda, considerando as alternativas apresentadas: 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; e 10- outros. Em seguida, marque com um "X" a alternativa indicada. Se "outros", registre no formulário o que foi dito pela mulher.

3º Passo: Ao final agradeça-a por estar participando da pesquisa e lembre que posteriormente serão feitos contatos por telefone.

APÊNDICE G – PRODECIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) 3 - ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO REDUZIDO PARA INVESTIGAÇÃO DA OCORRÊNCIA DA DIARREIA INFANTIL

1. OBJETIVO DO POP 3: Colaborar para a aplicação compreensível e uniforme do formulário reduzido para investigação da ocorrência da diarreia infantil, durante o contato por telefone entre o coletador e o sujeito participante do estudo.

2. CAMPO DE APLICAÇÃO DO POP 3: O POP 3 deverá ser seguido para aplicação do formulário reduzido para investigação da ocorrência da diarreia infantil tanto no grupo controle como no grupo intervenção, por meio do contato telefônico.

3. DESCRIÇÃO: O formulário reduzido para investigação da ocorrência da diarreia infantil, também construído e validado por Joventino (2010), avalia, conforme o nome já diz, a ocorrência da diarreia infantil. A seguir será apresentado o passo a passo para aplicação do mesmo com as mães:

1º Passo: Inicialmente, explique à mãe que a partir de agora ela irá responder algumas perguntas que buscam investigar se o filho dela teve diarreia nos últimos dias. Assim, solicite que ela pegue na pasta o formulário reduzido para investigação da ocorrência da diarreia infantil e o cartão de acompanhamento.

2º Passo: Pergunte-a se ela possui alguma(s) dúvida(s). Elucide-a(s). Em seguida, pergunte-a se pode iniciar os questionamentos do formulário reduzido.

Item 1. Pergunte: "No último mês, seu filho apresentou diarreia?". Peça para que ela olhe no cartão de acompanhamento entregue no primeiro dia, assim, refaça o questionamento: "Tem algum dia que a senhora marcou no cartão que seu filho tenha tido diarreia?". Após, solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe. Caso a criança não tenha apresentado diarreia nos últimos dias, vá para o item 12. Por outro lado, se a resposta for afirmativa, prossiga com a investigação, fazendo as próximas perguntas.

Item 2. Pergunte: "Se sim, quantas vezes por dia, em média?". Em caso de dúvida, explique: "se o filho da senhora teve diarreia, quantas vezes por dia ele fez cocô?". Após isso, pergunte-a também: "Quantos dias?", ou seja, "por quantos dias ele teve diarreia?". Em seguida solicite-a que responda. Faça a marcação desses questionamentos por DIAS e não por semana.

Item 3. Pergunte, caso a criança tenha tido diarreia: "Como eram as fezes?". Solicite-a que responda, conforme as alternativas apresentadas: 1- líquida; 2- pastosa; 3- com sangue; 4- esverdeada; 5- amarelada; e 6- outros. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe. Se "outros", escreva ainda explicação dada pela mãe.

Item 4. Pergunte: "Quando a criança apresentou diarreia, veio acompanhada por (...)?". Solicite-a que responda, conforme as alternativas apresentadas: 1- febre; 2- vômito; 3- muco nas fezes; 4- nenhum sinal ou sintoma. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 5. Pergunte: "Se sim, você levou-o a algum serviço de saúde?", ou seja, "se o seu filho teve diarreia, a senhora levou-o para algum serviço de saúde?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe. Após isso e caso a resposta seja afirmativa, pergunte: "Qual?", ou seja, "para qual serviço de saúde a senhora levou seu filho?", se foi para o posto de saúde, faça a próxima pergunta, e caso tenha sido para o hospital, vá para o item 7. Se a mãe não

levou para nenhum serviço de saúde, vá para o item 9.

Item 6. Pergunte: "Se para o posto de saúde, quantas vezes você levou seu filho a esse serviço?". Solicite-a que responda, após isso, anote a resposta considerando o número de vezes.

Item 7. Pergunte: "Se levou seu filho para o hospital, ele ficou internado?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 8. Pergunte: "A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia?". Solicite-a que responda: SIM, NÃO ou NÃO SABE. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 9. Pergunte: "A senhora realizou algum receita caseira quando a criança estava com diarreia?" Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 10. Pergunte: "Se sim, que receita caseira você realizou?" Solicite-a que responda, conforme as alternativas apresentadas: 1- soro caseiro; 2- chá do olho da goiabeira; 3- fruta constipante; e 4- outros. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe. Caso tenha sido uma fruta constipante, peça para que ela diga qual foi, ou se foi "outros", questione sobre qual outra receita caseira ela utilizou e anote-a.

Item 11. Pergunte: "Você ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO), de pacotinho, para o seu filho?". Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 12. Pergunte: "Você recebeu visita de algum profissional de saúde ou do agente comunitário de saúde nesse mês?" Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

Item 13. Pergunte: "Se sim, ele lhe deu alguma orientação sobre diarreia infantil?" Solicite-a que responda: SIM ou NÃO. Após a resposta, marque com um "X" a alternativa indicada pela mãe.

3º Passo: Ao final, agradeça a participação da mãe na pesquisa, reforce que outros contatos serão feitos e encerre a ligação.

ANEXOS

Código da Participante:

Grupo da Participante:

119

Telefone fixo e/ou celular:

ANEXO A - FORMULÁRIO

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Nome da mãe: _____ 1. _____
2. Idade (mãe): _____ anos Endereço: _____ 2. _____
3. Quanto tempo mora neste endereço? (A=anos; M=meses) _____ 3. _____
4. Escolaridade (será convertida em anos de estudo) 4. _____
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
5. Estado civil 5. _____
1. Casada 2. União consensual 3. Solteira 4. Divorciada 5. Viúva
6. Ocupação 6. _____
1. Dona de casa 2. Vendedora 3. Costureira 4. Auxiliar de serviços gerais
5. Faxineira (diarista) 6. Autônoma 7. Estudante 8. Outros. Especificar _____
7. Quantas pessoas moram na residência? _____ 7. _____
8. Renda familiar: _____ (Salário mínimo atual: R\$ 788,00) 8. _____
9. Data de nascimento da criança: ____/____/____ 9. _____
- (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)
10. Sexo 1. Masculino 2. Feminino 10. _____
11. A criança estuda atualmente? 1. Sim 2. Não 3. Nunca estudou 11. _____
12. Quantas gestações a mãe teve? _____ 12. _____
13. Quantos abortos a mãe teve? _____ 13. _____
14. Quantas crianças nasceram vivas? _____ 14. _____
15. Quantos estão vivos atualmente? _____ 15. _____
16. Sexo dos filhos 1. Masculino (M): _____ 2. Feminino (F): _____ 16. _____

B. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E SANITÁRIAS

17. Tipo de casa 17. _____
1. Taipa 2. Tábua 3. Tijolo com reboco 4. Mista 5. Tijolo sem reboco
18. Qual o tipo de piso do domicílio? 18. _____
1. Cerâmica 2. Cimento 3. Terra 4. Tábua
19. Qual o destino do lixo da residência? 19. _____
1. Coleta regular/periódica 2. Lançado a céu aberto 3. Queimado
4. Enterrado 5. Outros. Especificar _____
20. Existem moscas no domicílio? 20. _____
1. O ano inteiro 2. No inverno (período chuvoso) 3. Às vezes (independente da época do ano) 4. Nunca aparece
21. A água que abastece a casa é proveniente de onde? 21. _____
1. Rede pública/encanada 2. Chafariz 3. Bomba 4. Poço/cacimba 5. Cisterna
6. Lagoa, riacho ou rio 7. Açude 8. Carro-pipa 9. Outros. Especificar _____
22. Qual a procedência da água que a criança consome? 22. _____
1. Água mineral 2. Torneira 3. Outros. Especificar _____
23. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar? 23. _____
1. Sim 2. Não 3. A criança só mama
24. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo? 24. _____
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 _____
25. Qual a localização das torneiras do domicílio? 25. _____
1. Cozinha 2. Banheiro 3. Quintal 4. Outros. Especificar _____
26. Existe hoje sabão próximo às torneiras de onde se lavam as mãos? 1. Sim 2. Não 26. _____
27. Tipo de sanitário 1. Com descarga d'água 2. Sem descarga d'água 3. Sem sanitário 27. _____
28. Qual o tipo de esgoto da casa? 28. _____
1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto 4. Desconhecido 5. Outro. Especificar _____
29. Há na casa da criança um refrigerador funcionando? 1. Sim 2. Não 29. _____
30. Na casa existe algum animal? 1. Sim. Especificar _____ 2. Não 30. _____

C. SAÚDE DA CRIANÇA

31. Alguém ajuda você a cuidar do seu filho? 1. Sim 2. Não 31. _____
32. A criança foi internada no primeiro mês de vida? 1. Sim 2. Não 32. _____
33. A criança possui alguma doença? 1. Sim. Especificar _____ 2. Não 33. _____

- 34. A criança nasceu prematura?** 1. Sim 2. Não **34.** _____
- 35. Você amamentou seu filho exclusivamente por quanto tempo?** **35.** _____
 1. Menos de 1 mês 2. Até 1 mês 3. Entre 1 e 2 meses 4. Entre 2 a 4 meses
 5. Até 6 meses 6. Outro. Especificar _____
- 36. Seu filho ingere algum alimento através de mamadeira?** 1. Sim 2. Não **36.** _____
- SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 39**
- 37. Se sim, quando seu filho não toma todo o conteúdo da mamadeira, o que você geralmente faz com o que sobra?** **37.** _____
 1. Joga fora o resto 2. Guarda para mais tarde em temperatura ambiente 3. Guarda para mais tarde no refrigerador
 4. Oferece o conteúdo que sobrou para terceiros 5. Outros. Especificar _____
- 38. Como você, geralmente, limpa o bico da mamadeira e a mamadeira?** **38.** _____
 1. Lava com água 2. Lava com água e sabão 3. Ferve/escalda o bico
 4. Ferve/escalda o bico e a mamadeira 5. Outros. Especificar _____
- 39. Você ferve/escalda os utensílios utilizados na alimentação do seu filho (prato, colher, copo, outros)?** **39.** _____
 1. Sim 2. Não
- 40. Se sim, com qual frequência o faz?** **40.** _____
 1. 1x na semana 2. 2x na semana 3. 1x ao dia 4. Após cada uso 5. Outro. Especificar _____
- 41. A criança apresenta dor abdominal ou chora durante a evacuação?** **41.** _____
 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido
- 42. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia?** 1. Sim 2. Não **42.** _____
 (Episódio de diarreia: três ou mais evacuações amolecidas em um período de 24 horas)
- 43. Quantos episódios (dias) de diarreia seu filho teve no último mês?** _____ **43.** _____
- SE RESPONDEU “NENHUM”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 54**
- 44. Qual o aspecto das fezes da criança quando a criança estava com diarreia?** **44.** _____
 1. Líquida 2. Pastosa 3. Com sangue 4. Esverdeada 5. Amarelada 6. Outro. Especificar _____
- 45. Quando a criança apresentou diarreia, veio acompanhada por:** **45.** _____
 1. Febre 2. Vômito 3. Muco nas fezes 4. Nenhum sinal ou sintoma
- 46. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde?** **46.** _____
 1. Sim 2. Não
- 47. A criança foi internada em hospital devido à diarreia?** **47.** _____
 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido
- 48. A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico para diarreia?** **48.** _____
 1. Sim 2. Não 3. Não lembra
- 49. Você realizou alguma receita caseira quando a criança encontrava-se com diarreia?** **49.** _____
 1. Sim 2. Não
- 50. Se sim, que receita caseira você realiza?** **50.** _____
 1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira 3. Fruta constipante. Qual? _____ 4. Outros. Especificar _____
- 51. Você ofereceu Soro de Reidratação Oral para o seu filho?** 1. Sim 2. Não **51.** _____
- 52. Se sim, qual a diluição que você realizou?** _____ **52.** _____
- 53. Quando a criança apresentou diarreia você:** **53.** _____
 1. Suspendeu a alimentação normal da criança 2. Continuou oferecendo a mesma alimentação
 3. Procurou melhorar a alimentação e hidratar mais
- 54. O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus?** 1. Sim 2. Não **54.** _____
- 55. Se sim, quantas doses?** 1. Uma 2. Duas **55.** _____
- 56. A criança recebe cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)?** **56.** _____
 1. Sim 2. Não
- 57. Na sua opinião, quais as possíveis causas da diarreia?** **57.** _____
 1. Comida mal cozida 2. Água contaminada 3. Comida gordurosa 4. Quentura/calor 5. Dentição
 6. Mãos e objetos sujos na boca 7. Desmame precoce 8. Susto ou mau-olhado 9. Gripe, virose, infecção
 10. Medicamentos 11. Vermes 12. Contaminação de alimentos por moscas, sujeira 13. Outros. Especificar _____
 14. Não sabe
- 58. Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia?** **58.** _____
 1. Sim 2. Não
- 59. Se sim, quais as principais fontes de informação sobre a prevenção da diarreia?** **59.** _____
 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. Especificar _____

OBSERVAÇÕES:

ANEXO B – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

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

1 = Discordo totalmente
2 = Discordo
3 = Às vezes concordo
4 = Concordo
5 = Concordo totalmente

Grupo da
Participante:

Código da
Participante:

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	E1 _____
2 Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	1	2	3	4	5	E2 _____
3 Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	1	2	3	4	5	E3 _____
4 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	1	2	3	4	5	E4 _____
5 Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	1	2	3	4	5	E5 _____
6 Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	1	2	3	4	5	E6 _____
7 Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.	1	2	3	4	5	E7 _____
8 Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	1	2	3	4	5	E8 _____
9 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	1	2	3	4	5	E9 _____
10 Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	1	2	3	4	5	E10 _____
11 Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	1	2	3	4	5	E11 _____
12 Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	1	2	3	4	5	E12 _____
13 Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo	1	2	3	4	5	E13 _____

para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.

14 Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso. **1 2 3 4 5** **E14** _____

15 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira. **1 2 3 4 5** **E15** _____

16 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário. **1 2 3 4 5** **E16** _____

17 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados. **1 2 3 4 5** **E17** _____

18 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa. **1 2 3 4 5** **E18** _____

19 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro. **1 2 3 4 5** **E19** _____

20 Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão). **1 2 3 4 5** **E20** _____

21 Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão. **1 2 3 4 5** **E21** _____

22 Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa. **1 2 3 4 5** **E22** _____

23 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô. **1 2 3 4 5** **E23** _____

24 Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho. **1 2 3 4 5** **E24** _____

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



PREFEITURA DE MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do processo: P469595/2015

Título do projeto de pesquisa: “O USO DE TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL”.

Pesquisadoras responsáveis: **JARDELINY CORRÊA DA PENHA E LORENA BARBOSA XIMENES.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 13 de fevereiro de 2015.


Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da SMS.

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Jardeliny Corrêa da Penha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44316415.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.116.855

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado do Programa de pós-graduação em enfermagem orientado pela professora Lorena Barbosa Ximenes e caracterizado como um estudo do tipo multi-métodos. Na primeira fase da pesquisa, ocorrerá a elaboração e validação de uma cartilha educativa, fase que constitui um estudo metodológico e de desenvolvimento; na segunda fase, os pesquisadores utilizarão a cartilha, entrevista motivacional e o vídeo educativo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir", elaborado por Joventino (2013), como intervenções educativas a serem aplicadas em diferentes grupos de mães de crianças menores de cinco anos de idade, tratando-se ensaio clínico randomizado. A cartilha educativa será construída a partir de reflexões sobre a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), construída por Joventino (2010), e pelos pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1989). Com esta finalidade, será realizado o levantamento e o aprofundamento da temática por meio de uma revisão de literatura. A cartilha educativa também será baseada no vídeo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir", o qual foi elaborado e validado por Joventino (2013), visto que este contempla a mesma temática do presente estudo, também foi fundamentado nos pressupostos da Teoria de Autoeficácia e será utilizado como outra intervenção a ser aplicada na segunda fase pesquisa. Após a construção de toda a cartilha, a mesma será encaminhada para validação com um grupo de 23 juizes

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.116.855

especialistas, para os quais serão exigidas, como critérios de elegibilidade, formação na enfermagem e experiência (área de interesse) nas seguintes temáticas: diarreia infantil, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, doenças infecciosas e parasitárias. O instrumento de validação da cartilha educativa será o Suitability Assessment of Materials (SAM), que foi construído em 1993 com a finalidade de avaliar materiais impressos. O SAM consiste em um check-list com seis categorias (1. conteúdo, 2. linguagem adequada para a população; 3. ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; 4. layout e tipografia; 5. estimulação para aprendizagem e motivação; 6. adequação cultural). A cartilha educativa também será avaliada por um grupo de 19 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que sejam atendidas no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), o qual se localiza na Secretaria Executiva Regional III do município de Fortaleza-CE e pertencente à Universidade Federal do Ceará. Ademais, serão adotados como critérios de inclusão: mães com pelo menos um filho(a) com idade inferior a cinco anos, atendidas na instituição citada; e como critério de exclusão adotar-se-á: mães com dificuldade de compreensão para avaliar a cartilha educativa. A cartilha será entregue às mães participantes, solicitando que todas façam a leitura. Logo após a leitura, acontecerão entrevistas para que os instrumentos de validação pela população-alvo e de dados sociodemográficos possam ser preenchidos. O primeiro instrumento a ser aplicado com as mães possui caráter dissertativo, sendo composto por catorze perguntas que contemplam os seguintes domínios de avaliação: compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão do material educativo; além de um questionário de múltipla escolha quanto à relevância e seu grau, clareza e compreensão das cenas abordadas no material educativo. Para esta etapa, será realizado cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e com relação à validade de aparência será considerado como critério de pertinência pelo menos 75% de concordância entre cada grupo de participantes. Na etapa seguinte, serão realizados dois ensaios clínicos. As intervenções educativas serão constituídas pelas seguintes tecnologias educativas: cartilha, vídeo e entrevista motivacional. Neste estudo, serão incluídas as Secretarias Executivas Regionais V e VI. Vale-se ressaltar que, por se tratar de dois ensaios clínicos randomizados, optar-se-á pela randomização por conglomerados ou cluster. Deste modo, os grupos serão alocados a partir das UAPS das SER V e VI. inicialmente será realizado o primeiro sorteio aleatório simples para determinar qual ensaio clínico randomizado acontecerá em cada SER. Após isso, serão sorteadas, dentro de cada SER, as UAPS que participarão dos estudos. Ressalta-se que para o ECR1 serão sorteadas quatro UAPS e para o ECR2, apenas três. Caso o número de mães de crianças menores de cinco anos não atinja o quantitativo amostral para cada grupo, serão sorteadas outras UAPS dentro de cada SER. A

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.116.855

população do estudo será composta por mães de crianças menores de cinco anos de idade cadastradas nas UAPS selecionadas. Para tanto, serão adotados como critério de inclusão no estudo: ser mãe com pelo menos um filho (a) com idade inferior a 5 anos, devendo este (a) ser acompanhado (a) na UAPS, e possuir telefone celular ou fixo; e critério de exclusão serão: mãe com limitação cognitiva que a impeça de participar da (s) intervenção (ões) educativa (s). Serão necessárias 98 mães para cada grupo, perfazendo um total de 392 participantes para o ECR 1 e 294, para o ECR 2. Serão utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro será um formulário (ANEXO C), elaborado e validado por Joventino (2010), que trata do perfil sociodemográfico da amostra. O segundo instrumento a ser utilizado será a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil. E o terceiro instrumento será um formulário reduzido para investigação da diarreia infantil juntamente com uma ficha para que as mães anotem os dias de ocorrência da diarreia, para evitar o viés recordatório. As mães que atenderem aos critérios de seleção serão convidadas a participarem do estudo no momento em que estiverem aguardando consulta de puericultura nas UAPS selecionadas, sendo entrevistadas após o consentimento formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados será realizada em três momentos nos grupos comparação: 1ª avaliação- aplicação do formulário antes da consulta de puericultura e da EAPDI antes e após a consulta de puericultura; 2ª avaliação- aplicação da EAPDI e do formulário reduzido de investigação da diarreia um mês após a primeira aplicação; e 3ª avaliação- aplicação da EAPDI e do formulário reduzido de investigação da diarreia dois meses após a 1ª aplicação. Além disso, 15 dias e 1 mês e 15 quinze dias após a primeira aplicação da EAPDI será feita apenas a investigação da ocorrência infantil. Ressalta-se que a 1ª avaliação ocorrerá na UAPS, enquanto as demais se darão por contato telefônico. Nos grupos intervenções dos ECR, acontecerão também os três momentos citados acima, porém, após a primeira aplicação da EAPDI, antes da consulta de puericultura, as mães deverão participar das intervenções educativas. Sendo assim, no ECR 1, as mães que comporão o grupo intervenção A receberão e terão a oportunidade de ler a cartilha educativa na própria UAPS; as mães do grupo intervenção B assistirão ao vídeo educativo; e as do grupo AB deverão participar das duas intervenções (cartilha e vídeo). No ECR 2, o grupo intervenção AC receberá e lerá a cartilha, e depois participará da entrevista motivacional, e o BC assistirá ao vídeo e, em seguida, participará da entrevista motivacional. Nos grupos de intervenções do ECR 2, a entrevista motivacional acontecerá individualmente, apenas com o pesquisador principal e a mãe, em sala reservada. Destaca-se ainda que para a coleta de dados será realizado um sorteio a cada semana, a fim de definir os dias da semana em que a coleta de cada grupo acontecerá. Será treinada uma equipe de graduandos,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.116.855

mestrandos e doutorandos em enfermagem para a coleta dos dados. Para esta etapa, será realizada estatística descritiva e inferencial.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a eficácia do uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Específicos: Construir uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil; Validar o conteúdo e a aparência da cartilha educativa por juízes e público alvo; Verificar a autoeficácia materna antes e após cada intervenção educativa por meio da Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia; Comparar os escores de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil entre as mães que participarão do uso de intervenções educativas e aquelas que não participarão do uso de intervenções educativas; Comparar os escores de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil entre as mães que participarão do uso de uma única intervenção educativa e aquelas que participarão do uso de intervenções educativas combinadas; Identificar a ocorrência do episódio diarreico em todos os grupos por meio do acompanhamento telefônico das crianças ao longo de dois meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A realização da pesquisa apresenta risco mínimo aos envolvidos.

Benefícios: Redução da ocorrência da diarreia nos filhos das mães por meio da adoção de comportamentos discutidos nas intervenções educativas, contribuindo para redução da morbimortalidade infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área da enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: cronograma; orçamento detalhado; carta de encaminhamento da pesquisa ao CEP; currículo; folha de rosto; declaração de concordância; TCLE para juízes; TCLE

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.116.855

para mães na fase de validação; TCLE para grupo comparação; TCLE para grupo intervenção EC1; TCLE para grupo intervenção E21; declaração de anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 22 de Junho de 2015

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

ANEXO F – REGISTRO DA PESQUISA NO REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIO CLÍNICO (Rebec)

RBR-6974xz

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

Data de registro: 20 de Maio de 2015 às 21:14

Last Update: 15 de Março de 2017 às 12:00

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

PT-BR	EN
O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil	The use of educational technologies to promote maternal self-efficacy in the prevention of childhood diarrhea

Identificação do ensaio

Número do UTN: U1111-1170-4089

Título público:

PT-BR	EN
Comportamento materna para prevenção da diarreia infantil: ensaio clínico com diferentes tecnologias	Maternal behavior for prevention of childhood diarrhea: clinical trial with different technologies

Acrônimo científico:

Acrônimo público:

Identificadores secundários:

Número do parecer 1.116.855

Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Nº 44316415.2.0000.5054 - CAAE

Órgão emissor: Plataforma Brasil

Patrocinadores

Patrocinador primário: Universidade Federal do Ceará

Patrocinadores secundários:

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Fontes de apoio financeiro ou material:

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Condições de saúde

Condições de saúde ou problemas:

Diarreia infantil	PT-BR	Diarrhea, Infantil	EN
-------------------	-------	--------------------	----

Descritores gerais para as condições de saúde:

C03: Doenças parasitárias	PT-BR	C03: Enfermedades parasitarias	ES	C03: Parasitic diseases	EN
---------------------------	-------	--------------------------------	----	-------------------------	----

Descritores específicos para as condições de saúde:

C23.888.821.214.500: Diarreia Infantil	PT-BR	C23.888.821.214.500: Diarrea Infantil	ES	C23.888.821.214.500: Diarrhea, Infantil	EN
--	-------	---------------------------------------	----	---	----

Intervenções

Categorias das intervenções

Other

Intervenções:

<p>PT-BR</p> <p>Grupo comparação: 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade; não foi aplicada nenhuma intervenção educativa.</p> <p>Grupo intervenção I: 61 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que assistiram, uma única vez, ao vídeo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir", com duração de 17 minutos e 09 segundos.</p> <p>Grupo intervenção II: 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que leram individualmente, uma única vez, a cartilha "Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho", com duração, mínima, de 10 e, máxima, de 15 minutos.</p> <p>Grupo intervenção III: 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que assistiram ao vídeo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir" e, em seguida, leram individualmente e uma única vez a cartilha "Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho"; toda a intervenção teve duração média de 30 minutos.</p> <p>Grupo intervenção IV: 61 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que assistiram, uma única vez, ao vídeo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir" e, em seguida, participaram de uma entrevista motivacional breve; toda a intervenção teve duração média de 25 minutos.</p> <p>Grupo intervenção V: 60 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que leram individualmente, uma única vez, a cartilha</p>	<p>EN</p> <p>Comparison group: 60 mothers of children under five years of age; No educational intervention was applied.</p> <p>Intervention group I: 61 mothers of children under 5 years of age, who attended, once, the video "Diarrhea in children: you can prevent", lasting 17 minutes and 9 seconds.</p> <p>Intervention group II: 60 mothers of children under five years of age who read the booklet "You are able to prevent diarrhea in your child!", with a minimum duration of 10 and, at the most, 15 minutes.</p> <p>Intervention group III: 60 mothers of children under five years old, who watched the video "Diarrhea in children: you are able to prevent" and then read individually and once the booklet "You are able to prevent diarrhea in your son!"; the whole intervention had an average duration of 30 minutes.</p> <p>Intervention group IV: 61 mothers of children under the age of five, who once attended the video "Child Diarrhea: You Can Prevent" and then participated in a brief motivational interview; the whole intervention had an average duration of 25 minutes.</p> <p>Intervention group V: 60 mothers of children</p>
---	--

"Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho", e, em seguida, participaram de uma entrevista motivacional breve; toda a intervenção teve duração média de 20 minutos.

under five who individually read the booklet "You Are Able to Prevent Diarrhea in Your Child!" And then participated in a brief motivational interview ; the whole intervention had an average duration of 20 minutes.

Descritores para as intervenções:

PT-BR
J01.897.280: Tecnologia Educacional

ES
J01.897.280: Tecnologia Educacional

PT-BR
F01.829.263.370.215: Comportamento Materno

ES
F01.829.263.370.215: Conducta Materna

Recrutamento

Situação de recrutamento: Recruitment completed

Pais de recrutamento

Brazil

Data prevista do primeiro recrutamento: 2015-07-01

Data prevista do último recrutamento: 2015-12-31

Tamanho da amostra alvo:	Gênero para inclusão:	Idade mínima para inclusão:	Idade máxima para inclusão:
362	F	18 Y	50 Y

CrITÉRIOS de inclusão:

PT-BR
Mãe de pelo menos um filho com idade inferior a cinco anos e possuir telefone celular ou fixo.

EN
Mother of at least one child under the age of five and have a cell phone or landline.

CrITÉRIOS de exclusão:

PT-BR
Mãe com idade inferior a 18 anos ou com limitação cognitiva que a impeça de participar de alguma intervenção educativa.

EN
Mother less than 18 years old or with cognitive limitation that prevents her from participating in any educational intervention.

Tipo do estudo

Desenho do estudo:

PT-BR
Ensaio clínico de prevenção, randomizado-controlado, fatorial, aberto, com seis braços

EN
Clinical trial of prevention, randomized-controlled, factorial, open, six arms.

Programa de acesso expandido	Enfoque do estudo	Desenho da intervenção	Número de braços	Tipo de mascaramento	Tipo de alocação	Fase do estudo
False	Prevention	Factorial	6	Abrir	Randomized-	N/A

Desfechos**Desfechos primários:**

PT-BR

Desfecho esperado:
Elevação dos escores de autoeficácia materna elevada para prevenção da diarreia infantil, imediatamente após, um mês e dois meses das intervenções educativas.

EN

Expected outcome:
Elevation of high maternal self-efficacy scores to prevent childhood diarrhea, immediately after, one and two months after the educational interventions.

PT-BR

Desfecho encontrado:
Grupo comparação: 40,0% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, no primeiro encontro; um mês depois, houve aumento, com 77,8% participantes com autoeficácia elevada; e comparando o primeiro e o segundo mês, houve uma diminuição, com 67,6% mães com autoeficácia elevada.
Grupo intervenção I (vídeo educativo): 32,8% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, logo após a aplicação da intervenção educativa; um mês depois, houve aumento, com 77,8% participantes com autoeficácia elevada; e comparando o primeiro e o segundo mês, houve uma pequena diminuição, com 72,5% mães com autoeficácia elevada.
Grupo intervenção II (cartilha educativa): 50,0% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, logo após a aplicação da intervenção educativa; um mês depois, houve aumento, com 75,6% participantes com autoeficácia elevada; e comparando o primeiro e o segundo mês, houve uma pequena diminuição, com 75,0% mães com autoeficácia elevada.
Grupo intervenção III (vídeo e cartilha educativos): 41,7% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, logo após a aplicação da intervenção educativa; um mês depois, houve aumento, com 86,5% participantes com autoeficácia elevada; e comparando o primeiro e o segundo mês, houve um discreto aumento, com 86,7% mães com autoeficácia elevada.
Grupo intervenção IV (vídeo educativo e entrevista motivacional breve): 39,4% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, logo após a aplicação da intervenção educativa; um mês depois, houve aumento, com 78,4% participantes com autoeficácia elevada; e

EN

Outcome found:
Comparison group: 40.0% of the mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea at the first meeting; One month later, there was an increase, with 77.8% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second month, there was a decrease, with 67.6% mothers with high self-efficacy.
Intervention group I (educational video): 32.8% of the mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea, soon after the intervention of the educational intervention; One month later, there was an increase, with 77.8% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second month, there was a small decrease, with 72.5% mothers with high self-efficacy.
Intervention group II (educational book): 50.0% of the mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea, shortly after the educational intervention; One month later, there was an increase, with 75.6% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second month, there was a small decrease, with 75.0% mothers with high self-efficacy.
Intervention group III (video and educational booklet): 41.7% of the mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea, soon after the intervention of the educational intervention; A month later, there was an increase, with 86.5% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second months, there was a slight increase, with 86.7% mothers with high self-efficacy.
Intervention group IV (educational video and brief motivational interview): 39.4% of the mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea, shortly after the educational intervention; One month later, there was an increase, with 78.4% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second month, there was a small decrease, with 74.5%

comparando o primeiro e o segundo mês, houve uma pequena diminuição, com 74,5% mães com autoeficácia elevada. Grupo intervenção V (cartilha educativa e entrevista motivacional breve): 42,6% das mães possuíam autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil, logo após a aplicação da intervenção educativa; um mês depois, houve aumento, com 83,0% participantes com autoeficácia elevada; e comparando o primeiro e o segundo mês, houve uma pequena diminuição, com 77,8% mães com autoeficácia elevada.

mothers with high self-efficacy. Intervention group V (educational booklet and brief motivational interview): 42.6% of mothers had high self-efficacy to prevent childhood diarrhea, shortly after the implementation of the educational intervention; One month later, there was an increase, with 83.0% participants with high self-efficacy; And comparing the first and second month, there was a small decrease, with 77.8% mothers with high self-efficacy.

Desfechos secundários:

Não são esperados desfechos secundários.

PT-BR

Secondary outcomes are not expected.

EN

Contatos

Contatos para questões públicas

Nome completo: Jardeliny Corrêa da Penha

Nome completo: Lorena Barbosa Ximenes

Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Cidade: Floriano / Brazil

Cidade: Fortaleza / Brazil

CEP: 64803-035

CEP: 60430-160

Fone: +55 89 99905-6650

Fone: +55 85 99662-7098

E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br

E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Contatos para questões científicas

Nome completo: Jardeliny Corrêa da Penha

Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350

Cidade: Floriano / Brazil

CEP: 64803-035

Fone: +55 89 99905-6650

E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Contatos para informação sobre os centros de pesquisa

Nome completo: Jardeliny Corrêa da Penha

Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350

Cidade: Floriano / Brazil

CEP: 64803-035

Fone: +55 89 99905-6650

E-mail: jardetinypenha@yahoo.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Anexos

[http://www.ensaiosclinicos.gov.br/static/attachments/parecer-sem-pendencias.pdf](http://www ensaiosclinicos.gov.br/static/attachments/parecer-sem-pendencias.pdf) (Parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará)

Links adicionais:

[Download no formato ICTRP](#)

[Download no formato XML OpenTrials](#)

 OpenTrials v1.2