



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

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

VÍDEO EDUCATIVO E ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL:
ABORDAGEM INDIVIDUAL

FORTALEZA

2018

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

VÍDEO EDUCATIVO E ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL:
ABORDAGEM INDIVIDUAL

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa

Coorientadora: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino

FORTALEZA

2018

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)

N196v Nascimento, Ludmila Alves do.

Vídeo educativo e entrevista motivacional para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil : abordagem individual / Ludmila Alves do Nascimento. – 2018.
128 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa .

Coorientação: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino.

1. Diarreia Infantil.. 2. Autoeficácia. 3. Educação em Saúde. 4. Entrevista Motivacional. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

LUDMILA ALVES DO NASCIMENTO

VÍDEO EDUCATIVO E ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA PROMOÇÃO DA
AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL:
ABORDAGEM INDIVIDUAL

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: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA:

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

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

Prof.^o Dr. Paulo César de Almeida (membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

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

Prof.^a Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro (membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

Prof.^a Dr.^a Priscila de Souza Aquino (membro suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

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

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

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

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Lorena Pinheiro Barbosa, pelo apoio, acolhida e aprendizado concedido durante esses 9 anos de convivência. Serei eternamente grata pelo carinho e por ter proporcionado meus primeiros passos na pesquisa, conduzindo-me com tanto carinho e competência e, muito obrigada, por ter acreditado no meu potencial e ser responsável por boa parte do que sou hoje.

À coorientadora Dr^a Emanuella Silva Joventino, pelas orientações, ensinamentos, palavras de conforto e por sempre me atender quando eu precisei de ajuda. Nunca esquecerei o dia que lhe vi pela primeira vez nos encontros universitários para avaliar minha apresentação e disse: Professora Lorena, é ela que tem que ser a sua próxima bolsista. Talvez, se esse encontro não tivesse ocorrido, eu não estaria aqui hoje. Aprendi bastante com você e sou grata por tudo que você fez por mim ao longo desses anos.

Aos membros da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha, Prof.^o Dr. Paulo César de Almeida, Prof.^a Dr.^a Regina Cláudia Melo Dodt, Prof.^a Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro, Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima e Prof.^a Dr.^a Priscila de Souza Aquino, minha eterna gratidão pela compreensão e por aceitarem participar da banca, pelas enriquecedoras contribuições ao meu trabalho e pelo aprendizado proporcionado.

À Camila, minha parceria de vida, pelo apoio constante e presença na minha vida. Obrigada pelos conselhos, momentos de alegria e riso fácil; pela

motivação, pelas palavras de conforto nos momentos de aflição e angústia, por me mostrar o quão longe eu sou capaz de ir, por nunca ter deixado de acreditar que eu seria capaz, por entender a minha ausência e me aguentar diariamente. Amo você!

À Lívia, minha eterna dupla, amiga e irmã, por estar presente em todos os momentos da minha vida, por jamais ter me negado ajuda, por tornar a caminhada mais leve e divertida, pelo aprendizado compartilhado, pelas conversas diárias, risadas, brincadeiras e conselhos. Por me motivar, muitas vezes, sem perceber. Por me fazer acreditar no meu potencial e me fazer ir além do meu limite. Ao infinito e além. Obrigada, amo você!

Aos membros do grupo de pesquisa Promoção da Saúde da Criança e da Família pelo apoio e aprendizado compartilhado. Especialmente às meninas que estiveram presente na coleta de dados, Jardeliny, Elizamar, Leidiane, Ádria, Olinda, Isabelle, Stefanny, Kamila e Débora.

Às queridas amigas, Ádria, que o mestrado trouxe de volta para perto de mim, companheira para todas as horas e que nos últimos anos foi essencial para meu crescimento pessoal e profissional; a Leidiane, que com sua paciência, confiança, alto astral e inteligência contribuiu bastante com meu aprendizado e crescimento profissional. A Kamila, por sua lealdade, parceria, comprometimento, persistência e positividade, que me mostrou como ser melhor a cada dia. A Jardeliny, por ser uma pessoa de enorme coração, generosa, humilde, tranquila e prestativa. Sempre se mostrou disponível e atenciosa. Aprendi muito com você.

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, um profissional competente, extremamente paciente e divertido, pela colaboração direta na construção da tese.

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

RESUMO

Objetivou-se avaliar a eficácia da intervenção com vídeo educativo e entrevista motivacional breve para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Trata-se de um estudo experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado com grupo comparação (atendimento convencional da unidade de saúde) e grupo intervenção (vídeo educativo e entrevista motivacional breve). O estudo foi realizado em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde, em Fortaleza/CE. A amostra foi composta por 121 mães de crianças menores de cinco anos. Foram aplicados três instrumentos: o formulário com dados sociodemográficos, 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, no período de junho a outubro de 2015, em três momentos: o primeiro, na própria unidade de saúde, por meio da aplicação do formulário e da escala antes do atendimento convencional (grupo comparação) e, no grupo intervenção, antes da intervenção educativa. No 2º e 3º momentos, aplicaram-se, por contato telefônico, a escala e o formulário de investigação da diarreia, um mês e dois meses após a 1ª etapa, respectivamente. A força de associação foi analisada pela RC e IC_{95%} e as comparações se deram por meio dos testes de X², razão de verossimilhança, t de Student e Mann-Whitney. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob parecer 1.116.855. Os grupos intervenção e comparação mostraram-se homogêneos na linha de base. A não participação das mães na intervenção educativa constituiu-se fator de risco para a ocorrência da diarreia infantil, visto que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 13,2 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia do que os das com elevada autoeficácia. Enquanto que, no grupo intervenção, os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 8,5 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia. A porcentagem de mães com autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil se manteve maior, principalmente no grupo intervenção. Conclui-se, portanto, que a intervenção foi eficaz para promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e a ocorrência de diarreia infantil foi menor nas crianças cujas mães participaram da intervenção educativa.

Palavras-chave: Diarreia infantil. Autoeficácia. Educação em Saúde. Entrevista Motivacional. Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the intervention with the educational video and the motivational interview for the prevention of self-help in the prevention of childhood diarrhea. This is an experimental study, of the Clinical Trial type, Randomized with a comparative group (video-educative and brief motivational interview). The course was carried out in two Units of Primary Health Care, in Fortaleza / CE. The measure was made by 121 mothers of children under 5 years. Three instruments were applied: the form with socio-demographic, health and child health data; a Self-efficacy Scale for Childhood Diarrhea Prevention; and, by telephone, the reduced form for investigation of diarrhea. The first data collection occurred in the period from June to October of 2015, in three moments: the first one, regarding the health unit, through the application of the form, before the educational intervention. In the 2nd and 3rd moments, a scale and the diarrhea investigation form were applied by telephone, one month and two months after the first stage, respectively. A comparison force was analyzed by CR and 95% CI and the comparisons were made through the X², likelihood ratio, Student and Mann-Whitney tests. The study was approved by the Committee of Ethics in Research of the Federal University of Ceará under opinion 1,116,855. The intervention and comparison groups were homogeneous at the baseline. The participation of mothers in educational intervention is the risk factor for the occurrence of childhood diarrhea, since the children of women with moderate self-efficacy are more likely to be affected by diarrhea than high self-efficacy. Women with moderate self-efficacy were 8.5 times more likely to be affected by diarrhea. A parental in children with high practice in children should not be a major. It was concluded, therefore, that the program was effective in promoting self-esteem in the prevention of childhood diarrhea and the occurrence of childhood diarrhea in the youngest children whose mothers participated in the educational intervention.

Keywords: Diarrhea, Infantile. Self Efficacy. Health Education. Motivational Interviewing. Education, Nursing, Baccalaureate

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Representação do Ensaio Clínico Randomizado. Fortaleza, 2018.....	35
Figura 2 - Operacionalização das etapas de coleta de dados. Fortaleza, 2018.....	36
Figura 3 - Distribuição das participantes do estudo nos grupos. Fortaleza, 2018.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas maternas e sanitárias do domicílio de acordo com os grupos do estudo. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	49
Tabela 2 - Características da saúde da criança de acordo com os grupos do estudo. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	50
Tabela 3 - Comparação das médias da escala total e dos domínios antes e após a intervenção. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	51
Tabela 4 - Efeitos da intervenção sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	52
Tabela 5 - Efeitos da intervenção sobre a ocorrência da diarreia infantil. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	53
Tabela 6 - Avaliação da razão de chance de diarreia infantil, segundo a autoeficácia materna. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
DDA	Doença Diarreica Aguda
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema de Saúde
EAPDI	Escala de Autoeficácia para a Prevenção da Diarreia Infantil
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EM	Entrevista Motivacional
EMB	Entrevista Motivacional Breve
ESF	Estratégia Saúde da Família
GC	Grupo Comparação
GI	Grupo Intervenção
IC _{95%}	Intervalo de Confiança
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAT	Programa Água para Todos
PNI	Programa Nacional de Imunização
POP	Procedimento Operacional Padrão
Rebec	Registro Brasileiro de Ensaio Clínico
RC	Razão de Chances
SESA	Secretaria de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRO	Soro de Reidratação Oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva

TRO Terapia de Reidratação Oral
UAPS Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF *United Nations Children's Fund*
VORH Vacina Oral contra o Rotavírus Humano
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	32
3	HIPÓTESES.....	33
4	MÉTODO.....	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Local do estudo.....	36
4.3	População e amostra.....	37
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	38
4.5	Coleta de dados.....	40
4.6	Análise dos Dados.....	45
4.7	Aspectos Éticos.....	46
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	56
7	CONCLUSÃO	69
8	LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	72
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICE.....	85
	ANEXOS.....	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 Prevenção da diarreia infantil: estratégias mediadas pela autoeficácia materna

A doença diarreica aguda (DDA) é uma síndrome multifatorial, causada por múltiplos agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos) e fatores favorecedores, tais como: falta de condições mínimas de saneamento, alimentação inadequada, carência de conhecimentos e uso de medicamentos (BRASIL, 2017).

Sua principal manifestação é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). Pode ainda ser acompanhada de náusea, vômito, febre e dor abdominal. No geral, é autolimitada, com duração de 2 a 14 dias. As formas variam de leves (diarreia aquosa) a graves (diarreia sanguinolenta e persistente), com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição (BRASIL, 2017).

A diarreia é caracterizada pela ocorrência de três ou mais evacuações de fezes aquosas em um intervalo de 24 horas (UNICEF; WHO, 2009), podendo levar à morte por desidratação devido à perda hidroeletrólítica, principalmente entre as crianças.

Apesar de ser uma doença autolimitada e de fácil prevenção, manejo e tratamento, ainda representa um importante problema de saúde pública, diante do risco elevado de mortalidade nos menores de 5 anos (HESPERIAN, 2017).

Segundo relatório da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) e da WHO, a DDA mata mais crianças do que a aids, malária e sarampo juntos. Houve cerca de 1,5 milhão de óbitos infantis, no mundo, em 2004, ocasionados por diarreia e suas consequências, e, aproximadamente, 88% foram atribuídos à má qualidade da água, saneamento inadequado e falta de higiene (UNICEF; WHO, 2009). Estima-se que, em 2008, 1,2 bilhão de pessoas defecaram a céu aberto no mundo. O Brasil ficou em 7º lugar, no *ranking*, com 18 milhões de pessoas (UNICEF, 2008). No mesmo ano, o número de óbitos infantis por essas causas subiu para 2,1 milhões (WHO, 2008).

A diarreia ainda permanece como a segunda causa de morte mais comum entre os menores de cinco anos, perdendo apenas para a pneumonia. Em

conjunto, elas são responsáveis por 40% das mortes infantis em todo o mundo (UNICEF; WHO, 2009).

Segundo relatório “*Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*”, no que se refere ao *ranking* de mortalidade infantil por diarreia, a Índia lidera a lista de países com aproximadamente 390 mil mortes de crianças por ano; seguida por Nigéria, República Democrática do Congo, Afeganistão e Etiópia (UNICEF; WHO, 2009).

No Brasil, segundo o Departamento de Informática do Sistema de Saúde (DATASUS), nos anos de 1996 a 2016, diarreias e gastroenterites ainda figuraram entre as principais causas de mortalidade infantil. Na Região Nordeste do país, esta doença é a 4ª causa de morte em crianças (6,2 casos por 1.000 crianças) (BRASIL, 2013).

O Estado do Ceará registrou 299.193 casos e 58 surtos por DDA no ano de 2016. Em 2017, alcançou 2.786 casos da doença no começo de março (SESA, 2017).

Estudo observacional acerca da evolução da saúde materno-infantil entre os anos de 2002 a 2011, no Município de Fortaleza, identificou prevalências de diarreia e infecção respiratória aguda superiores às encontradas no Brasil em menores de 2 anos entre 2005 e 2006; e, durante esses 10 anos, a taxa de prevalência dessas doenças estiveram elevadas em menores de cinco anos. Evidenciando-as como um problema de saúde pública e uma das principais causas de morbidade infantil em Fortaleza (TEIXEIRA, 2012).

O Município de Fortaleza, em 2017, registrou 4.581 casos de diarreia em menores de 5 anos e, em 2018, 2.914 casos entre os meses de janeiro e maio (FORTALEZA, 2018).

Pesquisas apontam redução das taxas de morbimortalidade infantil por diarreia devido a intervenções específicas, sociais e de saúde; e não apenas pela melhoria das condições socioeconômicas (TEIXEIRA, 2012; KALE; FERNANDES; NOBRE, 2004).

Dentre essas intervenções, destacam-se o controle da qualidade da água para consumo humano, a terapia de reidratação oral (TRO), a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, o advento do Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por seis meses de vida (CEARÁ, 2013).

Estima-se que 88% das mortes, no mundo, estão relacionadas ao uso de água não potável, ausência de saneamento básico e falta de higiene. Desse modo, melhorias no acesso à água potável, ao saneamento básico e à promoção de boas práticas de higiene, principalmente, lavagem das mãos com água e sabão, podem ajudar a prevenir a diarreia infantil (BLACK; MORRIS; BRYCE, 2003).

Estudo ecológico, realizado na Bahia, avaliou o impacto do Programa Água para Todos (PAT) de ampliação da cobertura de saneamento básico na região. Identificou-se, nos municípios cobertos pelo PAT, efeito na redução da morbimortalidade de crianças, principalmente por diarreia e doenças infectoparasitárias. Assim, o referido programa foi associado com a redução do número de internações hospitalares por diarreia em menores de 5 anos (RASELLA, 2013).

A descoberta e introdução da TRO teve grande impacto na redução na gravidade e letalidade ocasionadas pela doença diarreica nos anos de 1970 (COSTA; SILVA, 2010), sendo considerada medida essencial para o manejo da patologia até a atualidade. Estimou-se, mundialmente, com o seu uso, que cerca de 1 milhão de crianças menores de 5 anos foram salvas (SENA; MARANHÃO; MORAIS, 2001).

Estudo de Teixeira (2012) identificou que, nos anos 2005 e 2006, o Município de Fortaleza apresentou proporção de uso de TRO em crianças de 78,7% e 82,1%, respectivamente, sendo superior ao do Brasil (74,5%). Isso pode estar associado a o Estado do Ceará ter sido precursor, na década de 80, da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cujo uso da TRO era estratégia prioritária para redução da ocorrência de diarreia infantil (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família configura-se como um espaço de acompanhamento do processo saúde e doença da comunidade, atendimento integral, empoderamento individual e coletivo por meio de ações educativas e aproximação do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, com o paciente, favorecendo a promoção da saúde da criança e da família. A ESF é constituída, entre outros, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (COSTA; MIRANDA, 2008).

O PNI favoreceu a redução da morbimortalidade por diarreia infantil, principalmente, após a introdução da Vacina Oral contra o Rotavírus Humano (VORH) em 2006, por este ser o principal vírus responsável por gastroenterites em menores de 5 anos (OLIVEIRA et al., 2014; SALVADOR et al., 2011).

O Rotavírus Humano é responsável por 40% das internações hospitalares em menores de 5 anos (UNICEF; WHO, 2009). Estudo de detecção de antígenos de rotavírus no soro de crianças hospitalizadas por gastroenterite aguda em Belém/Pará, detectou que as gastroenterites causadas por esse vírus são frequentes, associadas a episódios graves. Pacientes com antigemia por rotavírus têm maior número de episódios e duração de vômitos (JUSTINO et al., 2016).

Além disso, sabe-se que a suplementação de Vitamina A reduz a gravidade da infecção diarreica, sendo assim, o Programa de Suplementação de Vitamina A contribui significativamente na redução da mortalidade infantil por esse agravo (CEARÁ, 2013).

O PACS também foi relevante para redução dos índices de diarreia por meio da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, favorecendo o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento da vacinação periódica das crianças por meio do cartão de vacinação e a orientação sobre o soro de reidratação oral (SRO) para prevenir o agravamento da doença, por conseguinte, a desidratação infantil (BRASIL, 2001). A visita domiciliar é essencial para o acompanhamento familiar e a educação em saúde no território. Além disso por meio da ficha de visita domiciliar o ACS coleta informações importante acerca da saúde da criança e dos casos de diarreia, favorecendo o acompanhamento, prevenção, manejo e tratamento da doença pela equipe de saúde da família.

A UNICEF e WHO destacam o plano de sete pontos para salvar a vida das crianças afetadas por diarreia. Esse plano inclui os domínios de tratamento e prevenção. Os dois elementos do tratamento são: 1. Substituição de líquidos para evitar desidratação; 2. Administração de zinco para redução da gravidade e duração dos episódios. Os cinco elementos da prevenção são: 3. Vacina contra rotavírus humano e sarampo; 4. Aleitamento materno imediato e exclusivo e suplementação com vitamina A; 5. Lavagem das mãos com água e sabão; 6. Melhoria da qualidade da água e aumento do seu consumo; 7. Promoção do saneamento básico nas comunidades (UNICEF; WHO, 2009).

A desidratação é a principal complicação da diarreia aguda (BRANDT; ANTUNES; SILVA, 2015), assim, o tratamento da doença consiste na substituição de líquidos para evitá-la, principalmente, por meio dos Sais de Reidratação Oral (SRO) de baixa osmolaridade; e na administração do zinco para redução da gravidade, frequência e duração das evacuações diarreicas (UNICEF; WHO, 2009). Pois o zinco é um micronutriente que regula a perda de água pelas fezes e mantém a integridade da mucosa gástrica por evitar a entrada de microrganismos. O mesmo deve ser ofertado à criança com diarreia persistente, durante 10 dias, por via oral, com posologia variando de 5 a 10 mcg conforme a idade da criança (BRASIL, 2017).

Além disso, a conduta de tratamento dos profissionais da UAPS é guiada pelo Manual da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), onde o mesmo trabalha com os Planos de Tratamento (A, B e C) para a desidratação ocasionada pela doença diarreica (BRASIL, 2017).

O aleitamento materno imediatamente após o parto e exclusivo, além de possibilitar o contato pele a pele e o aumento do vínculo entre a mãe e o filho, é o alimento mais completo para a criança devido às suas propriedades nutritivas e imunológicas que contribuem para redução da morbimortalidade infantil (BOCCOLINI et al., 2013). Revisão integrativa, acerca do aleitamento materno na prevenção da diarreia infantil, identificou 11 artigos que evidenciaram associação entre o aleitamento materno exclusivo e a prevenção da diarreia infantil, principalmente em menores de 2 anos (SANTOS et al., 2015).

A lavagem das mãos com água e sabão é uma das intervenções mais eficazes na redução da mortalidade infantil, visto que a lavagem das mãos antes das refeições e após o uso do banheiro reduz em mais de 40% a incidência de doenças diarreicas (UNICEF; WHO, 2009).

Segundo a UNICEF (2016), em 2015, muitos dos 800 óbitos diários de crianças acometidas por diarreia poderiam ter sido evitados pela lavagem simples das mãos com água e sabão. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos, por isso devem ser lavadas sempre que estiverem visivelmente sujas, antes e depois das refeições, do preparo dos alimentos e do uso do banheiro, pois se não estiverem limpas podem favorecer a contaminação das crianças e ocasionar diarreia.

Apesar dos avanços nas últimas décadas e da existência de tratamentos econ micos e eficazes para a diarreia, ela ainda   responsável por óbitos na

infância, visto que a sua ocorrência está associada às condições socioeconômicas e sanitárias da população. Essas condições, na maioria das vezes, permanecem inadequadas em muitas comunidades brasileiras, principalmente no que se refere aos dois últimos pontos do plano para salvar a vida das crianças afetadas por diarreia: 6. Melhoria da qualidade da água e aumento do seu consumo; 7. Promoção do saneamento básico nas comunidades.

Sendo assim, o plano de sete pontos para salvar a vida das crianças afetadas por diarreia não deve ser utilizado de forma isolada, mas em conjunto com a educação em saúde das mães e familiares acerca dos cuidados para a prevenção e manejo da doença.

Acredita-se que apenas intervenções específicas não sejam capazes de erradicar o problema, visto que a doença diarreica está associada à pobreza (RASELLA, 2013). Desse modo, é necessária uma ação intersetorial associada a políticas públicas ambientais, de saúde e educação, com envolvimento governamental em todas essas instâncias; visando não apenas à prevenção da diarreia, redução dos casos e da mortalidade, mas à promoção da saúde da criança, família e comunidade. Pois os determinantes sociais de saúde distais devem ser alcançados por intervenções multissetoriais (BRASIL, 2008).

Sabe-se que apenas conhecimento, habilidade e atitude acerca da diarreia infantil não são suficientes para que as mães adotem cuidados necessários para a prevenção da doença, pois a confiança em realizar alguma ação é essencial para que se tenha sucesso na adoção de determinado comportamento (SOUZA; SILVA; GALVAO, 2002; JAINA; TYSON, 2004). Assim, a autoeficácia deve ser considerada como elemento central das intervenções educativas de enfermeiros promotores de saúde, por se tratar de uma variável modificável, passível de intervenção.

A autoeficácia é um mecanismo cognitivo que mede a motivação nas pessoas, nos padrões de pensamento e na conduta. Sendo definida como um conjunto de julgamentos que cada pessoa tem sobre suas próprias capacidades em organizar e executar ações específicas em determinadas situações. Refere-se aos julgamentos de valor sobre o que cada um pode fazer ou se sente capaz de fazer com suas próprias habilidades (GEORGE; FELTZ, 1995; BANDURA, 1986, 1997; BLANCO, 2010). Logo, a autoeficácia é reconhecida como a crença que a pessoa tem acerca da sua capacidade em realizar com sucesso determinada ação

(BARROS; SANTOS, 2010). A autoeficácia determina os sentimentos, pensamentos, motivação e comportamento das pessoas (BANDURA, 1994; BARROS; SANTOS, 2010).

A Teoria de Autoeficácia faz parte da Teoria Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1977), podendo ser considerada como seu elemento principal (AZZI; POLYDORO, 2006). Segundo a TSC, Bandura explica o comportamento humano como um modelo de reciprocidade em uma tríade entre a conduta, os fatores intrínsecos (cognição, afetividade e biologia) e o ambiente externo. Todos atuando entre si de forma interativa e recíproca, possibilitando ao indivíduo ser agente e receptor das situações que são produzidas a partir dessa relação (BANDURA, 1989; MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006; BARROS; SANTOS, 2010).

Bandura (2008) reconhece o indivíduo como agente, evidenciando que ele atua na sua própria vida intencionalmente. Assim, as mães não devem ser consideradas produto do meio, mas controladoras das suas próprias ações por meio de características essenciais da agência humana: intencionalidade, antecipação, autorreatividade e autorreflexão. Desse modo, além do conhecimento, habilidade e atitude diante dos cuidados para prevenção e manejo da diarreia infantil, elas precisam ter suas crenças de autoeficácia elevadas para realizarem os cuidados e sustentá-los a longo prazo.

Por se tratar de uma crença pessoal, as mães podem obter diferentes experiências de fracasso ou sucesso em relação aos cuidados para prevenção da diarreia infantil (MARTÍNEZ; SALANOVA, 2006; BARROS; SANTOS, 2010).

Considerando esse aspecto, Bandura (1977) mencionou dois elementos que influenciam o indivíduo a ter autoeficácia elevada: a expectativa de eficácia e a expectativa de resultado. O primeiro refere-se ao julgamento pessoal em se sentir capaz de realizar determinado comportamento. No caso, a mãe se sentir capaz de realizar a lavagem das frutas e verduras com hipoclorito de sódio. Já o segundo refere-se ao julgamento pessoal em visualizar que a realização de determinado comportamento irá produzir um resultado ou não. No caso, a mãe, ao se sentir capaz de realizar a lavagem das frutas e verduras com hipoclorito de sódio, perceberá que a sua ação irá evitar a contaminação dos alimentos e, conseqüentemente, prevenir a diarreia no seu filho, sendo esse o resultado esperado.

Para Barreira e Nakamura (2006), a expectativa de resultado refere-se a todos os comportamentos julgados como necessários pelo indivíduo a fim de atingir um determinado objetivo; já as expectativas de eficácia envolvem o quanto a pessoa se sente capaz de seguir os passos que julga necessários para alcançar sua meta.

Sendo assim, mães que possuem expectativas de eficácia e resultado mais positivas tendem a se sentir mais confiantes e persistir na adoção de comportamentos, quando comparadas com aquelas com expectativas de resultado mais negativas.

Além disso, a autoeficácia é uma variável com uma função motivacional. A motivação está relacionada a fatores de personalidade, às variáveis sociais e/ou às cognições que são utilizadas quando uma pessoa realiza uma tarefa para a qual é avaliada, entra em competição com outros ou tenta mostrar certo nível de domínio (BANDURA, 1991; O'LEARY, 1985; GOUVÊA, 2000).

Logo, a percepção de autoeficácia difere de uma pessoa para outra. As pessoas, geralmente, tendem a se engajar em atividades para as quais consideram ser mais capacitadas e a evitar aquelas em que se sentem menos capazes (DOBSON; DOZOIS, 2006). Assim, a mãe que se sente capaz de realizar os cuidados preventivos da diarreia infantil tende a se envolver mais na adoção desse comportamento do que aquelas que não se sentem capazes.

Segundo Smith (2014), percepção é uma atividade cognitiva pela qual as pessoas adquirem crenças e conhecimento do mundo. Assim, a percepção é como uma pessoa percebe um objeto, evento ou algo no mundo.

Ressalta-se que apenas a expectativa de resultado não é capaz de produzir o desempenho pretendido, pois são necessários habilidades e incentivos apropriados. Além disso, as expectativas de eficácia, que são responsáveis por determinar as escolhas das ações, o esforço e o tempo dedicados para realização da ação (BANDURA, 1997).

A influência que a autoeficácia tem sobre o comportamento pode variar conforme três dimensões: generalidade, magnitude e força (BANDURA, 1977; 1986). A primeira relaciona-se à generalização das expectativas de eficácia para outros comportamentos, podendo ser limitada a um domínio de comportamentos ou estendida para outros tipos de comportamentos. A magnitude representa o nível de dificuldade da tarefa, envolvendo tarefas simples ou bastante complexas. A última, a força, avalia a capacidade do sujeito de executar um comportamento, visto que

expectativas fracas serão mais facilmente alteradas por experiências negativas, enquanto que expectativas fortes serão mais dificilmente alteradas por resultados contrários ao que foi esperado (VRIES; DIJKSTRA; KUHLMAN, 1988).

As expectativas de eficácia são formadas a partir de quatro fontes principais, que podem influenciar cada indivíduo de forma diferente, dependendo do seu contexto social, das suas experiências, das pessoas que o cercam e do sucesso ou fracasso das suas ações. Segundo Bandura (1997) essas fontes são: experiência direta ou pessoal; experiências vicariantes ou vicárias; persuasão verbal; e estados fisiológicos e afetivos.

A experiência direta, considerada a mais importante, refere-se à própria experiência de realização pessoal (BANDURA, 1892a; 1892b). Sucessos repetidos podem aumentar as expectativas de eficácia, enquanto que os fracassos podem diminuí-las. A forma como cada pessoa enfrenta ou supera os seus fracassos influencia nas expectativas de eficácia e resultado (DOBSON; DOZOIS, 2006). Assim, mães que tiveram sucesso em cuidar do seu filho com diarreia ou conseguiram realizar os cuidados necessários para prevenção da doença tendem a se sentir mais confiantes em cuidar de outro filho doente ou em adotar os cuidados necessários. Enquanto que mães que tiveram experiência pessoal negativa tendem a ter baixa autoeficácia em prevenir a diarreia infantil.

As experiências vicariantes, também conhecidas como modelagem, referem-se a condutas aprendidas por meio da observação de outras pessoas semelhantes (modelos) (BANDURA, 1981). O grau de influência que essa fonte exercerá nas expectativas de eficácia dependerá da relevância pessoal na informação obtida (DOBSON; DOZOIS, 2006). Logo, para que essa fonte seja influente, é importante que o modelo seja semelhante. Uma mãe, para reconhecer outra como modelo a ser seguido, deve se identificar com a outra, deve haver alguma semelhança entre a realidade de ambas para que a autoeficácia materna em prevenir a diarreia seja elevada.

A persuasão verbal envolve persuadir o outro para realizar determinado comportamento e possibilitar o desenvolvimento de habilidades e o senso de eficácia pessoal (BANDURA, 1994). Essa fonte é essencial para modificar as expectativas de eficácia, visto ser de fácil implementação e baixo custo (DOBSON; DOZOIS, 2006). Aqueles que são persuadidos positivamente e se fixam no lado positivo dos acontecimentos, são mais susceptíveis a realizar um esforço e mantê-lo,

do que aqueles que possuem dúvidas e se fixam em suas deficiências pessoais na presença de um problema ou situação nunca vivenciada (BANDURA, 1994).

Os estados fisiológicos e emoções, última fonte de eficácia, são constituídos principalmente pela ansiedade, estresse, excitação e estados de humor que influenciam na confiança pessoal. Para Bandura (1994), as pessoas consideram suas reações de estresse e excitação como sinais de vulnerabilidade ao mau desempenho. Entretanto, pessoas com alto senso de eficácia podem acreditar que seus estados de excitação e estresse são facilitadores do desempenho de atividades, enquanto que outras consideram sua excitação como debilitador (baixo senso de eficácia).

Assim, por reconhecer a autoeficácia como um construto motivacional, modificável e importante para o processo de ensino-aprendizagem de mães para prevenir a diarreia infantil, Joventino (2010) construiu a Escala de Autoeficácia para a Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), para mensurar a autoeficácia materna e para possibilitar ao enfermeiro e demais profissionais de saúde a identificação do nível de autoeficácia materna de forma a orientar suas atividades mediante o uso de uma teoria.

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

A partir da EAPDI embasada pela Teoria de Autoeficácia, Joventino (2013) construiu e validou o vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Além disso, aplicou o vídeo, por meio de um ensaio clínico, e realizou o acompanhamento das mães por contato telefônico durante três meses, onde foram constatados, em todos os momentos do estudo, escores mais elevados de autoeficácia e menor ocorrência de diarreia infantil no grupo intervenção.

Entretanto, mesmo com essa constatação, Joventino (2013) sugeriu a realização de estudos que avaliassem o impacto do uso do vídeo educativo aliado às orientações dos profissionais de saúde, considerando que a tecnologia jamais deverá substituir a função do enfermeiro na sua relação dialógica com seus

pacientes, pois o contato enfermeiro-paciente é essencial e insubstituível durante o processo educativo.

Assim, Nascimento (2015) realizou um estudo quase experimental com grupo único, onde aplicou o vídeo educativo aliado à roda de conversa mediada pela enfermeira. A mesma identificou que a intervenção influenciou positivamente os escores de autoeficácia materna, visto que houve redução da ocorrência da diarreia infantil e elevação nas médias dos escores de autoeficácia durante os dois meses de acompanhamento. Sendo recomendado o seu uso na prática dos enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Para que as mães pudessem levar as informações de prevenção da diarreia infantil para seus lares, Sabino (2016) construiu e validou uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, a qual foi construída pautada na Teoria de Autoeficácia, na EAPDI e no vídeo educativo supracitados. Ao validar o material educativo com as mães e os juízes, a autora possibilitou maior confiabilidade para utilização da cartilha pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde durante as atividades educativas destinadas às mães de crianças que buscam a UAPS.

Doak e Doak (1985) reforçam a importância do uso dessa abordagem teórica na construção dos materiais educativos, sendo o uso da Teoria de Autoeficácia essencial para intervenções educativas que visam promover a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Dessa forma, a utilização de intervenções educativas pautadas na Teoria de Autoeficácia pelos profissionais da saúde é necessária para a promoção da saúde da criança.

1.2 Intervenção educativa individual para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil

A educação em saúde é uma estratégia de promoção da saúde que visa à conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde (MACHADO et al., 2007). Trata-se de um processo dinâmico que busca capacitar indivíduos para que se tornem agentes do seu processo saúde/doença e possam ter melhores condições de saúde (MARTINS et al., 2007).

Além disso, é uma ferramenta que possibilita a capacitação do indivíduo e o seu controle sobre seu estado de saúde, sendo inerente a todos os níveis de atenção à saúde, porém tem grande significado na Atenção Primária à Saúde (APS), pois possibilita o embasamento das ações preventivas de doença e promotoras de saúde. Favorece também o processo de sensibilização do indivíduo e, conseqüentemente, a conscientização de sua cidadania, tomada de decisão, autocuidado e responsabilidade coletiva de saúde (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Nesse processo, a população deve ter a oportunidade de escolher se aceita ou rejeita as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde (MARTINS et al., 2007). Logo, a educação em saúde deve proporcionar o empoderamento da população, ou seja, possibilitar que, através do compartilhamento de informações, as pessoas ajam conscientemente sobre a sua condição de saúde.

Assim, há uma nova perspectiva de educação em saúde: a educação promotora em saúde. Sendo destacada como emancipadora do sujeito, permitindo que ele transforme sua realidade e estimule experiências para o desenvolvimento de melhores condições de vida e promoção da saúde (FERREIRA et al., 2014).

Reconhece-se como essencial que as pessoas sejam educadas para assumirem a responsabilidade do seu autocuidado (BASTABLE, 2010), logo, o enfermeiro, como educador em saúde, deve apropriar-se da educação promotora de saúde, visto que ensinar é um dos principais elementos da profissão (CARPENTER; BELL, 2002).

Além disso, esses profissionais estão em uma posição-chave para realizá-la, pois são os provedores de saúde em contato mais contínuo com os pacientes, sendo as fontes mais acessíveis de informação e, muitas vezes, as mais confiáveis (BASTABLE, 2010).

Há algum tempo, a educação dos pacientes foi considerada como elemento essencial do cuidado prestado pelo enfermeiro. Desde o século XIX, é considerada uma responsabilidade importante desse profissional. Segundo a *Pew Health Professions Commission* (1998) a prática de enfermagem deve envolver pacientes e familiares no processo de tomada de consciência em relação às intervenções para a saúde. Pois os enfermeiros educadores só poderão alcançar resultados positivos se desenvolverem atividades educativas centradas no paciente e orientadas à família (BASTABLE, 2010).

Uma abordagem educativa interativa e parceira proporciona ao educando a oportunidade de explorar e expandir suas habilidades de autocuidado (CIPRIANO, 2007). Logo, o enfermeiro pode apoiar-se em recursos de informação que favoreçam essa interação e parceria entre profissional e paciente; além de facilitar a comunicação e o entendimento dos participantes, para promover a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Ocorreram avanços no uso de tecnologias em saúde no cuidado de enfermagem em prol da melhora da prestação de atendimento ao paciente e seus familiares. Essas podem ser úteis para facilitar a compreensão dos participantes e promover a adoção de comportamentos saudáveis (KRAU, 2015).

Segundo a Carta de Ottawa, promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle e melhorar a sua saúde; e dentre os objetivos das suas ações está o desenvolvimento de habilidades pessoais. Que significa que as pessoas devem ser capacitadas a exercer maior controle sobre sua própria saúde, o meio ambiente e fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (BRASIL, 2002).

Intervenções educativas individuais mediadas pelo uso de tecnologias educativas podem ser utilizadas como ferramentas que potencializam práticas colaborativas, aprendizagem autônoma e, conseqüentemente, o desenvolvimento de habilidades pessoais (GOMEZ; PÉREZ, 2013; DALMOLIN et al., 2016).

De maneira geral, as intervenções educativas são realizadas em grupo. Porém, a abordagem individual também deve ser considerada pelos enfermeiros, pois o diálogo entre profissional e paciente é essencial para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a prestação de uma assistência individualizada, holística e de qualidade.

Estudo realizado por Lima et al., (2011) observou que, por meio dessa abordagem, alguns pacientes encontraram o espaço que necessitavam para conversar, tirar dúvidas e confidenciar angústias; além de ser um momento que facilita a troca de experiências entre profissional e paciente.

Esses aspectos podem ser inibidos por uma abordagem grupal, principalmente se os participantes não tiverem intimidade para trabalharem juntos e o profissional não tiver experiência suficiente para conduzir o diálogo em grupo.

Os estudos a seguir demonstraram resultados positivos acerca do uso da abordagem individual nas intervenções educativas, apontando a necessidade e importância da sua utilização pelos profissionais de saúde.

Mancuso et al., (2016) realizaram uma pesquisa sistemática acerca da produção científica brasileira sobre avaliação de intervenções de educação alimentar e nutricional e, dentre os 28 artigos analisados, quatro utilizaram a abordagem individual e obtiveram resultados satisfatórios: três relacionados ao tratamento de situações crônicas (CRUZ; MORIMOTO, 2004), síndrome metabólica (BUSNELLO et al., 2011) e hepatite C (LIMA et al., 2011) e um relacionado a voluntários com alto risco metabólico (ALMEIDA-PITITTO et al., 2012).

Estudo de Cruz e Morimoto (2004) utilizou um protocolo de atendimento nutricional individualizado para pacientes obesos a serem submetidos à cirurgia bariátrica durante o pré e pós-operatório, e detectaram que 60% dos pacientes no pré-operatório reduziram seu peso e no pós-operatório os resultados foram favoráveis quanto à perda de peso e baixa incidência das principais complicações do período.

Busnello et al., (2011) realizaram ensaio clínico randomizado em que o grupo intervenção, por meio de uma abordagem individualizada, recebia, além da dieta convencional, o "Manual de Orientação Nutricional para Pacientes com Síndrome Metabólica", uma ligação de acompanhamento e materiais novos a cada consulta. Enquanto que o grupo controle recebeu apenas a dieta convencional. Ambos os grupos tiveram melhora significativa dos parâmetros clínicos, avaliação antropométrica e bioquímica. Porém, identificou-se que houve melhor adesão aos hábitos alimentares saudáveis no grupo intervenção.

Lima et al., (2011), por meio de uma entrevista individual guiada por um roteiro, compreenderam melhor a realidade do paciente portador de hepatite C,

aproximaram-se das necessidades desse paciente, proporcionando melhor adesão e seguimento das orientações nutricionais.

Almeida-Pititto et al., (2012) avaliaram o efeito de um programa individualizado de promoção da saúde no perfil de risco cardiometabólico em japoneses residentes no Brasil, por meio de aconselhamento e atividade física saudáveis durante um ano. Identificaram reduções significativas da pressão arterial, circunferência da cintura e glicose; comprovando benefícios cardiometabólicos na população de alto risco.

Acerca da diarreia infantil, Joventino (2013) e Nascimento (2015) demonstraram a eficácia de abordagens grupais na promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. No que se refere à intervenção por meio do uso da abordagem individual, Penha (2017) comparou três intervenções para promoção da autoeficácia materna (vídeo educativo, cartilha e vídeo e cartilha combinados), identificando resultado satisfatório com o uso combinado dos materiais.

Além disso, Mendes (2018) comparou o uso do vídeo educativo aliado à Entrevista Motivacional Breve (EMB) e o uso da cartilha aliada à EMB, e encontrou resultado satisfatório acerca do uso do vídeo aliado à EMB. Entretanto, ela não comparou as intervenções com o atendimento convencional da unidade de saúde. Logo, é importante que haja a comparação do vídeo educativo aliado à EMB com o atendimento convencional na unidade de saúde.

Por se tratar de uma doença multifatorial, o desenvolvimento de ações que propiciem um cuidado pautado na atenção integral, com ações individuais e coletivas, é essencial para promover a autoeficácia materna e, conseqüentemente, a saúde da criança, família e comunidade (FELICIANO; KOVACS, 2000).

Assim, a aplicação do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: Você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve (EMB) consiste em uma intervenção educativa a ser testada por meio da abordagem individual para promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil durante a assistência de enfermagem na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

1.2.1 A entrevista motivacional para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1991) que visa à ativação da própria motivação dos pacientes para modificar ou aderir ao tratamento. Não se trata de uma técnica que busca obrigar o paciente a fazer algo que não queira, mas de um estilo clínico que evoca nas pessoas boas motivações para realizarem mudanças comportamentais do seu próprio interesse (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

O “espírito” da entrevista é descrito como colaborativo, evocativo e com respeito pela autonomia do paciente. Colaborativo porque se baseia em uma relação de parceria cooperativa e colaborativa entre paciente e profissional; evocativo porque busca evocar do paciente algo que ele já possui, ativar sua própria motivação e recursos para mudança; e respeitar a autonomia do paciente, pois o paciente é quem deve decidir o que fazer, logo, reconhecer e respeitar essa autonomia é um elemento fundamental para facilitar a mudança de comportamento (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

A prática da EM tem quatro princípios orientadores: resistir ao reflexo de consertar as coisas; entender e explorar as motivações do paciente; escutar com empatia; e fortalecer o paciente, estimulando a esperança e otimismo, sendo esses os princípios que devem ser considerados pelo profissional na prática da EM (ROLLNICK; MILLER; BUTLER; 2009).

Ao considerar seu espírito e princípios, a EM não indica soluções para o paciente, mas oferece condições para reflexão crítica que propiciem uma mudança natural. Buscam-se as razões para a mudança em vez de impor ou tentar persuadir a pessoa a mudar. Sendo assim, ela orienta os pacientes para tornarem-se conscientes sobre a transformação necessária, objetivando a prevenção da doença e promoção da saúde (BANDINELLI; GONÇALVES; FONSECA, 2013).

A maioria dos enfermeiros e demais profissionais da saúde têm uma forte vontade de corrigir os hábitos de saúde do paciente, prevenindo o mal e promovendo o bem-estar do mesmo; porém o profissional deve resistir ao reflexo de correção, visto que, muitas vezes, ele argumenta em prol da mudança, mas o paciente argumenta em defesa da manutenção dos hábitos atuais. Portanto, faz-se necessário que o enfermeiro compreenda os elementos intrínsecos, aparentes ou

não explicitados para uma avaliação adequada das motivações dos pacientes. Segundo Rollnick; Miller e Butler (2009), quem deve argumentar em favor da mudança é o paciente, pois a entrevista motivacional visa motivar o paciente para a mudança; não o profissional a decidir como e quando o paciente deve mudar.

Essa estratégia surgiu a partir de experiências clínicas com dependentes de álcool, entretanto, está sendo utilizada no tratamento da hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares (HETTEMA; STEELE; MILLER, 2005; RUBAK et al., 2005); na intervenção educativa de adolescentes infratores (ADRETTA; OLIVEIRA, 2008), no atendimento odontológico de crianças (WEINSTEIN et al., 2014), na promoção da alimentação saudável de gestantes (OLIVEIRA, 2014), na adesão de mulheres ao retorno à consulta ginecológica para busca do exame de rotina (NICOLAU, 2015), como suporte social a cuidadores de pacientes com câncer de mama (MOURÃO, 2016) e na autoeficácia materna em amamentar (WILHELM et al., 2006).

Dessa forma, o seu uso é essencial para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, visto que as mães, na maioria das vezes, sentem-se ambivalentes em relação às mudanças. A mãe pode ter elevada autoeficácia ou conhecimento acerca da prevenção da diarreia, porém, quando o profissional propõe que ela deva realizar a lavagem das mãos do filho antes das refeições, ela pode se deparar com o sentimento de ambivalência: “eu sou capaz de realizar a lavagem das mãos do meu filho, mas eu não tenho tempo para levá-lo à pia para realizar a lavagem”. A presença do “mas” aponta a ambivalência da mãe. Ela se sente capaz, entretanto algo a impede de realizar o cuidado naquele momento.

O uso da EM para promover a autoeficácia materna visa focar nessas ambivalências para que as mães se sintam motivadas a adotar os cuidados para prevenção da diarreia infantil e, para essa adoção, o enfermeiro precisa entender e explorar as motivações delas, visto que as razões da paciente para mudar são mais prováveis de desencadear a mudança de comportamento. Conforme Rollnick; Miller e Butler (2009), a EM age de uma maneira que o profissional evoque e explore as percepções do paciente acerca de sua situação atual e motivações para mudar. Assim como escutar o paciente tanto quanto informar, pois as respostas para a mudança comportamental estarão dentro do próprio paciente, na maioria das vezes, e para encontrá-las é preciso escutá-lo.

Caso essa mulher seja ativa durante a entrevista, pense em voz alta sobre o porquê e o como da mudança, é mais provável que ela faça algo a respeito da situação atual posteriormente (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Logo, o enfermeiro deve fortalecer essa mulher, ajudando-a a explorar como ela pode fazer a diferença na sua própria vida e conseqüentemente na do seu filho.

Na prática, é mais comum o uso da Entrevista Motivacional Breve (EMB), que será adotada no presente estudo. Trata-se da forma breve em intensidade e duração da EM. A mesma tem duração de 15 a 20 minutos e pode ser realizada em uma única aplicação. Seu uso é mais indicado para ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais (SALES; FIGLE, 2009). Logo, a Atenção Primária a Saúde é um ambiente que se enquadra nessas características.

Revisão sistemática, realizada por Bandinelli, Gonçalves e Fonseca (2013), acerca da aplicabilidade da EM em diversos contextos, identificou 18 artigos, dentre esses, 12 (75%) avaliaram o uso da EM como positiva, tendo em vista a melhora terapêutica conforme os objetivos planejados. Entretanto, não encontraram nenhum estudo brasileiro ou latino-americano, sendo sugerido que estudos no país sejam realizados em contextos que não envolvam a dependência química ou uso abusivo de álcool e outras drogas e que resultem em benefícios para a população usuária do sistema de saúde brasileiro.

Como esta intervenção tem breve duração e é indicada geralmente para pacientes com baixo nível de motivação para mudanças, podendo ser utilizada em conjunto com outras tecnologias, optar-se-á por seu uso combinado com o vídeo educativo, pois se acredita que seu uso combinado pode favorecer resultados mais positivos do que a sua utilização de maneira isolada.

Segundo Nascimento (2015), a aplicação do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à roda de conversa com enfermeira possibilitou a relação dialógica entre esse profissional e usuárias do serviço de saúde e facilitou a aprendizagem das mães; além de ter promovido a autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil e a redução da ocorrência da doença.

Assim, pretende-se defender a tese de que a intervenção educativa individual por meio da utilização do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve guiada pelo enfermeiro é

eficaz para elevar os escores de autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil, além de reduzir a ocorrência da doença na infância.

Diante do exposto, a relevância do presente estudo encontra-se na possibilidade da utilização de duas tecnologias educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, tornando a educação em saúde mais interativa, dialógica, centrada na mãe, por meio de uma escuta ativa e evocativa. Além disso, a abordagem individual possibilita maior aproximação do profissional com o paciente.

Assim, a intervenção poderá favorecer a motivação para mudança das mães de crianças acometidas ou não pela diarreia, tornando-as empoderadas em relação ao processo saúde/doença do seu filho e aos fatores que levam ao adoecimento do mesmo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Comparar os escores de autoeficácia para prevenir diarreia infantil das mães que participarem da intervenção educativa com aquelas que receberem o atendimento convencional da unidade de saúde.

2.2 Objetivo Específico

- Verificar os efeitos da intervenção educativa com vídeo educativo e Entrevista Motivacional Breve sobre a ocorrência da diarreia infantil.

3 HIPÓTESES

- Os escores de autoeficácia das mães que participaram da intervenção educativa são maiores do que daquelas que receberam o atendimento convencional da Unidade de Atenção Primária à Saúde.
- A ocorrência de diarreia infantil é menor nas crianças cujas mães participaram da intervenção educativa do que daquelas que receberam o atendimento convencional da Unidade de Atenção Primária à Saúde.

4 MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo experimental, do tipo Ensaio Clínico Randomizado (ECR), onde houve manipulação de variáveis independentes (vídeo educativo e entrevista motivacional breve) para se observar o seu efeito nas variáveis dependentes (autoeficácia e diarreia infantil) por meio da utilização de um grupo comparação (POLIT; BECK, 2011).

Optou-se pelo ECR, devido ao seu maior rigor metodológico e à sua capacidade de demonstrar causalidade por meio da alocação aleatória da intervenção, sendo possível eliminar a influência de variáveis confundidoras.

O ensaio clínico foi realizado com dois grupos: o grupo intervenção (GI), no qual foi aplicado o vídeo educativo aliado com a entrevista motivacional breve; e o grupo comparação (GC), que recebeu o atendimento convencional da Unidade de Atenção Primária à Saúde (atendimento pelo profissional de saúde da unidade de saúde) (Figura 1).

Figura 1- Representação do Ensaio Clínico Randomizado. Fortaleza, 2018

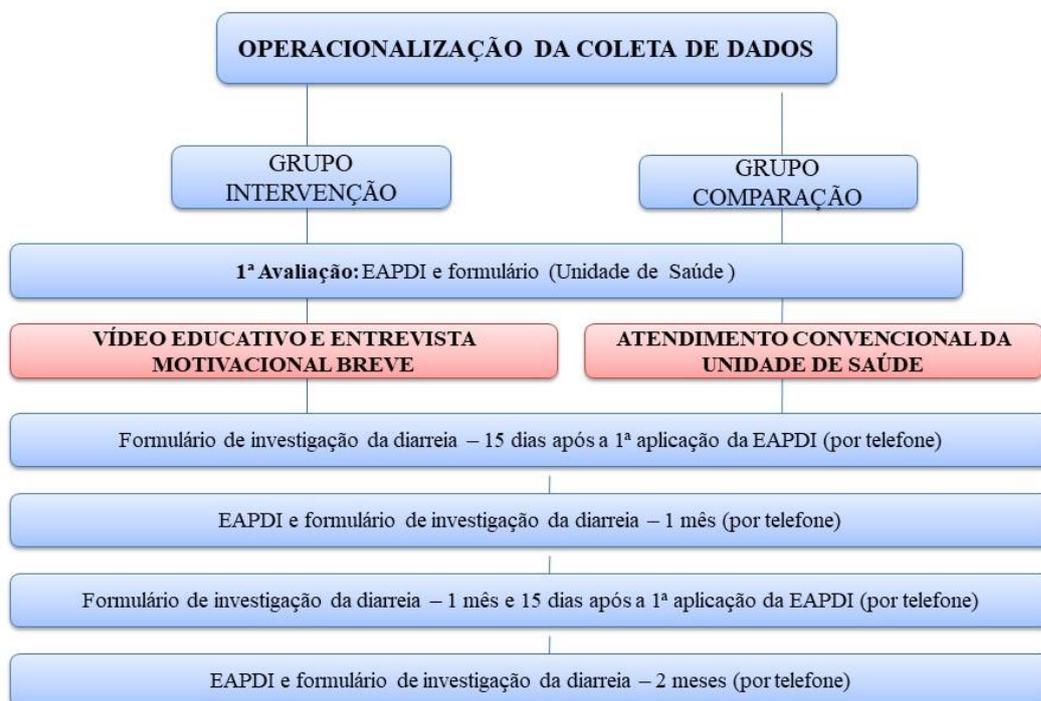


Fonte: Elaboração da autora.

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

2.

Figura 2- Operacionalização das etapas de coleta de dados. Fortaleza, 2018



Fonte: Elaboração da autora.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Fortaleza/CE, o qual é dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES), que são subsecretarias com suporte técnico e autonomia financeira e administrativa que visam assistir à população em suas respectivas áreas de abrangência. Cada CORES possui Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), portas de entrada no sistema de saúde hierarquizado, compostas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para o acompanhamento da população (FORTALEZA, 2014).

O estudo foi realizado na CORES V, que possui 20 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) (FORTALEZA, 2015). A seleção da mesma ocorreu devido a, no ano de 2015, ter apresentado maior ocorrência de diarreia, com 3.526 casos, e, destes, 1.504 em crianças menores de 5 anos de idade (FORTALEZA, 2015). Ressalta-se que, em 2016, esta CORES apresentou 3.621 casos de diarreia, dos quais 1.090 foram em crianças com idade inferior a 5 anos (FORTALEZA, 2016).

As duas UAPS que compuseram os grupos do ECR foram sorteadas de modo aleatório. 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 dois papéis. De modo que as Unidades de Atenção Primária à Saúde sorteadas aleatoriamente foram: Argeu Herbster e Luciano Torres de Melo.

4.3. População e amostra

A população do estudo foi composta por mães de crianças menores de 5 anos de idade cadastradas nas UAPS selecionadas.

Para o cálculo amostral, verificou-se a existência de associação pelo teste de X^2 entre cada domínio da escala e os demais grupos. Este teste é o mais indicado se cada célula tiver um número mínimo de cinco observações. Para que isso seja garantido, é ideal que se tenha uma amostra mínima de 10 indivíduos, multiplicando-se pelo número de células (HILL; HILL, 2002). Onde o número 2 refere-se ao número de grupos do estudo e o número 5, às opções de resposta da escala: discordo totalmente, discordo, às vezes concordo, concordo e concordo totalmente.

Assim, tem-se: $10 \times (2 \times 5) = 10 \times 10 = 100$; com acréscimo de 10%, ficou 110, de modo que cada grupo deveria ser composto por no mínimo 55 mães. Entretanto, considerando a demanda do local de coleta, o grupo comparação foi composto por 60 mães e o grupo intervenção, por 61, totalizando uma amostra de 121 participantes. Visto o mínimo exigido ser 55 mães por grupo, coletou-se o máximo possível conforme dinâmica das UAPS. A ausência de registro, no formulário, de algumas variáveis influenciou no número da amostra dos resultados apresentados nas tabelas, não contabilizando o total de participantes.

Foram adotados como critério de inclusão para participar do estudo: ser mãe de pelo menos um(uma) filho(a) com idade inferior a 5 anos, devendo este(a) ser acompanhado(a) na UAPS selecionada e possuir telefone celular ou fixo; e como critérios de exclusão: mãe de criança diagnosticada com intolerância à lactose, alergia à proteína do leite de vaca ou patologias associadas à diarreia crônica.

Foram excluídas, também, mães que possuíam alguma limitação cognitiva, comprovada por diagnóstico médico, que as impediam de participar da intervenção educativa ou de responder à Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) e aos demais instrumentos e mães com deficiência auditiva e/ou visual.

Além disso, adotou-se como critérios de descontinuidade: desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados; mudança de número de telefone sem comunicação prévia aos pesquisadores que impossibilitasse o contato com as mesmas e falecimento da mãe ou da criança no transcorrer do estudo.

Ressalta-se que, após o sorteio das UAPS que participaram do estudo, realizou-se outro sorteio que determinou para qual grupo (intervenção e comparação) pertenceria cada UAPS. Desse modo, a UAPS Argeu Herbster, foi selecionada para compor o grupo comparação; e a UAPS Luciano Torres de Melo, o grupo intervenção.

Optou-se por uma randomização em conglomerados, onde as mães foram alocadas randomicamente nos grupos intervenção e comparação. Logo, a população de mães cadastradas ou atendidas em cada UAPS compôs um dos grupos da pesquisa, o que reduziu ou eliminou o compartilhamento de informações entre os grupos do estudo. Isso foi possível porque cada UAPS possui uma área definida e delimitada territorialmente, segundo critérios populacionais, político-comunitários, fisiográficos, epidemiológicos e de organização dos serviços de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006; BRASIL, 2017).

4.4. Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados o formulário elaborado e validado por Joventino (2010), o qual aborda as variáveis explanatórias do estudo, constituídas pelos dados sociodemográficos materno (grau de escolaridade, ocupação, número de pessoas na casa, renda familiar e número de crianças vivas); dados socioeconômicos e sanitários (tipo de casa, origem da água que a criança consome, existência de sabão próximo às torneiras e tipo de sanitário); e dados relacionados à saúde da criança (sexo da criança, criança estuda, ajuda no cuidado

da criança, criança possui alguma doença, criança nasceu prematura, duração da amamentação exclusiva e limpeza do bico da mamadeira e da mamadeira) (ANEXO A).

A Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI), construída e validada por Joventino (2010), tem como intuito avaliar o nível de autoeficácia das mães na habilidade em prevenir a diarreia infantil. A mesma teve sua construção embasada na Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e pode ser utilizada por profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, para que possam embasar suas intervenções e orientações às mães/responsáveis pelas crianças (ANEXO B).

A EAPDI é composta por 24 itens contendo os seguintes domínios: higiene da família, com 15 itens, e práticas alimentares/gerais com nove itens. O padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores totais da escala variam de 24 a 120 pontos, em que as mães com maior pontuação possuem elevada autoeficácia, ou seja, são aquelas que têm maior confiança na habilidade para prevenir diarreia em seu filho (JOVENTINO et al., 2013). O nível de autoeficácia está dividido em: moderada autoeficácia (valores na EAPDI entre 110 – 114 pontos) e elevada autoeficácia (valores na EAPDI \geq 115 pontos) (JOVENTINO, 2010).

O primeiro domínio corresponde à higiene alimentar, ao preparo da comida e à higiene da criança e da família antes das refeições, sendo constituído pelos itens: 1. Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições; 2. Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 3. Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho; 7. Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de seis meses; 11. Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores; 12. Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade; 13. Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros seis meses de vida; 20. Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão); 24. Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho (JOVENTINO et al., 2013).

O segundo domínio refere-se aos comportamentos de higiene que a mãe deve adotar para com o filho e a família, sendo composto pelos itens: 4. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos; 5. Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida; 6. Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir; 8. Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia; 9. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho; 10. Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca; 14. Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso; 15. Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira; 16. Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário; 17. Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados; 18. Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa; 19. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro; 21. Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes de o meu filho andar/brincar no chão; 22. Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa; 23. Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô (JOVENTINO et al., 2013).

Por meio da EAPDI, o profissional poderá identificar quais domínios e comportamentos específicos a mulher sente-se ou não capaz de realizar para prevenir a doença. Além disso, segundo Joventino et al., (2013), os domínios abordam, além dos fatores extrínsecos (comportamentos), fatores intrínsecos (motivacionais) que favorecem a adoção do comportamento materno preventivo.

Foi utilizado para a coleta de dados, por meio dos contatos telefônicos, o formulário reduzido de investigação da diarreia, o qual possui 22 questões, abordando a ocorrência recente de diarreia na criança e o manejo materno da doença (ANEXO C).

4.5. Coleta de dados

A equipe de pesquisa foi composta pela pesquisadora responsável pelo estudo, pela orientadora do projeto do corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela coorientadora do projeto, por uma enfermeira, duas mestrandas, uma doutoranda e duas bolsistas de iniciação científica integrantes do grupo de pesquisa “Promoção da saúde da

criança e da família”. A equipe foi previamente treinada para auxiliar na coleta de dados.

O treinamento da equipe visou capacitá-la para aplicar os instrumentos de coleta de dados e teve duração de 4 horas. A equipe recebeu o Procedimento Operacional Padrão (POP), elaborado por Joventino (2013), contendo as respectivas informações acerca da aplicação dos instrumentos: quanto à aplicação presencial da EAPDI (ANEXO D), aplicação por telefone da EAPDI (ANEXO E), *check list* para aplicação presencial da EAPDI (ANEXO F) e *check list* para aplicação por telefone da EAPDI (ANEXO G). A pesquisadora responsável pelo estudo explicou cada instrumento, a sua aplicação sanou as possíveis dúvidas, orientou quanto à leitura do POP e demonstrou a aplicação dos instrumentos por meio de uma simulação. Além do treinamento, foram realizados encontros quinzenais com todos os envolvidos para discutir o andamento da coleta de dados.

A pesquisadora foi responsável pela aplicação da sessão educativa do grupo intervenção (vídeo educativo + entrevista motivacional). A mesma seguiu o roteiro validado por Mendes (2018) para realização da Entrevista Motivacional Breve (EMB) (APÊNDICE A), visando à uniformidade das informações para todas as participantes do grupo.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados após a intervenção educativa foi realizada pelos demais membros da equipe, com vistas a reduzir a possibilidade de vieses de pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2015 e foi dividida em três etapas detalhadas a seguir.

4.5.1. Primeira etapa

As mães foram abordadas, individualmente, pelos membros da equipe ao chegarem na UAPS, os mesmos se apresentavam e explicavam a pesquisa e as que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO H, I). Após o aceite, aplicaram-se a EAPDI e o formulário sociodemográfico com tempo de duração estimado em, aproximadamente, 20 minutos, sendo 6 minutos para a EADPI e 14 minutos para o formulário sociodemográfico, assim como no estudo desenvolvido por Joventino (2010). No

grupo comparação, esse momento ocorreu antes do atendimento convencional e, no grupo intervenção, antes da intervenção educativa.

Antes de iniciar a entrevista, as mães foram esclarecidas sobre a continuidade do estudo por contato telefônico a ser realizado quinzenalmente, de acordo com a disponibilidade de horário delas.

4.5.2. Segunda etapa

Após aplicação dos instrumentos, as mães do GC receberam uma pasta contendo a segunda via do TCLE e uma cópia da EAPDI, que foi utilizada por elas no momento da entrevista por telefone, e seguiram para o atendimento convencional (consulta de puericultura ou outra consulta marcada) na UAPS selecionada. Enquanto que as mães do GI foram direcionadas para a sala reservada na unidade de saúde, onde participaram da intervenção educativa.

Primeiramente, as mães assistiram ao vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”, com duração de 15 minutos e 5 segundos. A exposição do mesmo ocorreu individualmente, por meio de *notebooks* e fones de ouvido. Ao entrarem na sala, as mães foram direcionadas para o computador, e a pesquisadora se apresentou, explicou os comandos básicos para assistir ao vídeo (botão de volume, *play* e *pause*), o assunto a ser abordado no mesmo e que após o término elas iriam participar da Entrevista Motivacional Breve (EMB).

O vídeo foi elaborado de acordo com os domínios da EAPDI (higiene da família e práticas alimentares/gerais), sendo abordados todos os aspectos mencionados nos 24 itens da referida escala. Salienta-se que o mesmo aborda as quatro fontes de autoeficácia de Bandura: experiências de êxito pessoal, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos que influenciam a percepção de autoeficácia, sendo a integração dessas crenças no modelo cognitivo do indivíduo o que determina a autoeficácia (BANDURA; ADAMS; BAYER, 1977). Logo, cada cena foi embasada em uma ou mais fontes de autoeficácia, por exemplo, nas falas da enfermeira que, predominantemente, buscam por meio da persuasão verbal elevar a autoeficácia das mães expectadoras do vídeo (JOVENTINO, 2013).

O vídeo tem como protagonista: Luiza, mãe do Mateus, criança em idade pré-escolar acometida pela diarreia. Além dela, há duas coprotagonistas: a Maria, mãe do Pedro (lactente) e Dra. Emanuella (enfermeira da UAPS). Como

personagens secundárias, tem-se as mães de crianças menores de 5 anos: Antônia e Sandra. Há também o Mateus (filho de Luiza) e alguns figurantes entre adultos (pais) e crianças. As cenas fictícias se aproximam da realidade das famílias do público-alvo, assim como o figurino das personagens principais que demonstram a maneira de se vestir das pessoas da comunidade. As principais cenas ocorrem em três cenários: casa da Luiza, arredores da casa de Luiza (rua e mercearia) e UAPS (JOVENTINO, 2013).

Além de expor experiências reais de como as mães cuidam dos filhos no cotidiano, as cenas do vídeo mostram a troca de informações entre elas, tanto na comunidade quanto na roda de conversa educativa realizada na UAPS. Nessa roda de conversa, as mães contam com a ajuda da enfermeira, Dra. Emanuella, a qual orienta e esclarece as dúvidas delas de modo que se sintam capazes de realizar em seu cotidiano as medidas preventivas da doença. O vídeo inicia com a Luiza ao lado do filho (Matheus), acometido pela diarreia, e termina com o depoimento de Luiza, verbalizando que se sente capaz de evitar a diarreia em seus filhos, pois os cuidados podem ser realizados no dia a dia, sendo recompensador ver as crianças felizes e saudáveis (JOVENTINO, 2013).

Cada participante assistiu ao vídeo uma única vez e, após o término do mesmo, participaram da Entrevista Motivacional Breve (EMB), a partir das orientações contidas no vídeo educativo e dos itens da EAPDI que apresentaram pontuação mais baixa, sugerindo que a mãe se sentia menos confiante em realizar determinado cuidado para prevenir diarreia na criança.

No que se refere à EMB, a pesquisadora seguiu o roteiro para sua aplicação, o qual visa proporcionar o tratamento homogêneo para toda a amostra do estudo. A Entrevista Motivacional visa ativar a própria motivação dos pacientes para mudar comportamento e aderir ao tratamento, provocando mudanças. Ela é uma forma refinada de orientação que apresenta três habilidades comunicativas básicas: perguntar, informar e escutar (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009). Logo, as perguntas direcionadas às participantes do estudo buscaram evocar suas motivações para que se sentissem capazes de realizar os cuidados necessários ao filho e decidissem como realizá-los.

Dessa forma, a EMB foi embasada no espírito evocativo e nas habilidades comunicativas básicas. Assim, a pesquisadora se apresentou, aproximou e solicitou

permissão para informar, ativou a evocação inicial, trocou informações educativas e ativou a evocação final.

Por meio da entrevista, a pesquisadora ativou as motivações das mães a partir das cenas (cuidados) abordadas no vídeo educativo e dos itens da EAPDI. Quando as participantes não expuseram dúvidas ou não se manifestaram durante a entrevista, optou-se em trabalhar os itens da escala que apresentaram menores escores com a aplicação da EAPDI previamente à intervenção educativa ou os itens cujos estudos de Joventino (2013) e Nascimento (2015) identificaram com menores escores. Assim, a EMB foi facilitada mediante a identificação das cenas mais importantes para a discussão com a participante, direcionando a ação educativa da pesquisadora.

As cenas com menores escores, nos estudos supracitados, foram: 01. Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições; 02. Eu sou capaz de lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 03. Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno por mais de seis meses de vida do meu filho ou exclusivo durante os primeiros seis meses de vida dele; 04. Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca; 05. Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho (JOVENTINO, 2013).

Ao final dessa etapa, as mães receberam uma pasta contendo a segunda via do TCLE e uma cópia da EAPDI, que foi utilizada por elas no momento da entrevista por telefone, com intuito de facilitar o acesso às informações coletadas durante o acompanhamento. Com a entrega deste material pretendeu-se reduzir o viés de memória e facilitar o entendimento dos itens da escala pelas participantes do estudo (JOVENTINO, 2013; JARVOSKY, 2014; NASCIMENTO, 2015).

4.5.3. Terceira etapa

Essa etapa correspondeu ao acompanhamento por contato telefônico das mães do GI e GC durante dois meses, através de quatro ligações com intervalos quinzenais. A primeira ligação para as mães aconteceu 15 dias após o primeiro encontro presencial na UAPS. Para tanto, foi aplicado o formulário reduzido de investigação da diarreia quinzenalmente e a EAPDI, mensalmente.

De acordo com a data prevista para coleta, foram realizadas as ligações no horário pré-estabelecido pelas participantes, caso não se obtivesse sucesso, era feita nova ligação no dia seguinte, no mesmo horário escolhido pelas mães. Foram realizadas três tentativas diárias para entrar em contato com as mães do estudo, pelo menos em cinco dias consecutivos. Em caso de insucesso, a mesma foi desligada do estudo. Mantendo-se, na análise estatística, os dados que foram coletados até o momento que esta permaneceu.

A adequação da utilização do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas está sendo empregada há algum tempo, como demonstrado em estudo sobre a comparação de dois métodos educativos no pré-natal realizado por Sheehan (1999); e em estudo de Dodt (2011) que elaborou e validou uma tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação. A mesma estratégia também foi usada por Lin et al., (2008) para investigar os efeitos de um programa de educação pré-natal em amamentação em mulheres que foram submetidas à cesariana, em Taiwan; e no Ensaio Clínico Randomizado de Rodrigues et al., (2017) para avaliar a eficácia da intervenção educativa para a promoção da autoeficácia materna na amamentação.

4.6. Análise dos dados

Os dados estão apresentados em tabelas. Foram calculadas as medidas estatísticas média e desvio padrão das variáveis quantitativas. A força de associação entre os grupos e a eficácia foram analisadas pela RC e o IC_{95%}. Para análise de médias e correlações da escala de autoeficácia (Likert) e dos domínios higiene da família e práticas alimentares fez-se a transformação matemática $[(\text{Valor observado} - \text{Valor Mínimo}) / (\text{Valor Máximo} - \text{Valor Mínimo})] \times 100$; essa nova escala ficou no intervalo de 0 a 100.

Para essas análises empregaram-se previamente os testes de Kolmogoro-Smirnov (normalidade) e de Levene (homogeneidade de variâncias). Foram feitas as comparações: I) dos grupos contrastados antes da intervenção; II) da eficácia dentro e entre GC e GI; III) da eficácia do GC *versus* GI depois da intervenção. Para essas análises utilizaram-se os testes de X^2 , razão de verossimilhança, t de Student e Mann-Whitney.

As análises foram consideradas estatisticamente significantes se $p < 0,05$. Os dados foram processados no SPSS 20, licença número 10101131007.

4.7. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, por meio da Plataforma Brasil. Ademais, a todos os participantes do estudo foram esclarecidos os objetivos e solicitada a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborados com termos e linguagem adequados. Sendo garantidos o sigilo, o anonimato e o direito dos participantes de deixarem de participar da pesquisa em qualquer momento, sem acarretar danos à sua saúde, obedecendo aos seguintes princípios bioéticos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, consoante preconiza a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012).

Também foi encaminhado à Coordenadoria e Gestão de Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza/CE. Além disso, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, com parecer 1.116.855 (ANEXO J), o ECR foi registrado e aprovado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínico (Rebec) sob Parecer de número RBR-6974xz (ANEXO K).

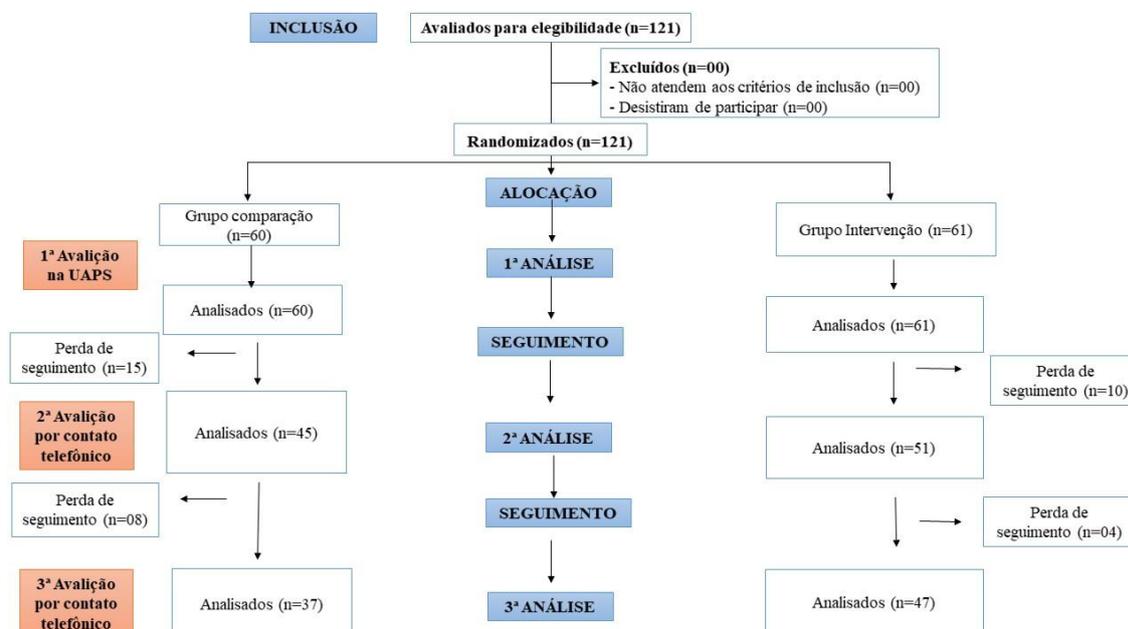
5 RESULTADOS

5.1 Caracterização em linha de base dos grupos investigados

No primeiro momento da coleta de dados (linha de base), o grupo comparação foi composto por 60 mães de crianças menores de 5 anos de idade e o grupo intervenção por 61 mães de crianças menores de 5 anos de idade, totalizando uma amostra de 121 mulheres. Ao longo do acompanhamento houve perdas, devido aos critérios de descontinuidade do estudo, conforme ilustrado na Figura 3.

Adotou-se a seguinte terminologia para os momentos da pesquisa para o grupo intervenção: Linha de base (1º momento), 1 mês após a intervenção (2º momento) e 2 meses após a intervenção (3º momento). E para o grupo comparação: Linha de base (1º momento), 1 mês após (2º momento) e 2 meses após (3º momento).

Figura 3 – Distribuição das participantes do estudo nos grupos. Fortaleza,



2018

Fonte: Elaboração da autora.

Os grupos foram avaliados na linha de base (1º momento) em relação às variáveis sociodemográficas maternas e sanitárias domiciliares (Tabela 1) e saúde

da criança (Tabela 2). Por se tratar de um ECR, nesse momento, realizou-se o teste de homogeneidade para se verificar a existência de semelhanças entre os grupos e constatar a validade interna do estudo (SCHULZ; GRIMES, 2002; POLIT; BECK, 2011). Visto que essas variáveis podem ser consideradas fatores que interferem na ocorrência da diarreia infantil, as quais poderiam confundir o desfecho do estudo.

No que se refere à homogeneidade dos grupos segundo as características sociodemográficas e sanitárias na linha de base (Tabela 1), identificou-se homogeneidade entre os grupos comparação e intervenção nas seguintes variáveis sociodemográficas: escolaridade ($p= 0,334$), estado civil ($p= 0,394$), ocupação ($p= 0,747$), número de pessoas na casa ($p= 0,609$), renda familiar ($p= 0,304$) e número de crianças vivas ($p= 0,288$).

No que se refere às características sanitárias, evidenciou-se homogeneidade entre os grupos comparação e intervenção nas variáveis: tipo de casa ($p= 0,201$), água que a criança bebe ($p= 0,299$), existência de sabão próximo à torneira ($p= 0,691$) e tipo de sanitário ($p= 0,684$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas maternas e sanitárias do domicílio de acordo com os grupos do estudo. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

Variáveis	GRUPOS				p-valor*
	COMPARAÇÃO		INTERVENÇÃO		
	N	%	N	%	
Anos de Estudo					0,334 ^a
Até 8	33	55,9	29	47,5	
9 a 12	25	42,4	28	45,9	
Acima de 12	1	1,7	4	6,6	
Estado Civil					0,394
Casada/ união estável	41	71,9	48	78,7	
Solteira	16	28,1	13	21,3	
Ocupação					0,747
Do lar	41	68,3	40	65,6	
Outras	19	31,7	21	34,4	
Nº de pessoas na residência					0,609
2-3	16	26,7	11	19,0	
4-5	31	51,7	33	56,9	
6-15	13	21,7	14	24,1	
Renda familiar**(SM)					0,304
Até 1 salário	31	54,4	27	47,4	
1,1 – 2 salários	20	35,1	18	31,6	
2,1 - 8,8 salários	6	10,5	12	21,1	
Filhos vivos					0,288
1	27	45,0	22	36,1	
2	20	33,3	18	29,5	
3-10	13	21,7	21	34,4	
Tipo de casa					0,201
Com reboco	51	86,4	57	93,4	
Sem reboco	8	13,6	4	6,6	
Água que a criança bebe					0,299
Rede pública	54	90,0	51	83,6	
Outras	6	10,0	10	16,4	
Sabão próximo à torneira					0,691 ^a
Sim	55	94,8	53	96,4	
Não	3	5,2	2	3,6	
Tipo de sanitário					0,684
Com descarga	49	84,5	49	81,7	
Sem descarga	11	18,3	9	15,5	

* Teste de Qui-Quadrado de Pearson; (a) Teste de razão de verossimilhança.

** Salário Mínimo = R\$788,00.

Acerca das características da saúde da criança (Tabela 2), constatou-se homogeneidade entre os grupos comparação e intervenção em todas as variáveis analisadas: sexo da criança ($p= 0,229$), criança estudar ($p= 0,630$), ajuda de terceiros no cuidado da criança ($p= 0,267$), criança possuir alguma doença ($p= 0,492$), criança prematura ($p= 0,255$), aleitamento materno exclusivo ($p= 0,326$), alimento na mamadeira ($p= 0,909$) e limpeza da mamadeira ($p= 0,116$).

Tabela 2. Características da saúde da criança de acordo com os grupos do estudo. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

Variáveis	Grupos		Intervenção	p-valor*
	Comparação			
	N	%	N	%
Sexo da criança				0,229
Masculino	37	61,7	31	50,8
Feminino	23	38,3	30	49,2
Criança estuda				0,630
Sim	26	43,3	23	39,0
Não	34	56,7	36	61,0
Recebe ajuda no cuidado da criança				0,267
Sim	32	53,3	38	63,3
Não	28	46,7	22	36,7
Criança possui alguma doença				0,492 ^a
Sim	6	10,0	4	6,6
Não	54	90,0	57	93,4
Criança prematura				0,255 ^a
Sim	9	15,0	5	8,3
Não	51	85,0	55	91,7
Aleitamento Materno Exclusivo				0,326
< 6 meses	43	71,7	36	63,2
Até 6 meses	17	28,3%	21	36,8%
Alimento na mamadeira				0,909
Sim	37	60,7	37	61,7
Não	23	38,3	24	39,3
Limpeza da mamadeira				0,116
Correta	7	18,9	13	35,1
Incorreta	30	81,1	24	64,9

* Teste de Qui-Quadrado de Pearson; (a) Teste de razão de verossimilhança.

5.2 Efeitos do vídeo e da entrevista motivacional sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil

A Tabela 3 apresenta a comparação das médias da escala total e dos domínios da EAPDI de práticas gerais/alimentares e higiene da família entre os grupos comparação e intervenção. Na linha de base (1º momento), verificou-se homogeneidade em relação à escala total e ao domínio de práticas

gerais/alimentares. Entretanto, o domínio higiene da família apresentou associação estatisticamente significativa ($p= 0,033$).

No grupo intervenção, pôde-se identificar elevação na média dos escores da escala total, do domínio de práticas gerais e de higiene da família do 1º momento para o 2º momento. Com redução, do 2º momento para o 3º momento, na média da escala total e do domínio de práticas gerais/alimentares e elevação na média dos escores do domínio de higiene da família.

Em relação ao grupo comparação, evidenciou-se elevação das médias dos escores da escala total e dos seus domínios do 1º momento para o 2º momento. Entretanto, do 2º momento para o 3º momento, houve redução nas médias tanto na escala total quanto nos domínios de práticas gerais/alimentares e higiene da família.

Verificou-se que, no 3º momento, no domínio higiene da família a média do GI (73,7) foi maior do que no GC (71,9). Inferindo-se, assim, que houve diferença significativa nas médias dos escores desse domínio, onde o grupo intervenção apresentou autoeficácia mais elevada do que o grupo comparação com o passar de três meses do momento inicial. Portanto, a intervenção trouxe resultados positivos ao longo do tempo.

Tabela 3. Comparação das médias da escala total e dos domínios antes e após a intervenção. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

EAPDI	Grupos				p*
	Comparação		Intervenção		
	Média ±	±DP	Média±	±DP	
1º Momento					
Escala total	111,1	± 6,6	112,2	± 7,6	0,417
Práticas gerais/alimentares	40,6	± 3,4	40,6	± 3,7	0,953
Higiene da família	71,3	± 4,2	69,4	± 5,4	0,033
2º Momento					
Escala total	117,5	± 4,6	115,8	± 7,9	0,192
Práticas gerais/alimentares	42,9	± 3,2	43,8	± 1,9	0,104
Higiene da família	72,5	± 4,7	73,1	± 2,8	0,405
3º Momento					
Escala total	117,4	± 4,4	115,4	± 7,9	0,150
Práticas gerais/alimentares	42,6	± 3,0	43,7	± 2,2	0,077
Higiene da família	71,9	± 5,1	73,7	± 2,3	0,035

* t de Student para dados independentes.

A Tabela 4 apresenta o efeito da intervenção educativa sobre a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, considerando a normatização de Joventino (2010) para efeitos de somatório dos escores da escala total, a saber: moderada e elevada autoeficácia. No 1º momento (linha de base), não houve associação estatisticamente significativa nos grupos, mostrando que ambos foram homogêneos no início do estudo.

No que se refere à razão de chance, não se verificou associação estatisticamente significativa em nenhum momento do estudo em ambos os grupos, ou seja, com relação à classificação de moderada ou elevada autoeficácia, não houve diferença entre os grupos estudados.

Apesar disso, constatou-se que no grupo comparação houve aumento do número de mães com elevada autoeficácia de 65%, no 1º momento, para 90,2% no 2º momento; e, no grupo intervenção, aumento de 73,8% no 1º momento para 85,7% no 2º momento.

No 3º momento, houve redução dos escores de autoeficácia no grupo comparação de 90,2% para 88,6%; e no grupo intervenção, de 85,7% para 83,8%. Esse resultado pode ser justificado pelo número de perdas amostrais ao longo do acompanhamento telefônico, que pode ter interferido no número de mulheres com elevada autoeficácia.

Tabela 4. Efeitos da intervenção sobre a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

Autoeficácia Materna para Prevenir Diarreia Infantil	Grupos				RC	IC _{95%}	p*
	Comparação		Intervenção				
	N	%	N	%			
1º Momento							
Moderada	21	35,0	16	26,2	1,51	0,69 – 3,30	0,295
Elevada	39	65,0	45	73,8			
2º Momento							
Moderada	5	9,8	6	14,3	0,65	0,18 - 2,31	
Elevada	46	90,2	36	85,7			0,505
3º Momento							
Moderada	5	11,4	6	16,2	0,66	0,18 – 2,37	0,525
Elevada	39	88,6	31	83,8			

* Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

5.3 Efeitos do vídeo educativo e da entrevista motivacional breve sobre a ocorrência da diarreia infantil

A Tabela 5 apresenta o efeito da intervenção educativa sobre a ocorrência da diarreia infantil. Verificou-se que na linha de base (1º momento) não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos, indicando a homogeneidade entre eles antes da aplicação do vídeo educativo aliado à Entrevista Motivacional Breve.

No 2º momento e no 3º momento, não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos, apontando que a intervenção educativa não influenciou na ocorrência da diarreia infantil com o passar dos meses.

Entretanto, ressalta-se que houve maior número de casos de diarreia no grupo comparação do que no grupo intervenção em todos os momentos da coleta de dados. Saliencia-se que foram considerados como casos de diarreia no 1º momento (linha de base) aqueles ocorridos no último mês anterior à coleta de dados.

Tabela 5. Efeitos da intervenção sobre a ocorrência da diarreia infantil. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

Ocorrência de Diarreia Infantil	Grupos		RC	IC _{95%}	p*
	Comparação	Intervenção			
	N	%	N	%	
1º Momento					
Sim	38	67,9	34	57,6	1,5
Não	18	32,1	25	42,4	5
2º Momento					
Sim	5	11,1	1	1,9	6,5
Não	40	88,9	52	98,1	0
3º Momento					
Sim	1	2,6	1	2,2	1,1
Não	37	97,4	44	97,8	9

* Teste de Qui-Quadrado de Pearson. **Teste de razão de verossimilhança

A Tabela 6 apresenta a razão de chance de ocorrência da diarreia infantil no grupo comparação e no grupo intervenção de acordo com a autoeficácia materna. Verificou-se que no 1º momento (linha de base) em ambos os grupos não

houve associação estatisticamente significativa, apontando a homogeneidade dos grupos no início do estudo.

No que se refere ao grupo comparação, no 2º momento, houve associação estatisticamente significativa, apontando que a não participação das mães na intervenção educativa apresentou-se como fator de risco para a ocorrência da diarreia infantil, de modo que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia apresentaram 13,2 vezes mais chances de serem acometidos pela diarreia do que os filhos daquelas com elevada autoeficácia. No 3º momento, também houve associação estatisticamente significativa, verificando-se que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 1,34 vezes mais chance de serem acometidos por diarreia do que os filhos daquelas com elevada autoeficácia.

Em relação ao grupo intervenção, no 2º momento, houve associação estatisticamente significativa, indicando que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 8,5 vezes mais chance de serem acometidos por diarreia. No 3º momento, também houve associação estatisticamente significativa, apontando que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 1,15 vezes mais chance de terem diarreia do que os das com elevada autoeficácia.

Além disso, ressalta-se que em ambos os grupos houve redução dos casos de diarreia, tendo o grupo intervenção maior redução nos números e nenhum caso de diarreia infantil em filhos de mães com elevada autoeficácia. Assim, reforça-se a influência da intervenção educativa tanto na promoção da autoeficácia materna quanto na prevenção da diarreia infantil.

Tabela 6. Avaliação da razão de chance de diarreia infantil, segundo a autoeficácia materna. Fortaleza/Ceará, Brasil, 2018

Diarreia Infantil	Autoeficácia		RC	IC _{95%}	p-valor*
	Moderada	Elevada			
	N	%	N	%	
GRUPO COMPARAÇÃO					
1º Momento					
Sim	19	76	9	52,9	2,81 0,750 - 10,565 0,120
Não	6	24	8	47,1	
2º Momento					13,2 1,197 – 147,5 0,012
Sim	3	30	1	3,1	
Não	7	70	31	96,9	
3º Momento					1,34 1,108 – 1,636 0,558
Sim	-	-	1	3,7	
Não	9	100	26	96,3	
GRUPO INTERVENÇÃO					
1º Momento					0,486 0,084 – 2,809 0,414
Sim	17	70,8	10	83,3	
Não	7	29,2	2	16,7	
2º Momento					8,5 4,009 – 18,024 0,010
Sim	1	14,3	-	-	
Não	6	85,7	45	100	
3º Momento					1,15 1,030 – 1,302 0,692
Sim	-	-	1	2,6	
Não	6	100	38	97,4	

* Teste de razão de verossimilhança.

6 DISCUSSÃO

Promover saúde é capacitar o outro para que ele consiga exercer controle sobre sua saúde e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida e a da comunidade. Dentre as ações de promoção da saúde contidas na Carta de Ottawa, destaca-se o desenvolvimento de habilidades pessoais. Estas podem ser alcançadas por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades da população pelos profissionais de saúde nos seus diversos cenários de atuação, visando oportunidades para que as pessoas possam exercer maior controle sobre sua saúde (BRASIL, 2002).

Por meio da educação em saúde é possível promover saúde, pois para Ferreira et al. (2014) educar em saúde está além de informar, envolve o direcionamento da informação para a reflexão, possibilitando o empoderamento da comunidade em relação à sua saúde.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida como objeto da educação em saúde, visa à prática educativa voltada para a promoção da saúde por meio do conjunto de atividades orientadas a propiciar a melhoria de condições de vida e acesso a bens e serviços sociais (BESEN et al., 2007). Assim, a consulta de puericultura, como parte da ESF, constitui espaço propício para o enfermeiro promover saúde à criança e à família, pois, por meio da educação em saúde, o enfermeiro pode desenvolver as habilidades maternas na prevenção da diarreia infantil e, conseqüentemente, redução da morbimortalidade infantil por esse agravo.

Assim, materiais educativos que possibilitem a escuta ativa e a evocação da motivação materna nos cuidados à criança é essencial para a promoção do conhecimento materno e o desenvolvimento das suas habilidades em realizar os cuidados preventivos da diarreia infantil. Visto que, segundo Abdnia (2014), é necessário que as mães tenham conhecimento para que possam obter as habilidades necessárias para a redução da mortalidade infantil por diarreia. Além disso, elas precisam se sentir capazes de realizar a mudança para que a informação compartilhada alcance o efeito desejado (MORGADO; PIRES; PINTO, 2000).

A prevenção da diarreia infantil pode ser favorecida pelo uso de estratégias mediadas por tecnologias educativas pautadas na Teoria de Autoeficácia de Bandura (2012), pois a autoeficácia é um construto modificável e o vídeo

educativo envolve a motivação e as fontes para alcançar as crenças maternas em prevenir a diarreia infantil.

Logo, ao aplicar o vídeo educativo intitulado “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve à mãe de crianças menores de 5 anos, constatou-se elevação dos escores de autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e redução na ocorrência da doença, principalmente no grupo intervenção.

Pela presente pesquisa ser um Ensaio Clínico Randomizado, fez-se necessário que os grupos que participaram do estudo fossem homogêneos entre si no primeiro momento da pesquisa (linha de base). Visto que a garantia da homogeneidade indica que as diferenças que surgirem ao longo do estudo entre os grupos estejam relacionadas com a manipulação das variáveis independentes (vídeo educativo e entrevista motivacional breve) (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Assim, conforme o teste de homogeneidade, os grupos apresentaram-se homogêneos em relação às variáveis sociodemográficas maternas e sanitárias domiciliares (Tabela 1) e saúde da criança (Tabela 2) na linha de base. Estas variáveis poderiam confundir os desfechos do estudo caso não tivessem sido homogêneas, pois podem interferir na ocorrência da diarreia infantil.

Ressalta-se que os dados referentes às características sociodemográficas maternas e sanitárias do domicílio (Tabela 1) e da saúde da criança (Tabela 2) foram previamente discutidas na dissertação de Nascimento (2015), não sendo abordados no presente estudo.

A Escala de Autoeficácia Materna na Prevenção da Diarreia Infantil (EADPI) é um instrumento válido para ser usado pelos profissionais de saúde na avaliação da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil e é dividida em dois domínios: o de práticas gerais/alimentares e o de higiene da família.

No que se refere à comparação das médias da escala total e dos domínios de práticas gerais/alimentares e higiene da família entre os grupos comparação e intervenção (Tabela 3), na linha de base (1º momento), verificou-se homogeneidade em relação à escala total e ao domínio de práticas gerais/alimentares.

Verificou-se que, no 3º momento, no domínio higiene da família a média do GI (73,7) foi maior do que no GC (71,9). Inferindo-se, que houve diferença significativa nas médias dos escores desse domínio, onde o grupo intervenção

apresentou autoeficácia mais elevada do que o grupo comparação com o passar de três meses do momento inicial. Portanto, a intervenção trouxe resultados positivos ao longo do tempo.

Estudo experimental de Penha (2017), ao comparar três intervenções (cartilha, vídeo e cartilha mais vídeo) para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, identificou elevação nas médias dos escores da EAPDI em todas as intervenções, entretanto a elevação da autoeficácia foi mais eficaz quando houve a aplicação combinada da cartilha com o vídeo.

Nascimento (2015), em estudo quase experimental com grupo único, onde aplicou o vídeo educativo aliado a uma roda de conversa, identificou elevação nas médias dos escores de autoeficácia durante os dois meses de acompanhamento.

Revisão sistemática, realizada por Bieri et al., (2012), ao avaliar a eficácia de vídeos educativos para estudantes de 5 a 17 anos de idade, identificou que os vídeos foram eficazes e influenciaram positivamente o seu comportamento e a atitude.

Além disso, quanto à utilização da Teoria de Autoeficácia, ensaio clínico randomizado, por meio de uma educação em saúde mediata por uma roda de conversa embasada na Teoria de Autoeficácia de Bandura (2012), possibilitou melhora do conhecimento e dos dados bioquímicos e antropométricos de um grupo de idosos (LIMA; MENEZES; PEIXOTO, 2018).

Estudo quase experimental, realizado na Bélgica, para promoção da autoeficácia de pais no cuidado dos filhos quanto à adoção de um estilo de vida saudável, por meio da aplicação de um vídeo educativo para os pais, durante quatro semanas, favoreceu o cuidado parental e a autoeficácia deles em relação à dieta saudável (DE LEPELEERE et al., 2017).

Ensaio clínico, realizado nos EUA, com adolescentes sexualmente ativas, por meio da aplicação de um vídeo educativo para promoção da autoeficácia para o uso de preservativos, promoveu a autoeficácia das adolescentes em utilizar o preservativo (DOWNS et al., 2018).

Sendo assim, esses estudos reforçam que intervenções mediadas pela Teoria de Autoeficácia são eficazes para a promoção da autoeficácia e mudança de comportamento.

Ressalta-se que, no presente estudo, a pesquisadora avaliou os itens da escala respondidos previamente à aplicação do vídeo educativo, em busca de identificar quais os comportamentos que as mulheres se sentiam menos confiantes em realizar para que, durante a EMB, fosse possível trabalhar, também, a ambivalência materna e ativar sua motivação acerca da realização desses comportamentos.

Alguns itens, de ambos os domínios da escala, foram considerados como os cuidados que elas se sentiram menos confiantes em realizar: 01. Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições; 02. Eu sou capaz de lavar as frutas e verduras com hipoclorito de sódio ou água sanitária; 03. Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno por mais de seis meses de vida do meu filho ou exclusivo durante os primeiros seis meses de vida dele; 04. Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca; 05. Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho. Os mesmos resultados foram identificados nos estudos de Joventino (2013) e Nascimento (2015).

As mães, em geral, demonstram menos confiança e mais ambivalência nesses itens da EAPDI. Logo, os profissionais devem estar atentos para promover a autoeficácia materna na adoção desses cuidados, pois eles são essenciais para a prevenção da diarreia infantil. Os profissionais devem utilizar a EAPDI para avaliar a autoeficácia e identificar e aplicar estratégias que favoreçam a confiança materna durante a consulta e a educação em saúde. Além disso, a utilização do vídeo educativo aliado à EMB pode ser aplicada como estratégia estimuladora da confiança materna na prevenção da doença.

O uso do vídeo educativo aliado à Entrevista Motivacional Breve (EMB) possibilitou a promoção da autoeficácia materna, porém a aplicação da intervenção ocorreu uma única vez, sendo importante que haja a sua contínua aplicação, sobretudo no que se refere à EMB. Visto que seu objetivo é favorecer a mudança por meio da ativação das motivações do paciente e superação da sua ambivalência. Além da reaplicação da EAPDI por contato telefônico, é importante que essas mães que se sentiram ambivalentes em adotar esses cuidados e que tiveram moderada autoeficácia sejam acompanhadas por meio da aplicação da EMB como forma de reduzir sua ambivalência ao longo do tempo e promover a sua autoeficácia.

No estudo de Chaves (2016) a EMB foi aplicada por telefone e, apesar de não ter influenciado na exclusividade do aleitamento materno, foi capaz de elevar a autoeficácia materna em amamentar e a duração do aleitamento. Já, no estudo de Dodou (2017), utilizando intervenção semelhante, pautada na autoeficácia materna em amamentar, constatou-se elevação da autoeficácia materna e das taxas e duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo.

Ao analisar o efeito do vídeo educativo e da entrevista motivacional breve sobre a autoeficácia materna moderada e elevada quanto à razão de chance da ocorrência de diarreia (Tabela 4), os grupos se mostraram homogêneos na linha de base. Ao se avaliar a razão de chance de ocorrência da diarreia com a autoeficácia materna não se verificou associação estatisticamente significativa em nenhum momento do estudo em ambos os grupos. Logo, a intervenção educativa não interferiu na moderada e elevada autoeficácia maternana prevenção da diarreia infantil.

Além disso, ressalta-se que não se identificou mãe com baixa autoeficácia, apenas com moderada a elevada autoeficácia. Esse resultado é corroborado pelos estudos experimentais de Joventino (2013), Penha (2017) e Mendes (2018).

O fato de não haver baixa autoeficácia nos grupos não implica que essas mulheres não necessitem participar de atividades educativas que visem à promoção da autoeficácia, pois somente ter moderada ou elevada autoeficácia e conhecimento acerca do assunto não são suficientes para que o comportamento seja adotado. Visto que a autoeficácia materna ser elevada para lavar as frutas e verduras não significa que ela irá realizar a lavagem dos alimentos em casa, pois muitas mulheres lidam com a ambivalência e resistência para mudar.

Ao se considerar os itens da escala que as mulheres se sentiram menos confiantes em realizar (lavagem das mãos da criança antes e depois das refeições, lavagem das frutas e verduras com hipoclorito de sódio, amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança, a não colocação de objetos sujos na boca e o tratamento da água para consumo), estes são essenciais para a prevenção da ocorrência da diarreia infantil (KAMN et al., 2014; MASHOTO et al., 2014; ZAIDEN et al., 2008; SILVA et al., 2015; USFAR, 2010; VENÂNCIO et al., 2010; LAMBERTI et al., 2011; SUWANTIKA; POSTMA, 2013; NORMAN; PEDLEY; TAKKOUICHE, 2010; BRASIL, 2009; LOPES et al., 2013; NASCIMENTO, 2015; ASMUS et al., 2013).

Estudo realizado no Quênia, ao comparar residências que possuíam sabão para lavagem das mãos com as que não possuíam, evidenciou redução de 41% na prevalência de diarreia em crianças menores 5 anos nas residências que possuíam sabão (KAMN et al., 2014). Na Tanzânia, identificou-se que nas famílias que não realizavam a higienização das mãos com água e sabão havia maior risco de ocorrência de diarreia infantil (MASHOTO et al., 2014).

A lavagem das frutas e verduras é uma medida eficaz para a prevenção de doenças infecciosas parasitárias. Pois a manipulação incorreta dos alimentos pode estar diretamente relacionada à contaminação (ZAIDEN et al, 2008). Estudo realizado por Silva et al., (2015) identificou que a maioria das crianças (61,1%) consumia verduras cruas em casa, sendo indispensável a lavagem dessas verduras para evitar a contaminação com ovos e cistos parasitários. Estudo de USFAR et al., (2010), ao questionar as mães quanto à importância da lavagem das frutas e verduras, identificou que 75% concordaram que a lavagem antes do consumo era uma prática importante para remover sujeira e pesticidas. Entretanto, 58% não lavavam as frutas antes de oferecer para a criança, mesmo considerando o mercado um local contaminado.

Além disso, o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos seis primeiros meses de vida garante proteção contra infecções respiratórias e diarreia aguda entre crianças menores de 5 anos de idade (VENÂNCIO et al., 2010; LAMBERTI et al., 2011; SUWANTIKA; POSTMA, 2013). Lactentes menores de 6 meses que não estão em AME são acometidos com mais frequência pela diarreia (NORMAN; PEDLEY; TAKKOUCHE, 2010).

A diarreia infecciosa pode ser transmitida diretamente de pessoa a pessoa, por mãos contaminadas ou objetos contaminados que a criança leva à boca (BRASIL, 2009). Estudo de Lopes et al., (2013) identificou, em relação ao domínio higiene da família da EAPDI, menores escores de autoeficácia quanto aos cuidados em evitar que a criança coloque objetos sujos na boca. Logo, é essencial que os profissionais de saúde disseminem a importância da adoção desse cuidado materno para a prevenção da diarreia infantil.

Nascimento (2015) identificou que as mães do seu estudo compravam água mineral para o consumo da criança, entretanto, a família fazia uso da água da torneira sem realizar a fervura antes do consumo. Isso implica em contaminação dos

demais membros da família, colocando a criança sob o risco de adoecer, visto que a diarreia infecciosa é de fácil contaminação.

Assim, é importante que os profissionais de saúde ensinem e expliquem a importância do tratamento da água para consumo, pois a água proveniente de outras fontes, como poços e nascentes, pode facilitar a transmissão de agentes infecciosos causadores de diarreia, principalmente se estas fontes estiverem associadas a condições inadequadas de esgotamento sanitário e entrarem em contato com água orunda de enchentes ou alagamentos (ASMUS et al., 2013).

Logo, faz-se necessária a educação em saúde mediada pela entrevista motivacional breve para provocar a mudança e reduzir o sentimento de ambivalência, favorecendo a elevação da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

No ECR de Mendes (2018), em um grupo aplicou a cartilha educativa intitulada “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!” aliada à EMB; e no outro grupo, o vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à EMB. Após um mês da aplicação das intervenções, as participantes dos dois grupos tiveram autoeficácia elevada para prevenção da diarreia infantil. Ou seja, aquelas que tinham moderada autoeficácia passaram a ter elevada autoeficácia. Esse achado reforça a importância da aplicação da intervenção para todas as mulheres, independente da classificação de autoeficácia.

A entrevista motivacional visa reduzir a ambivalência através de uma visão humanista e construtivista diante da mudança de comportamento. O profissional, sem impor rótulos, julgamentos e punições, apoia a paciente e suas motivações para mudança (HOHMAN, 2012; FIGLIE; GUIMARÃES, 2014). O profissional não deve decidir pela paciente, mas possibilitar que ela chegue ao seu objetivo por meio da ativação da sua própria motivação para mudança; e, assim, supere a resistência em mudar e adote o comportamento de saúde adequado (CHAVES, 2016).

A informação dada pelo profissional é essencial para a mudança de comportamento, desde que seja feita de maneira correta para gerar resultados satisfatórios, pois é a partir da informação dada que o profissional compartilha seus conhecimentos (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009).

No presente estudo, optou-se por compartilhar a informação por meio de um vídeo educativo pautado na Teoria de Autoeficácia (JOVENTINO, 2013), por

tratar-se de uma tecnologia educativa válida para o ensino dos cuidados preventivos da diarreia infantil, por promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e por favorecer a motivação durante o processo ensino-aprendizagem, principalmente quando aplicado em conjunto com outras metodologias (MORAES et al, 2015).

Ressalta-se que a associação do vídeo com a EMB mostrou-se favorecedora para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, pois, no 2º momento, o percentual de mulheres com elevada autoeficácia aumentou em ambos os grupos. Apesar disso, no 3º momento, houve uma redução no percentil de mulheres com elevada autoeficácia em ambos os grupos.

Resultado semelhante foi observado nos estudos de Joventino (2013), Nascimento (2015), Penha (2017) e Mendes (2018). As ações educativas devem ser incentivadas para que as mães permaneçam com elevada autoeficácia e para que aquelas que possuem autoeficácia moderada tenham oportunidade de optar por comportamentos promotores de saúde (JOVENTINO et al., 2017). Assim, reforça-se a importância da aplicação contínua da intervenção educativa a fim de promover a autoeficácia materna por períodos prolongados. Além disso, ressalta-se a necessidade de investigações mais aprofundadas acerca desses resultados.

No que se refere ao efeito do vídeo educativo e da entrevista motivacional breve sobre a ocorrência da diarreia infantil (Tabela 5), verificou-se que na linha de base (1º momento) não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos, indicando a homogeneidade entre eles antes da aplicação da intervenção.

No 2º e 3º momento não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos. Entretanto, houve maior predomínio de casos de episódios diarreicos no grupo comparação do que no grupo intervenção em todos os momentos do estudo. Logo, acredita-se que houve algum efeito positivo da intervenção na prevenção da diarreia infantil. Pois, o vídeo educativo apresenta todos os cuidados preventivos para a diarreia infecciosa contidos na EAPDI.

A Teoria de Autoeficácia de Bandura (2012) embasa a escala e todo o material educativo, logo, contempla as quatro fontes de expectativa de eficácia: experiência pessoal, experiência vicária (modelagem), persuasão verbal e aspectos fisiológicos. Essas fontes são essenciais na promoção da autoeficácia materna, pois é por meio delas que a expectativa de eficácia é alcançada. Com essa expectativa

de eficácia fraca, as mulheres podem não se sentir capazes de dedicar todo o esforço e tempo necessários para realizar o comportamento desejado, logo, tendem a permanecer no *status quo*.

No que se refere à experiência pessoal, a cena 16 do vídeo mostra Luiza demonstrando insegurança quanto à realização dos cuidados preventivos da diarreia em seus filhos, e a enfermeira a relembra de que, quando seu filho teve um problema de pele, ela foi capaz de realizar todos os cuidados. Assim, por meio da experiência anterior positiva de Luiza, a enfermeira a incentiva quanto à sua capacidade de realizar qualquer cuidado para promover a saúde de seus filhos.

Acerca da experiência vicária, a cena 6 mostra Luiza dizendo que os filhos de Maria são um exemplo, por manterem a higiene corporal ao tomar banho com frequência. Servindo, assim, como modelo para ela e seus filhos. Quanto à persuasão verbal, a cena 4 apresenta a enfermeira, numa roda de conversa com as mães, reforçando, por meio do diálogo, que cada uma delas é capaz de prevenir a diarreia em seus filhos. Em relação aos aspectos fisiológicos, na cena 17, Maria confessa suas preocupações e medos em realizar os cuidados diários, mas que conseguiu superar o medo e ser capaz de realizá-los.

Com isso, todas as cenas do vídeo educativo de Joventino (2013) favorecem a expectativa de eficácia materna quanto à prevenção da diarreia infantil, permitindo que as mães se sintam confiantes em realizar os cuidados.

Ao identificar, por meio da EAPDI, os itens da escala que as mulheres se sentiram menos capazes de realizar, antes da visualização do vídeo, a pesquisadora, por meio da EMB, pôde trabalhar a ambivalência das mulheres em relação a esses itens, favorecendo a confiança materna em realizá-los e, conseqüentemente, reduzir a ocorrência da diarreia infantil.

A motivação é um fator que pode interferir na realização dos cuidados maternos, logo, o foco da pesquisadora durante a entrevista motivacional não foi persuadir, mas ajudar a mãe a refletir acerca da sua fala e a resolver sua ambivalência, por meio da sua própria motivação, energia e comprometimento (SOUZA et al., 2012).

Segundo Rollnick, Miller e Butler (2009), os profissionais têm uma tendência a “consertar as coisas” e, muitas vezes, usam da argumentação e persuasão para convencer o paciente à mudança, quando, na verdade, somente o paciente pode mudar por si mesmo. Assim, a EMB visa superar essa tendência,

pois, quanto mais o profissional argumenta a favor da mudança, mais o paciente tende a resistir e diminuir a probabilidade de mudar.

Dessa forma, a EMB deve ser utilizada como uma ferramenta para ajudar o paciente a se sentir envolvido e no controle de sua saúde e autocuidado. O seu sucesso, em parte, depende da competência de quem a aplica (SOUZA et al., 2012). Para sua aplicação, são necessários capacitação e treinamento da equipe de saúde, pois, caso seja aplicada de forma incorreta, não haverá sucesso na sua abordagem.

A motivação é um fator inerente a cada pessoa, considerado por Rollnick, Miller e Butler (2009) um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Mas que pode ser influenciado por fatores externos. Logo, o enfermeiro exerce papel fundamental nessa influência, visto ser o profissional em contato próximo às mães e por elas confiarem no mesmo.

Assim, ao combinar o vídeo educativo com a entrevista motivacional breve, a pesquisadora favoreceu o diálogo, a aproximação com a paciente e estabeleceu uma relação interativa e de confiança, favorecendo a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, motivação para superar a ambivalência, a redução da resistência em mudar e a mudança comportamental e, conseqüentemente, a redução da ocorrência da diarreia infantil.

O papel do enfermeiro educador é colaborar com a mãe, sendo parceiro, não o condutor da situação. A mãe deve ser considerada como peça central da intervenção educativa, pois ela conhece a realidade que vivencia, as suas motivações, obstáculos e motivações para cuidar do seu filho. O enfermeiro precisa adotar o espírito colaborativo da EM e ativar na mulher a sua motivação para mudança e junto com ela traçar possíveis meios de solucionar o problema. Ela precisa compreender que é autônoma na decisão de mudar, somente ela pode decidir, não é o enfermeiro que vai decidir se ela vai ou não adotar determinado cuidado para prevenção da diarreia na criança.

Os seguintes estudos experimentais que utilizaram a EM como intervenção educativa promoveram comportamentos saudáveis nos pacientes: HOLT; MILGROM; GEMMILL, (2017); WU et al., (2017); ARMSTRONG et al., (2018).

Holt, Milgrom e Gemmil (2017) realizaram um ECR em saúde mental, por meio da aplicação da EM, visando à adesão de mulheres com sintomas de

depressão e ansiedade pós-parto a buscarem tratamento. Com a aplicação da entrevista, por enfermeiros de saúde mental, a essas pacientes, houve melhora na busca do serviço de saúde e adesão ao tratamento.

Já o estudo experimental de Wu et al., (2017) aplicou a EM com adolescentes de escolas secundárias visando à promoção da saúde bucal dos alunos. Constataram que a EM provocou mudanças satisfatórias nos hábitos de higiene bucal e na prevenção da cárie dentária.

Armstrong et al., (2018), por meio de ensaio clínico, avaliaram o efeito do envio de entrevista motivacional por mensagem de texto a pais de crianças em tratamento para a obesidade infantil. Identificaram que a EM não interferiu no valor do IMC das crianças, mas favoreceu a adesão às consultas de rotina.

Acerca da razão de chance de ocorrência da diarreia infantil no grupo comparação e no grupo intervenção de acordo com a autoeficácia materna (Tabela 6), verificou-se que no 1º momento (linha de base) em ambos os grupos não houve associação estatisticamente significativa, apontando a homogeneidade dos grupos no início do estudo.

Em relação ao 2º momento, houve associação estatisticamente significativa em ambos os grupos, onde os filhos das mulheres com moderada autoeficácia, do grupo intervenção, tiveram 8,5 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia. Enquanto que, no grupo comparação, esse risco foi de 13,2 vezes maior. Além disso, em ambos os grupos houve redução dos casos de diarreia, tendo o grupo intervenção maior redução nos números e nenhum caso de diarreia infantil em filhos de mães com elevada autoeficácia.

Esse resultado mostra que a intervenção educativa obteve resultado satisfatório em relação à redução do risco de ocorrência da diarreia infantil, pois o grupo intervenção teve um menor risco de ser acometido pela doença. A utilização do vídeo educativo associado à EMB favoreceu a melhor aprendizagem materna, a elevação de sua motivação e redução da ambivalência em adotar o comportamento desejado.

No Ensaio Clínico Randomizado de Joventino et al., (2016) também foi observado resultado semelhante, pois, ao aplicar o vídeo educativo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, identificou-se que a chance de ocorrência da doença diarreica na infância foi mais alta no grupo comparação e que as mães do grupo

intervenção com moderada autoeficácia tiveram 2,36 vezes risco maior de ter o filho acometido pela doença do que aquelas com elevada autoeficácia.

Nascimento (2015), no seu estudo quase experimental, ao aplicar o vídeo educativo aliado a uma roda de conversa, identificou que, dois meses após a intervenção combinada, houve redução da prevalência de crianças com diarreia e elevação dos escores de autoeficácia. Além disso, com um mês após a intervenção, constatou que o risco de ocorrência da diarreia em filhos de mães com moderada autoeficácia foi 2,64 vezes maior que nas com elevada autoeficácia.

Ressalta-se a importância do uso de tecnologias educativas embasadas pela Teoria de Autoeficácia durante as atividades de educação em saúde na Unidade de Atenção Primária à Saúde e nas Unidades de Atendimentos Especializados. Além disso, o estudo mostra que o uso da tecnologia dura (vídeo) aliada à tecnologia leve-dura (EMB), além de promover a autoeficácia materna, possibilitou a redução do risco de ocorrência da diarreia infantil e redução dos casos de diarreia infantil.

Estudos experimentais que utilizaram a autoeficácia nas suas intervenções obtiveram resultados satisfatórios na saúde da criança e do adolescente (DEANE et al., 2017; PAKARINEN et al., 2017).

Estudo experimental, realizado na Nova Zelândia, utilizou um Programa de Desenvolvimento de Jovens sobre autoeficácia acadêmica e social por meio de atendimento na unidade de saúde durante 10 dias e orientações telefônicas por um ano para promover o crescimento positivo em jovens de 14 a 15 anos com baixa autoeficácia. Constatou que o programa foi eficaz na melhoria da autoeficácia social e acadêmica, apresentando efeitos sustentados um ano após a intervenção (DEANE et al., 2017).

Revisão sistemática realizada para avaliar a eficácia de jogos educativos em saúde para promoção da autoeficácia da atividade física em crianças identificou que, dos cinco estudos analisados, quatro apresentaram efeito positivo sobre a autoeficácia de crianças na realização de atividade física (PAKARINEN, 2017).

Bandura (1977) estabelece que as crenças de autoeficácia e as mudanças de comportamento e resultados estão correlacionadas e que a autoeficácia é excelente preditora do comportamento. Assim, a adoção das medidas preventivas pelas mães pode ser influenciada pela intervenção educativa.

A diarreia é uma doença multifatorial e somente o conhecimento acerca das medidas preventivas não é suficiente para garantir que as mulheres irão realizar os cuidados necessários para manter a saúde da criança. Portanto, faz-se necessário trabalhar com a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, identificar o nível da autoeficácia materna para direcionar o cuidado de enfermagem, durante o processo educativo, de forma a atender à real necessidade da mulher naquele momento.

Além disso, deve-se aliar essa teoria a outras estratégias, como a Entrevista Motivacional Breve, para que a mulher se sinta apoiada e motivada a adotar comportamentos saudáveis que irão prevenir a diarreia e promover a saúde da criança e da família. Pela EMB ser evocativa, colaborativa e de curta duração, possibilita que o profissional de saúde reduza a ambivalência materna, motive a adoção dos cuidados preventivos da diarreia infantil e promova a autoeficácia materna em prevenir a doença.

A intervenção educativa mostrou-se favorecedora da promoção da saúde da criança e da família, pois possibilitou a relação dialógica, a parceria entre enfermeira e paciente, a humanização do cuidado ao possibilitar a escuta ativa da mãe e o empoderamento materno. Além do uso do vídeo educativo e da EMB, por meio de uma abordagem individual, ter possibilitado que as mães se sentissem mais à vontade para tirar dúvidas e dialogar com mais privacidade.

Assim, ratifica-se a realização de intervenções combinadas, por meio de uma abordagem individualizada, embasada na Teoria de Autoeficácia, na atenção primária, que possibilitem ao enfermeiro educador uma escuta ativa e favoreçam a motivação para a mudança das mães. A utilização do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: Você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve permitiu a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e reduziu a ocorrência da doença. Sendo uma intervenção válida para ser utilizada na Atenção Primária à Saúde.

7 CONCLUSÕES

Após realização do Ensaio Clínico Randomizado, por meio da aplicação do Vídeo Educativo aliado à Entrevista Motivacional Breve para Promoção da Autoeficácia Materna na Prevenção da Diarreia Infantil, conclui-se que:

- Os grupos intervenção e comparação mostraram-se homogêneos na linha de base, visto que não se identificou associação estatisticamente significativa nas variáveis sociodemográficas, sanitárias e de saúde da criança.

- Acerca da comparação das médias da escala total e dos domínios de práticas gerais/alimentares e higiene da família entre os grupos comparação e intervenção, na linha de base (1º momento), verificou-se homogeneidade em relação à escala total e ao domínio de práticas gerais/alimentares. Sendo constatada associação estatisticamente significativa no domínio higiene da família ($p= 0,033$) com média mais elevada inicialmente no grupo comparação.

- No 3º momento, verificou-se no domínio higiene da família a média do GI (73,7) foi maior do que no GC (71,9). Inferindo-se, assim, que houve diferença significativa nas médias dos escores desse domínio, onde o grupo intervenção apresentou autoeficácia mais elevada do que o grupo comparação com o passar de três meses do momento inicial. Portanto, a intervenção trouxe resultados positivos ao longo do tempo.

- Acerca do efeito da intervenção educativa sobre a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, no 1º momento (linha de base), não houve associação estatisticamente significativa nos grupos, mostrando que ambos eram homogêneos no início do estudo. No que se refere à razão de chance, não se verificou associação estatisticamente significativa em nenhum momento do estudo em ambos os grupos, ou seja, a intervenção educativa não interferiu na classificação de moderada e elevada autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Em relação ao efeito da intervenção educativa sobre a ocorrência da diarreia infantil, havia homogeneidade entre os grupos antes da aplicação da intervenção. No 2º momento e no 3º momento, não houve associação estatisticamente significativa entre os grupos, apontando que a intervenção educativa não influenciou na ocorrência da diarreia infantil com o passar dos meses.

Entretanto, ressalta-se que houve maior número de casos de diarreia no grupo comparação do que no grupo intervenção em todos os momentos.

- Acerca da razão de chance de ocorrência da diarreia infantil no grupo comparação e no grupo intervenção de acordo com a autoeficácia materna, os grupos foram homogêneos no 1º momento (linha de base).

- No que se refere ao grupo comparação, no 2º momento, houve associação estatisticamente significativa, apontando que a não participação das mães na intervenção educativa apresentou-se como fator de risco para a ocorrência da diarreia infantil, tendo os filhos das mulheres com moderada autoeficácia 13,2 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia do que os das com elevada autoeficácia. No 3º momento, os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 1,34 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia do que os filhos das mães com elevada autoeficácia.

- Em relação ao grupo intervenção, no 2º momento, houve associação estatisticamente significativa, indicando que os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 8,5 vezes mais chance de serem acometidos pela diarreia. No 3º momento, os filhos das mulheres com moderada autoeficácia tiveram 1,15 vezes mais chance de terem diarreia do que os das mães com elevada autoeficácia.

Com isso, foram comprovadas as seguintes hipóteses:

- A intervenção educativa foi eficaz para promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.
- Os escores de autoeficácia das mães que participaram da intervenção educativa foram maiores do que daquelas que receberam o atendimento convencional da unidade de saúde.
- A ocorrência de diarreia infantil foi menor nas crianças cujas mães participaram da intervenção educativa do que nas daquelas que receberam o atendimento convencional da unidade de saúde.

Além disso, comprova-se a tese de que a intervenção educativa individualizada por meio da utilização do vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve é eficaz para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil.

Sendo assim, o vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” aliado à Entrevista Motivacional Breve é válido para ser utilizado pelos profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do Município de Fortaleza/CE.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Considera-se que o presente Ensaio Clínico Randomizado apresentou resultados confiáveis, por meio da validade da análise estatística realizada, porém, como todo estudo, apresentou limitações que merecem ser identificadas para que não sejam replicadas em estudos futuros:

- Curto período de acompanhamento da autoeficácia materna e ocorrência da diarreia infantil.
- Perda amostral, devido à dificuldade de manter o acompanhamento por contato telefônico com as participantes do estudo.
- Aplicação da intervenção educativa em apenas um momento, não havendo exposição repetida da intervenção às mães em outros momentos.
- Não uso de legendas para que mães com deficiência auditiva possam assistir ao vídeo.

Considerando essas limitações, apontam-se como recomendações para estudos futuros:

- Acompanhamento a longo prazo da autoeficácia materna e ocorrência da diarreia infantil por seis meses a um ano.
- Desenvolvimento de estratégias que favoreçam o acompanhamento por contato telefônico, visando à motivação da participante em continuar no estudo e, conseqüentemente, redução das perdas amostrais.
- Realização de pesquisas que possibilitem a aplicação da intervenção educativa em diversos momentos, não somente em um momento único; pois com dois meses de acompanhamento há uma tendência na redução dos escores de autoeficácia, sugerindo a necessidade de estimulação constante para continuar reforçando e promovendo a autoeficácia materna na prevenção da diarreia.
- Incluir legendas no vídeo para atender ao público com deficiência auditiva e avaliar o efeito da aplicação do vídeo com mães com deficiência auditiva.
- Aplicação da Entrevista Motivacional Breve por contato telefônico.
- Divulgação do Vídeo Educativo e da Entrevista Motivacional Breve nas UAPS para serem utilizadas pelos profissionais de saúde, por meio da apresentação da tecnologia para os gestores, coordenadores e profissionais da saúde.

- Capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza/CE para utilizarem essas tecnologias educativas no cuidado prestado, prevenindo a doença e promovendo a saúde da criança, da família e comunidade.

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.
- ADRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A study of the effects of motivational interviewing on adolescent offenders. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 45-53, 2008
- ALMEIDA-PITITTO, B. et al. A behavioral intervention in a cohort of Japanese-Brazilians at high cardiometabolic risk. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 602-609, 2012.
- ARMSTRONG, S. et al. Texting motivational interviewing: a randomized controlled trial of motivational interviewing text messages designed to augment childhood obesity treatment. **Childhood Obesity**, v. 14, n. 1, 2018.
- ASMUS, G. F. et al. Análise sociodemográfica da distribuição espacial de ocorrências de diarreias agudas em áreas de risco de inundação, Caraguatatuba-SP. **Revista VITAS – Visões Transdisciplinares sobre Ambiente e Sociedade**, v. 3, n. 6, 2013.
- AZZI, R.G.; POLYDORO, S. Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In: AZZI, R. G.; POLYDORO, S. (Org.). **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006. p. 9-23.
- BANDINELLI, L O.; GONÇALVES, H. A.; FONSECA, R. P. Motivational interviewing and their applicability in different contexts: a systematic review. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2013.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977.
- BANDURA, A. Self-referent thought: a developmental analysis of self-efficacy. In: FLAVELL, J.; ROSS, L. (Ed.). **Social cognitive development: frontiers and possible futures**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, p. 122-147, 1982a.
- BANDURA, A. The self and mechanisms of agency. In: SULLS, J. (Ed.). **Psychological perspectives on the self**. Hillsdale: Erlbaum, 1982b. vol. 1.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. **Social cognitive theory**. Greenwich, CT: JAI Press, 1989. p. 1-85. Disponível em: <<http://www.des.emory.edu/mfp/Bandura1989ACD.pdf>> Acesso em: 07 ago. 2007.
- BANDURA, A. Human agency: The rhetoric and the reality. **American Psychologist**, v. 46, n. 2, p. 157-162, 1991.

BANDURA, A. Self-Efficacy. Encyclopedia of human behavior. **New York: Academic Press**. v. 4, p. 71-81, 1994.

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

BANDURA, A. Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press. v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted In: Friedman, H. (Ed.). **Encyclopedia of mental health**. San Diego: Academic Press, 1998. p. 15-41.

BANDURA, A. A evolução da teoria social cognitiva. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S.A.J. (Org.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Colaboradores: Anna Edith Bellico da Costa, Fabián Olaz, Fabio Iglesias, Frank Pajares. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 15-41.

BANDURA, A.; ADAMS, N. E; BAYER, J. Cognitive processes mediating behavioral change. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 35, n. 3, p. 125-139, 1977.

BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **Journal of Management**, v. 38, n. 1, p. 9-44, 2012.

BANDINELLI, L. P.; GONÇALVES, H. A.; FONSECA, R. P. Motivational interviewing and their applicability in different contexts: a systematic review. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2013.

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p.75-80, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200008>. Acesso em: 19 ago. 2017.

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

BLACK, R. E.; MORRIS, S. S.; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **The Lancet** , v. 361, n. 9376, p. 2226 – 2234, 2003.

BLANCO, Á. B. Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. **RELIEVE**, v. 16, n. 1, p. 1-28, 2010. Disponível em: <http://www.uv.es/RELIEVE/v16n1/RELIEVEv16n1_2.htm>. Acesso em: 20 de dez. 2014.

BARROS, M.; SANTOS, A. C. B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 112, p. 1-9, 2010.

BESSEN, C. B. et al. The family health strategy as object of health education. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

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.

BOCCOLINI, C. S., et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**., v. 89, n. 2, p. 131-136, 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica: SIAB: indicadores 2005.** Brasília, 2005.

BRASIL. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS, Informações de saúde. Epidemiológicas e morbidade - Brasil. Acesso em: 04 de Julho de 2018.

BRANDT, K. G; ANTUNES, M. M. C.; SILVA, G. A. P. Acute diarrhea: evidence-based management. **J Pediatr**, v. 91, n. 6 (Suppl 1), p. S36 - S43, 2015.

BUSNELLO, F. M. et al. Intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 97, n. 3, p. 217-224, 2011.

CARPENTER, J.A.; BELL, S. K. What do nurses know about teaching patients? **Journal for Nurses in Staff Development**, v. 18, n. 6, p. 257-260, 2002.

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

CHAVES, A. F. L. **Efeitos de uma intervenção educativa por telefone na autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: ensaio clínico**

- randomizado controlado.** 2016. 115f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
- CIPRIANO, P. F. Stop, look and listen to your patients and their families. **American Nurse Today**, v. 2, n. 6, p. 10, 2007.
- COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. the nurse and family health strategy: contribution for assistencial model change. *Rev. RENE*, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun., 2008.
- COSTA, A. D. P. V.; SILVA, G. A. P. Use of oral rehydration therapy in the Emergency Unit: a clinical-based decision? **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 2, p. 215-220, 2010.
- CRUZ, M. R. R.; MORIMOTO, I. M. I. Intervenção nutricional no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida: resultados de um protocolo diferenciado. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 2, p. 263-272, 2004.
- DALMOLIN, A. et al. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37(esp): e68373, 2016.
- DEANE, K. L. et al. The impact of the project k youth development program on self-efficacy: a randomized controlled trial. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 46, n. 3, 2017.
- DELEPELEERE, 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.
- DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills.** 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1996.
- DOBSON, K. S.; DOZOIS, D. J. A. **Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais.** In: K. S. Dobson (Org.). Manual de terapias cognitivos comportamentais. 2a ed. (pp. 17-43). Porto Alegre: Artmed. 2006.
- DODT, R.C.M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação.** 2011.168f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, 2011.
- DODOU, H. D. Promoção do aleitamento materno a partir de uma intervenção educativa de longa duração mediada por telefone: ensaio clínico randomizado controlado. 2017. 251f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.
- DOWNS, J. S. et al. Video intervention to increase perceived self-efficacy for condom use in a randomized controlled trial of female adolescents. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, xxx, p. 291 – 298, 2018.

FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Health education actions in the primary attention: revealing methods, techniques and theoretical basis. **Rev. RENE.**, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.

FELICIANO, A. V. O.; KOVACS, M. H. Organization of health practices and vulnerability to childhood diarrhoea. **Pediatr.**, v. 76, n. 1, p. 27-36, 2000.

FERREIRA, V. F. et al. Health education and citizenship: integrative review. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 2, p. 363-378, 2014. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200009>.

FIGLIE, N. B.; GUIMARÃES, L. P. A entrevista motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, v. 34, n. 87, 2014.

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

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula de Vigilância Epidemiológica/CIEVS/SIMDA. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2014&faixaEtaria=2&modo=regional>>. Acesso em: 10 de abr. 2017.

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. **Consolidado das notificações de casos de diarreia aguda por Secretaria Executiva Regional**. Fortaleza, 2017. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2014&faixaEtaria=2&modo=regional>>. Acesso em: 10 de abr. 2017.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Monitoramento Diário de Agravos**. Fortaleza, 2018. Disponível em: <<http://tc1.sms.fortaleza.ce.gov.br/simda/notificacao/faixa?agravo=A09&ano=2017&faixaEtaria=2&modo=municipio>>. Acesso em: 16 de maio de 2018.

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

GÓMEZ, I. D. C.; PÉREZ, R. C. Del vídeo educativo a objetos de aprendizaje multimedia interactivos: un entorno de aprendizaje colaborativo basado en redes sociales. **Tendencias Pedagógicas**, n. 22, p.59-72, 2013.

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

HESPERIAN HEALTH GUIDES. **Diarrhea**. Disponível em: <<http://hesperian.org/>>. Acesso em: 19 ago. 2017.

HETTEMA, J.; STEELE, J.; MILLER, W. R. Motivational interviewing. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 1, p.91–111, 2005.

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

HOHMAN, M. Motivational interviewing in social work practice. **The Guildford Press**. 2012.

HOLT, C.; MILGROM, J.; GEMMIL, A. W. Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. **Archives of Women's Mental Health**, v. 20, n. 6, p. 791 – 801, 2017.

JAINA, J.; TYSON, S. Psychological similarity in work-based relationships and the development of self-efficacy beliefs. *Hum. Relations*, v. 57, n. 3, p. 275-296, 2004.

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

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

JOVENTINO, E. S. **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. et al. The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. **Public Health Nurs.**, v.30, n.2, p. 150-158, 2013.

JOVENTINO, E. S. et al. Educational video for infant diarrhea prevention: randomized clinical trial. **International Archives of Medicine**, v. 9, n. 332, p. 1 - 9, 2016.

JOVENTINO et al. The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. **Int J Nurs Pract.**, v. 23, 2017.

JUSTINO, M. C. A., et al. Rotavirus antigen detection in serum samples from children with acute gastroenteritis in Belém, Pará State, Brazil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 7, n. esp, p. 153-158, 2016.

KALE, P. L.; FERNANDES, C.; NOBRE, F. F. Padrão temporal das internações e óbitos por diarreia em crianças, 1995 a 1998, Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 30-37, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100005&lng=en&nrm=iso>. access on 19 ago. 2017.

KAMM, K. B., et al. Associations between presence of handwashing stations and soap in the home and diarrhoea and respiratory illness, in children less than five years old in rural western Kenya. **Trop. Med. Int. Health.**, v. 19, n. 4, 2014.

KRAU, S. D. Technology in nursing: the mandate for new implementation and adoption approaches. **Nurs Clin North Am.**, v. 50, n. 2, p. xi-xii, 2015.

LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, v. 11, n. 3, p. 1 – 12, 2011.

LIMA, C. M. C. et al. Reflexões sobre o adoecer e mudanças dietéticas durante a assistência nutricional em pacientes com hepatite C. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 647-662, 2011.

LIMA, C. R.; MENEZES, I. H. C. F.; PEIXOTO, M. R. G. Health education: educational intervention assessment with diabetic patients based on social cognitive theory. **Ciênc. Educ., Bauru**, v. 24, n. 1, p. 141-156, 2018.

LIN, C.H. et al. Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. **J. clin. nurs.**, Oxford, n. 17, p. 2838–2845, 2008.

LOPES, T. C. et al. Assessment of the maternal self-efficacy for child diarrhea prevention. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, p.1103-1111, 2013.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MANCUSO, C. et al. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 225-249, 2016.

MARTÍNEZ, I.M.; SALANOVA, M. Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. **Estudios financieros**, [s.l.], n. 45, 2006.

MARTINS, J. J. et al. Necessities of education in the health of elderly in-house caregivers. **Texto contexto - enferm.**, v. 16, n. 2, p. 254-262, 2007. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Aug. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200007>.

MASHOTO, K. O., et al. Prevalence, one week incidence and knowledge on causes of diarrhea: household survey of under-fives and adults in Mkuranga district, Tanzania. **BMC Public Health**, v. 14, n.985, p. 1 - 8, 2014.

MENDES, E. R. R. **Tecnologias educativas e entrevista motivacional breve para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2018. 134f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

MENDONÇA, R. D.; LOPES, A. C. S. The effects of health interventions on dietary habits and physical measurements. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 573-579, 2012.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing**: preparing people to change addictive behaviour. New York: The Guilford Press.1991.

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

MORAES, S. R. et al. Vídeos e músicas utilizados como instrumentos motivadores no processo ensino-aprendizagem. **HOLOS**, v. 2, n. 31, 2015.

MOURÃO, C. M. L. **Suporte social de cuidadores de pacientes com câncer de mama em quimioterapia: utilização da entrevista motivacional**. 2016. 120f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

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

NICOLAU, A. I. O. **Efeitos de intervenções por telefone na adesão do recebimento do laudo colpocitológico**. 2015. 117f. Tese (Doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

NORMAN, G.; PEDLEY, S.; TAKKOUICHE, B. Effects of sewerage on diarrhoea and enteric infections: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis.**, v.10, n. 8, p. 536-544, 2010.

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

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

OLIVEIRA, J. F. et al. Evaluation of the impact of oral vaccine against human rotavirus in Brazil. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 107-115, 2014.

PAKARINEN, A. et al. Health game interventions to enhance physical activity self-efficacy of children: a quantitative systematic review. **J Adv Nurs.**, v. 73, n. 4, p. 794-811, 2017.

PENHA, J. C. **Avaliação de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2017. 132f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

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

PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION. **Recreating health professional practice for a new century: The Fourth Report of the Pew Health Professions Commission**, Center for the Health Professions. San Francisco: University of California. 1998.

POCOCK, S.J. **Clinical trials: a practical approach**. Chichester: John Wiley, 1983.

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

RASELLA, D. Impact of the Water for All Program (PAT) on childhood morbidity and mortality from diarrhea in the Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.1, p. 40-50, 2013.

RODRIGUES et al. Promotion of Breastfeeding Self-efficacy through a Group Education Session: randomized clinical trial. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4:e1220017, 2017.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Tradução Ronaldo Cataldo Costa. - Porto Alegre: Artmed, 2009. 221p.

RUBAK, S. et al. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. **Br J Gen Pract**, v. 55, n.513, p. 305–312, 2005.

SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. 2016. 131f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SALES, C. M. B.; FIGLIE, N. B. A literature revision about the application of the brief Motivational interviewing in harmful users and alcohol dependents. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 2, p. 333-340, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa**. 4 ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2013.

SANTOS, F. S., et al. Breastfeeding and protection against diarrhea: an integrative review of literature. **Einstein**, v. 13, n. 3, p. 435-440, 2015.

SALVADOR, P. T. C. et al. The rotavirus disease and the oral human rotavirus vaccination in the Brazilian scenario: an integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 567- 574, 2011.

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

SENA, L. V.; MARANHÃO, H. S.; MORAIS, M. B. Evaluation of mothers' knowledge about oral rehydration therapy and sodium concentration in homemade sugar salt solutions. **J Pediatr**, v. 77, n. 6, p. 481-486, 2001.

SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ- SESA. **Boletim epidemiológico: Doenças Diarreicas Agudas**. 2016. Acesso em: 10 Abr. 2017. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>.

SHEEHAN, A. A comparison of two methods of antenatal breast-feeding education. **Midwifery.**, Edinburg, n. 15, p. 274-282, 1999.

SILVA, A. O. et al. Epidemiologia e prevenção de parasitoses intestinais em crianças das creches municipais de Itapuranga – GO. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 1, p.1-17, 2015.

SMITH, P. J. A percepção como uma relação: uma análise do conceito comum de percepção. **ANALYTICA**, v. 18, n. 1, p. 109-132, 2014.

SOUZA, F. P. et al. Características do treinamento em entrevista motivacional. **Aletheia**, v. 38-39, p.186-195, 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.

SUWANTIKA ,A. A.; POSTMA, M. J. Effect of breastfeeding promotion interventions on cost-effectiveness of rotavirus immunization in Indonesia. **BMC Public Health**, v. 13, n.1106, p. 1- 8, 2013.

TEIXEIRA, R. M. V. **Indicadores de Saúde Materno-Infantil: uma análise a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2012. 69f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

United Nations Children's Fund, Habits of a Lifetime, UNICEF, Dhaka, 2008. Disponível em: http://www.unicef.org/bangladesh/media_4550.htm. Acesso em: 20 de Junho de 2009.

United Nations Children's Fund (UNICEF)/World Health Organization (WHO). **Diarrhoea: why children are still dying and what can be done**. 2009.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unicef-lavar-as-maos-prevenir-mortes-por-infeccoes-diarreicas-entre-menores-de-5-anos/amp/>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

USFAR, A. A., et al. Food and personal hygiene perceptions and practices among caregivers whose children have diarrhea: a qualitative study of urban mothers in Tangerang, Indonesia. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 42, n. 1, 2010.

VENANCIO, S.I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. pediatr.**, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VRIES, H.; DIJKSTRA, M.; KUHLMAN, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norms a predictor of behavioral intentions. **Health Education Research**, v. 3, p. 273–282, 1988.

WEINSTEIN, P et al. Treatment fidelity of brief motivational interviewing and health education in a randomized clinical trial to promote dental attendance of low-income mothers and children: Community-Based Intergenerational Oral Health Study “Baby Smiles”. **BMC Oral Health**, v.14, n. 15, p. 1-8, 2014.

WILHELM, S. et al. Motivational interviewing to promote sustained breastfeeding. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 35, n. 3, p. 340-348, 2006.

World Health Organization, ‘**Safe Water, Better Health**’, WHO, Geneva, 2008, http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/saferwater/en/index.html, accessed 19 ago. 2017.

WU, L. et al. Motivational interviewing to promote oral health in adolescents. **J Adolesc Health**, v. 61, n. 3, p. 378-384, 2017.

ZAIDEN, M. F., et al. Intestinal parasitosis epidemiology in children from a child day care centers in rio verde-go, Brazil. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 41, n. 2, p. 182-187, 2008.

APÊNDICE

Roteiro para aplicação da Entrevista Motivacional Breve

APRESENTAÇÃO, APROXIMAÇÃO, PERMISSÃO

Este momento visa ao estabelecimento de vínculo entre pesquisadora e participante. Logo, se apresente à participante do estudo (nome e profissão), pergunte como a mesma se sente no momento e o que achou do vídeo educativo. Em seguida, faça o seguinte questionamento:

Questão 1: A senhora acabou de assistir ao vídeo educativo sobre como prevenir a diarreia no seu filho (Informa). Vamos conversar um pouco sobre o que a senhora assistiu? [Pede permissão[.]]

INFORMAÇÃO

Questão 2: A senhora é capaz de realizar todos os cuidados que acabou de ver no vídeo para prevenir a diarreia no seu filho [Informa.]. Então, quais cuidados a senhora sente-se capaz para realizar em casa? [Escutar.]

(Se a mulher não especificar os cuidados, pedir que ela cite os mesmos.)

EVOCAÇÃO INICIAL

Questão 3: Eu gostaria de saber quais cuidados a senhora não se sente capaz de realizar? [Evocação inicial]

(Porquê? A senhora mencionou que não se sente capaz de realizar esse cuidado, então que alternativas a senhora acha que pode usar para ser capaz de realizar esse cuidado?) [Pergunta aberta e tornando a mulher ativa no seu processo de decisão.]

(Caso a mulher não demonstre dúvida ou expresse os itens em que não se sente capaz, trabalhe com ela os itens da EAPDI cujos escores apresentaram-se menores antes da intervenção educativa.):

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

EVOCAÇÃO FINAL

Questão 4: Considerando o que conversamos, de que forma a senhora acha que poderá realizar esses cuidados e como a senhora se sente para realizá-los?

CONCLUSÃO

Para concluir a entrevista, agradeça a participação dela na atividade educativa e a lembre de que ligará para ela em 15 dias para avaliar se seu filho teve ou não diarreia.

ANEXOS

Código da
Participante:

Grupo da
Participante:

Telefone fixo e/ou celular:

ANEXO A FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

A. DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Nome da mãe:

1. _____

2. Idade (mãe): _____ anos

Endereço:

2. _____

3. Há quanto tempo mora neste endereço? (A=anos; M=meses)

3. _____

4. Escolaridade (será convertida em anos de estudo)

1. 1º grau incompleto, até ____ série

2. 1º grau completo

3. 2º grau incompleto,
até ____ série

4. 2º grau completo

5. Graduação incompleta

6. Graduação completa

7. Nunca estudou

4. _____

5. Estado civil

1. Casada

2. União consensual

3. Solteira

4. Divorciada

5.
Viúva

5. _____

6. Ocupação

1. Dona de casa

2. Vendedora

3. Costureira

4. Auxiliar de serviços
gerais

6. _____

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. Quei mado		
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. Cister na	
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. A senhora 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 a senhora 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. A senhora 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 e 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 a senhora 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 a senhora, 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. A senhora 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. 1 x na semana 2. 2 x na semana 3. 1 x 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

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

42.

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. Líquidas 2. Pastosas 3. Com sangue 4. Esverdeadas 5. Amareladas 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. A senhora realizou alguma receita caseira quando a criança se encontrava com diarreia?

49.

1. Sim 2. Não

50. Se sim, que receita caseira a senhora realiza?

50.

1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira 3. Fruta constipante. Qual? _____

4. Outros. Especificar _____

51. A senhora ofereceu Soro de Reidratação Oral para o seu filho?

1. Sim

2. Não

51.

52. Se sim, qual a diluição que a senhora realizou?

52.

53. Quando a criança apresentou diarreia a senhora:

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 malcozida | 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. A senhora 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 a senhora está confiante em prevenir diarreia no seu filho. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como a senhora se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

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

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

1 = Discordo totalmente

2 = Discordo

3 = Às vezes concordo

4 = Concordo

5 = Concordo totalmente

13	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.	1	2	3	4	5
14	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	1	2	3	4	5
15	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO C
FORMULÁRIO REDUZIDO (ROTEIRO DE PERGUNTAS AO TELEFONE)

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

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

SE RESPONDEU NÃO[,] PULE PARA A PERGUNTA 21[.]

2. Se sim, quantos dias? _____

3. Quantas vezes por dia, em média? _____

4. Como eram as fezes?

1. Líquidas 2. Pastosas 3. Com sangue 4. Esverdeadas 5. Amareladas
6. Outros: _____

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

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

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

1. Sim 2. Não

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

1. Sim 2. Não

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

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

1. Sim 2. Não

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

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

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

1. Sim 2. Não

12. Se sim, Qual?

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

13. Quantas vezes a senhora levou seu filho a esse serviço nestes últimos quinze dias?

_____ vezes

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

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

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

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

1. Sim 2. Não.

17. Se sim, que receita caseira a senhora realizou?

1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira
3. Fruta constipante. Qual(is)? _____
Outros: _____

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

19. A senhora lembra como preparou?

1. 1 saquinho para 1 litro de água
2. Outros

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

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

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

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

APLICAÇÃO FACE A FACE

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA QUEM APLICARÁ A ESCALA EAPDI

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

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

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

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

PASSO A PASSO DA APLICAÇÃO DA EAPDI

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

2º Passo: Ressalte que esta pesquisa envolverá tanto este momento de entrevista no posto de saúde, quanto entrevistas por meio de ligações telefônicas. Neste momento, aproveite para certificar-se de que a mulher possui número de telefone fixo em sua casa ou número de celular dela mesma ou de alguém que more com ela. Pergunte-lhe qual o melhor horário para entrar em contato com a mesma durante os próximos três meses. Informe que as ligações serão de 15 em 15 dias.

3º Passo: Na coleta de dados presencial (1ª aplicação da EAPDI), inicialmente, leia juntamente com a mãe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elucidando quaisquer dúvidas que porventura

surjam, ressaltando os benefícios e possíveis malefícios da pesquisa. Oriente-a, se concordar em participar do estudo, a assinar o Termo de Consentimento, deixando uma via do mesmo com a própria mãe e a outra com você (pesquisador).

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

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

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

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

ITEM QUE EU VOU PERGUNTAR:

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

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

NÚMERO DA OPÇÃO DE RESPOSTA	ALTERNATIVA	SIGNIFICADO

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

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

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

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

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

ITEM <i>(Melhorando a compreensão do item.)</i>	
3	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições. <i>(A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.)</i>
4	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária. <i>(A senhora se sente capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.)</i>

<p>5 Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o seu filho.)</i></p>
<p>6 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos.)</i></p>
<p>7 Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter limpo o local onde prepara a comida.)</i></p>
<p>8 Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cobrir os alimentos e a água depois de se servir.)</i></p>
<p>9 Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de amamentar seu filho por mais de 6 meses.)</i></p>
<p>10 Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia[.])</i></p>
<p>11 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar suas mãos com água e sabão antes de alimentar o seu filho.)</i></p>
<p>12 Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca.)</i></p>
<p>13 Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de não oferecer para o seu filho a sobra de refeições</i></p>

anteriores.)

14 Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.

(A senhora se sente capaz de levar o seu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade[.])

15 Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.

(A senhora se sente capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.)

16 Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.

(A senhora se sente capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do seu filho após cada uso.)

17 Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.

(A senhora se sente capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.)

18 Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.

(A senhora se sente capaz de cortar as unhas do seu filho quando necessário.)

19 Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.

(A senhora se sente capaz de jogar o lixo da sua casa em sacos amarrados.)

20 Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.

(A senhora se sente capaz de manter o seu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.)

21 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.

(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão depois de ir ao

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

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

12º Passo: Ao término da aplicação do formulário, lembre-a de que irá ligar para ela algumas vezes, recapitule o melhor horário e os números de telefone. Agradeça imensamente por sua participação e entregue a pasta explicando cada item que esta contém (a escala e o cartão acompanhamento). Explique que a escala é apenas para ela ir seguindo cada item conforme você for perguntando a ela

por telefone. O cartão de acompanhamento é um por mês, dessa forma, presencialmente você deverá preencher os espaços na parte superior de início e término da contagem desse referido mês. Você irá explicar à mãe que cada cartão de acompanhamento corresponde a um mês, e existem três cartões na pasta, correspondendo a três meses, além disso, ressalte que cada semana possui uma coloração diferenciada, de modo que cada cor corresponde a uma semana diferente. Explique que ela só precisará marcar com um “X” no dia em que a criança teve diarreia, manhã, tarde ou noite (recapitule com a mãe o que é diarreia).

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

APLICAÇÃO POR TELEFONE (EAPDI E FORMULÁRIO REDUZIDO)

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA QUEM APLICARÁ A ESCALA EAPDI

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

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

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

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

PASSO A PASSO DA APLICAÇÃO DA EAPDI

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

2º Passo: Pergunte se ela está muito ocupada ou se vocês poderiam conversar um pouco... Se não puder atender no momento, já combine um outro horário para ligar para ela e, mais uma vez, ressalte o quanto a ajuda dela é importante para o andamento da nossa pesquisa.... E se ela puder no

momento, prossiga nos passos, e peça para que ela pegue a pasta que foi entregue no dia do encontro no posto de saúde.

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

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

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

7º Passo: Peça que ela pegue a escala na pasta e inicie pedindo que ela leia com você os números de opções de respostas e seus significados correspondentes. Explique, depois que vocês lerem todas as opções de respostas, que: o 1 significa que ela discorda totalmente; 2, que ela apenas discorda; 3, que ela às vezes concorda com aquele item; 4, que ela concorda; e 5, que ela concorda totalmente com o item.

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

ITEM QUE EU VOU PERGUNTAR:

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

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

NÚMERO DA OPÇÃO DE RESPOSTA	ALTERNATIVA	SIGNIFICADO
1	DISCORDO	A senhora não se sente de maneira alguma capaz de fazer

	TOTALMENTE	com que seu filho ande calçado fora de casa, nunca se sente capaz de fazê-lo andar calçado fora de casa.
2	DISCORDO	A senhora não se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
3	ÀS VEZES CONCORDO	A senhora às vezes se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
4	CONCORDO	A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.
5	CONCORDO TOTALMENTE	A senhora se sente completamente capaz de fazer com que seu filho ande calçado fora de casa.

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

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

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

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

ITEM <i>(Melhorando a compreensão do item[.])</i>	
1	Eu sou capaz de fazer... (com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições). <i>(A senhora se sente capaz de fazer com que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.)</i>
2	Eu sou capaz de lavar... (as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária). <i>(A senhora se sente capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou</i>

água sanitária.)

- 3 **Eu sou capaz de observar... (o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho).**

(A senhora se sente capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o seu filho.)

- 4 **Eu sou capaz de lavar as minhas mãos... (com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos).**

(A senhora se sente capaz de lavar as suas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.)

- 5 **Eu sou capaz de manter limpo... (o local onde preparo a comida).**

(A senhora se sente capaz de manter limpo o local onde prepara a comida.)

- 6 **Eu sou capaz de cobrir os alimentos... (e a água depois de me servir).**

(A senhora se sente capaz de cobrir os alimentos e a água depois de se servir.)

- 7 **Eu sou capaz de... (amamentar meu filho por mais de 6 meses).**

(A senhora se sente capaz de amamentar seu filho por mais de 6 meses.)

- 8 **Eu sou capaz de dar... (mais de um banho no meu filho por dia).**

(A senhora se sente capaz de dar mais de um banho no seu filho por dia.)

- 9 **Eu sou capaz de lavar... (as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho).**

(A senhora se sente capaz de lavar suas mãos com água e sabão antes de alimentar o seu filho.)

- 10 **Eu sou capaz de evitar... (que meu filho coloque objetos sujos na boca).**

(A senhora se sente capaz de evitar que seu filho coloque objetos sujos na boca.)

<p>11 Eu sou capaz de... (não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de não oferecer para o seu filho a sobra de refeições anteriores.)</i></p>
<p>12 Eu sou capaz de levar o meu filho... (para se vacinar, até seus 5 anos de idade).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de levar o seu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.)</i></p>
<p>13 Eu sou capaz de... (oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida.)</i></p>
<p>14 Eu sou capaz de lavar... (com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do seu filho após cada uso.)</i></p>
<p>15 Eu sou capaz de lavar as mãos... (com água e sabão após mexer na lixeira).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.)</i></p>
<p>16 Eu sou capaz de... (cortar as unhas do meu filho quando necessário).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de cortar as unhas do seu filho quando necessário.)</i></p>
<p>17 Eu sou capaz de jogar... (o lixo da minha casa em sacos amarrados).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de jogar o lixo da sua casa em sacos amarrados.)</i></p>
<p>18 Eu sou capaz de manter... (o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa).</p> <p><i>(A senhora se sente capaz de manter o seu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.)</i></p>
<p>19 Eu sou capaz de lavar... (as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao</p>

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

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

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

ANEXO F
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) PARA APLICAÇÃO DA ESCALA DE
AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA
PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL – EAPDI
CHECK LIST POP REDUZIDO
APLICAÇÃO FACE A FACE

PASSO A PASSO		
1º	Se apresente à mãe (nome, instituição) e fale sobre a pesquisa.	
2º	Fale sobre os momentos da pesquisa: presencial e por telefone (por três meses, quinzenais). Certifique-se de que ela tem telefone e o melhor horário você ligar.	
3º	Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixando uma via na pasta da mãe.	
4º	Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada , pois, na verdade, queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.	
5º	Explique que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, mas sim se ela se sente capaz de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia a dia.	
6º	Explique o formato da escala e opções de resposta.	
7º	Exemplifique como responderia a escala, tomando um item como este exemplo: “Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa”.	
8º	Pergunte se ela tem alguma dúvida e elucide-a.	
9º	Comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário de coleta de dados.	
10º	Comece a ler o item da escala em negrito. Se perceber que a mãe respondeu com segurança, não é necessário explicar melhor o item. Mas, se perceber que ela ficou com alguma dúvida ou por um momento mais longo em silêncio, esclareça melhor o item por meio das sugestões que constam no POP completo.	
11º	Explique que fará a coleta de outro formulário. E, logo no início, anote os contatos telefônicos dela.	
12º	Recapitule o melhor horário para você ligar e os números de telefone.	
13º	Agradeça imensamente por sua participação.	
14º	Entregue a pasta explicando cada item que esta contém (a escala e o cartão acompanhamento) e como ela irá utilizar cada um.	

ANEXO G
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP): CHECK LIST POP REDUZIDO
APLICAÇÃO POR TELEFONE

PASSO A PASSO		
1º	Relembre a essa mulher o seu nome e aquela ocasião no posto quando se conheceram. Relembre-a de que haviam combinado que você iria ligar para ela posteriormente. Agradeça desde já por ela ter atendido o telefone. Mostre o quanto ela é importante para nós.	
2º	Pergunte se ela está muito ocupada ou se vocês poderiam conversar um pouco: Se Sim, marque outro horário; Se Não, continue.	
3º	Diga à mãe que começará a aplicação das questões da escala. Lembre-a de que não existe resposta certa ou errada , pois, na verdade, queremos saber como ela se sente para evitar diarreia em seu filho.	
4º	Explique que não queremos saber sobre o conhecimento dela para evitar diarreia, mas sim se ela se sente capaz de fazer esses atos em todos os momentos no seu dia a dia.	
5º	Peça que ela pegue a escala na pastinha, explique o formato da escala e opções de resposta. Pergunte se ela se sente à vontade para ajudá-la na leitura de alguns itens da escala.	
6º	Exemplifique como responderia à escala tomando um item como este exemplo: "Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa".	
7º	Pergunte se ela tem alguma dúvida e elucide-a.	
8º	Comece pelas questões da escala, somente depois iremos aplicar o outro formulário de coleta de dados.	
9º	Em cada item, inicie a leitura, mas deixe a mãe finalizar a leitura de cada item. Assim, teremos a certeza de ela está acompanhando com atenção. Obviamente que isso somente será possível se a mãe souber ler e se estiver disposta a ler com você. Diga que não importa se ela for lendo devagarzinho, o que importa é que ela está participando... Vamos iniciar?	
10º	Explique que fará a coleta de outro formulário. E, logo no início, anote os contatos telefônicos dela.	
11º	Peça que pegue de dentro da pasta o roteiro do acompanhamento (é aquele que possui algumas figuras de um menino no sanitário). Pergunte-lhe se ela marcou que o filho dela teve diarreia em algum dia da semana passada, marcada com a cor _____; e, logo após, pergunte se ele teve diarreia em algum dia dessa semana, marcada na cor _____.	
12º	Inicie a coleta do formulário (FORMULÁRIO REDUZIDO).	
13º	Recapitule o melhor horário para você ligar e os números de telefone.	
14º	Agradeça imensamente por sua participação.	

ANEXO H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DOS GRUPOS COMPARAÇÃO

Cara Senhora,

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada “**O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**”. A senhora não deve participar contra a 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 consultas pediátricas do(s) seu(s) filho(s), na Unidade de Atenção Primária à Saúde, realizaremos[,] no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual a senhora 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 a senhora 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 a senhora 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. A senhora tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que 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: Ludmila Alves do Nascimento **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 9918.2397

ATENÇÃO: Se a senhora 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.

Eu, abaixo assinada, _____, _____anos, RG:

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

Fortaleza, ____/____/____

Nome da voluntária:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome da testemunha:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____/____/____

Assinatura:

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES DO GRUPO INTERVENÇÃO

Cara Senhora,

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa intitulada **“O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil”**. A senhora não deve participar contra a 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 e após consultas pediátricas do(s) seu(s) filho(s), na Unidade de Atenção Primária à Saúde, realizaremos, no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você a senhora 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 participará de uma entrevista motivacional ou lerá uma cartilha educativa e participará de uma entrevista motivacional 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 a senhora a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para participar das intervenções, 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. A senhora tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que 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: Ludmila Alves do Nascimento **Instituição:** Universidade Federal do Ceará

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

Telefone para contato: 9918.2397

ATENÇÃO: Se a senhora 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.

Eu, abaixo assinada, _____, _____ anos, RG:

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

Fortaleza, ____/____/____

Nome da voluntária:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome da testemunha:

Data: ____/____/____

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: ____/____/____

Assinatura:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Jardeliny Corrêa da Penha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44316415.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.116.855

Data da Relatoria: 28/05/2015

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 juizes 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 juizes; 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/ PROPESQ



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 K – 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	O uso de tecnologias educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil	EN	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	Comportamento materna para prevenção da diarreia infantil: ensaio clínico com diferentes tecnologias	EN	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: Diarrhea 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:

J01.897.280: Tecnologia Educacional **PT-BR**

J01.897.280: Tecnología Educacional **ES**

F01.829.263.370.215: Comportamento Materno **PT-BR**

F01.829.263.370.215: Conducta Materna **ES**

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

Crítérios de inclusão:

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

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

Crítérios de exclusão:

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

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

Tipo do estudo

Desenho do estudo:

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

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

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:

<p style="text-align: right;">PT-BR</p> <p>Desfecho esperado:</p> <p>Elevação dos escores de autoeficácia materna elevada para prevenção da diarreia infantil, imediatamente após, um mês e dois meses depois das intervenções educativas.</p>	<p style="text-align: right;">EN</p> <p>Expected outcome:</p> <p>Elevation of high maternal self-efficacy scores to prevent childhood diarrhea, immediately after, one and two months after the educational interventions.</p>
<p style="text-align: right;">PT-BR</p> <p>Desfecho encontrado:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p style="text-align: right;">EN</p> <p>Outcome found:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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%</p>

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

Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350

Cidade: Florianópolis / Brasil

CEP: 64803-035

Fone: +55 89 99905-6650

E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Nome completo: Lorena Barbosa Ximenes

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Cidade: Fortaleza / Brasil

CEP: 60430-160

Fone: +55 85 99662-7098

E-mail: lbximenes2005@uol.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Contatos para questões científicas

Nome completo: Jardeliny Corrêa da Penha

Endereço: Rua Coelho Rodrigues, 350

Cidade: Florianópolis / Brasil

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: Florianópolis / Brasil

CEP: 64803-035

Fone: +55 89 99905-6650

E-mail: jardelinypenha@yahoo.com.br

Filiação: Universidade Federal do Ceará

Anexos

<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