



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA-UNILAB  
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE - ICS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FRANCISCA MAYRA DE SOUSA MELO**

**INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO  
DA DIARREIA INFANTIL EM REDENÇÃO, CEARÁ**

**REDENÇÃO - CE  
2018**

FRANCISCA MAYRA DE SOUSA MELO

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO  
DA DIARREIA INFANTIL EM REDENÇÃO, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas do Cuidado em Saúde no cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Emanuella Silva Joventino.

REDENÇÃO – CE

2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Sistema de Bibliotecas da UNILAB  
Catalogação de Publicação na Fonte.

---

Melo, Francisca Mayra de Sousa.

M485i

intervenções educativas na autoeficácia materna da prevenção da diarreia infantil em Redenção, Ceará / Francisca Mayra de Sousa Melo. - Redenção, 2018.

98f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem, Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: profa. Dra. Emanuella Silva Joventino.

1. Diarreia em crianças. 2. Autoeficácia. 3. Tecnologia Educacional. 4. Diarreia infantil. I. Título

CE/UF/BSCL

CDD 618.923427

---

FRANCISCA MAYRA DE SOUSA MELO

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NA AUTOEFICÁCIA MATERNA NA PREVENÇÃO  
DA DIARREIA INFANTIL EM REDENÇÃO, CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito à obtenção do título de mestre em Enfermagem. Área de concentração: Práticas do Cuidado em Saúde no cenário dos Países Lusófonos.

Aprovada em: 28/02/2018.

BANCA EXAMINADORA

Emanuella Silva Joventino

Profª. Dra. Emanuella Silva Joventino (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Lorena Barbosa Ximenes

Profª. Dra. Lorena Barbosa Ximenes (1º Membro)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Emilia Soares Chaves Rouberte

Profª. Dra. Emilia Soares Chaves Rouberte (2º Membro)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus.

Ao meu pai Alízio Holanda, exemplo de pai. Sempre meu Norte (*In memorium*).

A minha mãe, Vera Lúcia, sempre em busca de novas conquistas, exemplo de perseverança.

## AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento especial a Deus, por permitir viver a experiência de um curso de Mestrado e colocar, nesse caminho, pessoas especiais que contribuíram para conclusão dessa dissertação.

À Maria, Nossa Senhora, mãe de infindável misericórdia, que me guarda e me orienta em todos os momentos de minha vida.

Ao meu pai, Alízio (*in memorium*) que fez sua passagem há um ano. Sei que está feliz por esta conquista.

À minha mãe, Vera Lúcia, que apesar de todas as tempestades de sua vida, não mediu esforços para me educar e tornar possível meus sonhos em realidade.

À minha avó, Maria Nanci, por me oferecer amor e carinho em todos os momentos.

Aos meus irmãos, Francisco e Alizio Junior, que me alegam nos momentos de tristeza e me ajudam a amadurecer.

Ao meu primo, Alexandre, que sempre me ofereceu apoio e carinho e sempre esteve disposto a me ajudar no que fosse necessário para alcançar meus objetivos.

À minha amiga (irmã), Elke, pelo apoio constante e presença em minha vida. Obrigada pelos conselhos, momentos de alegria, palavras de conforto nos momentos de conforto, e por me mostrar o quanto sou capaz de ir.

Aos amigos Verena Emanuelle e Weksslei Veras pelo carinho, paciência e as preciosas orientações.

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dra. Emanuella Siva Joventino, que é um exemplo de ser humano e profissional. Grata pela excelente orientação e por, apesar das minhas dificuldades e limitações, confiar em mim.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Edmara Chaves Costa pelas contribuições na dissertação e aos professores participantes da banca examinadora Dra. Lorena Barbosa Ximenes, Dra. Emília Soares Chaves Rouberte e Dra. Nirla Gomes Guedes pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos presentes que Deus me trouxe nessa trajetória e que foram fundamentais para o desenvolvimento dessa pesquisa: Brena Shellen, Rhaiany, Jallyne e Jocelane. Grata pelo acolhimento com carinho e disposição.

Ao grupo de pesquisa, Processo de Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, que me proporcionou grande crescimento pessoal e acadêmico.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas contribuições, reflexões, críticas e sugestões recebidas. Em especial à Maria da Conceição Cunha, pela companhia nas aulas, pelo aprendizado compartilhado, pela amizade construída e fortalecida nesses dois anos.

A todos os docentes e técnicos, envolvidos no processo de construção e execução do Mestrado Acadêmico em Enfermagem - MAENF do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), por me oportunizar um aperfeiçoamento gratuito e de excelência.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Funcap, pelo apoio financeiro a presente pesquisa.

Às mães entrevistadas, pela disponibilidade e colaboração para realização dessa pesquisa.

Às Agentes Comunitárias de Saúde, que contribuíram gentilmente com a coleta de dados.

A todas as pessoas que estiveram presentes, no percurso da realização desse sonho, apoiando e acreditando que ele seria possível!

Sou resultado de confiança e força de cada um de vocês!

“Onde você vê um obstáculo, alguém vê o término da viagem e o outro vê uma chance de crescer. Onde você vê a teimosia, alguém vê a ignorância. Um outro compreende as limitações do companheiro, percebendo que cada qual caminha em seu próprio passo. E que é inútil querer apressar o passo do outro, a não ser que ele deseje isso. Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar. Porque eu sou do tamanho do que vejo. E não do tamanho da minha altura”.

(Fernando Pessoa)



## RESUMO

A diarreia infantil é considerada um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, sendo uma das principais responsáveis pela morbimortalidade de crianças menores de cinco anos. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar o efeito do uso de intervenções educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção-CE. Realizou-se estudo experimental do tipo Ensaio Clínico Randomizado com quatro grupos: vídeo educativo; cartilha educativa; vídeo e cartilha educativa e comparação. Foi realizado em quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde da cidade de Redenção-CE. A população foi composta por mães de crianças menores de cinco anos de idade, com amostra final de 280 participantes. Para a coleta de dados utilizou-se a Escala de Autoeficácia para prevenção de Diarreia infantil, um formulário socioeconômico e um formulário reduzido para investigação da diarreia por contato telefônico. Os grupos formados foram comparados na linha de base e após dois meses da intervenção, utilizando-se o teste Qui-quadrado (variáveis categóricas) e o teste não paramétrico *Mann-Whitney* (variáveis contínuas), considerando um alfa crítico de 0,05. Além disso, foram realizados os testes para comparação dos grupos por meio do Teste Qui-quadrado de *Pearson* e de *McNemar*. Para comparação entre os momentos, dentro de cada grupo utilizou-se o Teste *Mann-Whitney*; e para a comparação entre os grupos, de acordo com o momento, o Teste *Kruskal-Wallis*. Por fim, procedeu-se ainda a Razão de Chances, no que diz respeito à ocorrência de episódios diarreicos de acordo grupos/comparação após intervenções educativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional Da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e possui o Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos. Verificou-se que após as intervenções educativas, os escores de autoeficácia para prevenir diarreia infantil elevaram-se em cada grupo de intervenção e houve significância estatística entre os mesmos ( $p < 0,05$ ). Ressalta-se que tanto o grupo vídeo educativo quanto o grupo vídeo/cartilha educativa apresentaram fator de proteção para diarreia infantil, podendo-se inferir que as chances para a ocorrência de episódios diarreicos nesses grupos são menores em comparação com demais. Em relação à comparação entre os tipos de intervenções entre os grupos, observa-se apenas uma exceção que foi a comparação entre o grupo cartilha e o vídeo educativo que não apresentou diferença estatisticamente

significante. Porém, percebe-se a notável elevação dos escores de autoeficácia após os dois meses, principalmente, no grupo vídeo educativo (passando de 111,5 escores na linha de base para 117,0 escores após 2 meses). Observou-se também diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em todos os grupos intervenção ao comparar ocorrência de episódio diarreico entre as crianças antes e após a realização das intervenções educativas após o período de dois meses, com isso, identificou-se uma redução significativa desses episódios diarreicos em todos os grupos de intervenção. Dessa forma, constata-se que as tecnologias educacionais utilizadas nesse estudo foram eficazes para elevar a autoeficácia materna e conseqüentemente reduzir os episódios diarreicos.

**Palavras-chave:** Diarreia Infantil. Autoeficácia. TecnologiaEduccional. Enfermagem.

## ABSTRACT

Childhood diarrhea is considered a serious public health problem in developing countries, and is one of the main factors responsible for the morbidity and mortality of children less than five years of age. Thus, the aim of the study was to evaluate the effect of the use of educational interventions to promote maternal self-efficacy in the prevention of childhood diarrhea in the municipality of Redenção, CE. This is an experimental study, of the randomized clinical trial type, with four groups: educational video; educational booklet; educational video and booklet, and comparison. The study was carried out at four Primary Health Care Units in the city of Redenção-CE. The population was composed of mothers of children less than five years of age, with a final sample of 280 participants. The data were collected using the Self-Efficacy Scale for the prevention of childhood diarrhea, a socioeconomic form, and an abridged form for investigating diarrhea through telephone contact. The groups formed were compared at baseline and after two months of intervention, using the chi-square test (categorical variables) and the non-parametric Mann-Whitney test (continuous variables), considering a critical alpha of 0.05. Additionally, tests were conducted to compare the groups through Pearson's and McNemar's Chi-Square Test. For comparison between the moments, the Mann-Whitney test was used within each group; for the comparison between the groups, according to the moment, the Kruskal-Wallis Test was used. Lastly, the Odds Ratio was also calculated, regarding the occurrence of diarrheal episodes according to groups/comparison after the educational interventions. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony (UNILAB) and is included on the Brazilian Registry of Clinical Trials. It was verified that after the educational interventions, the self-efficacy scores for preventing childhood diarrhea increased in each intervention group, and there was statistical significance among them ( $p < 0.05$ ). It is emphasized that the video group and video/educational booklet groups presented a protective factor for childhood diarrhea. Regarding the comparison of performance between the types of interventions among the groups, only one exception was observed – the comparison between the booklet group and the educational video group –, which did not present any statistically significant difference. However, there was a notable increase in self-efficacy scores after two months, mainly in the educational video group (from a score

of 111.5 at the baseline to 117.0 at two months). There was also a statistically significant association ( $p < 0.05$ ) in all intervention groups when comparing the occurrence of diarrheal episodes among children before and after the educational interventions. Furthermore, a significant decrease in these diarrheal episodes was identified in all of the intervention groups. Hence, it is shown that the technologies used in this study were effective in increasing maternal self-efficacy and, consequently, reducing diarrheal episodes.

**Keywords:** Childhood Diarrhea. Self-Efficacy. Educational Technology. Nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das famílias conforme o grupo e variáveis sociodemográficas de mães de crianças com idade inferior a 5 anos. Redenção, 2018.....	44
Tabela 2	Distribuição das famílias conforme o grupo e características relacionadas à criança. Redenção, 2018.....	45
Tabela 3	Comparação entre os Escores de Autoeficácia Materna, de acordo com o momento e com os grupos de intervenção e comparação. Redenção-CE, 2018.....	46
Tabela 4	Comparação do desempenho entre tipos de intervenção quanto aos Escores de Autoeficácia Materna, de acordo com os grupos de intervenção e comparação e o momento. Redenção-CE, 2018.....	51
Tabela 5	Distribuição da ocorrência de episódio diarreico entre as crianças antes e após a realização das intervenções educativas e valores da razão das chances. Redenção-CE, 2018.....	53
Tabela 6	Comparação da ocorrência de episódio diarreico em crianças antes e após a realização de intervenções educativas, de acordo com o tipo de intervenção. Redenção-CE, 2018.....	55

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Doenças infecciosas e diarreia infantil no cenário dos Países Lusófonos.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Tecnologias educativas como práticas de cuidado e de promoção da saúde da criança.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3 Autoeficácia materna como estratégia de promoção da saúde e prevenção da diarreia infantil.....</b>	<b>26</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>33</b>
<b>3 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Local do estudo.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 População e amostra.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Instrumentos de coleta dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 Coleta dos dados.....</b>	<b>37</b>
<b>3.6 Análise dos dados.....</b>	<b>41</b>
<b>3.7 Aspectos éticos.....</b>	<b>42</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Caracterização e testagem da homogeneidade da amostra.....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Efeitos da aplicação das intervenções educativas na autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil.....</b>	<b>46</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES – GRUPO INTERVENÇÃO – VÍDEO.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES – GRUPO INTERVENÇÃO – CARTILHA EDUCATIVA.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	

<b>– MÃES – GRUPO INTERVENÇÃO – VÍDEO E CARTILHA EDUCATIVA.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	
<b>– MÃES – GRUPO COMPARAÇÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO A - ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL (EAPDI).....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO B - FORMULÁRIO I.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO C - FORMULÁRIO II - ROTEIRO DE PERGUNTAS AO TELEFONE.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO E - APROVAÇÃO DO REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS (REBEC).....</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Doenças infecciosas e diarreia infantil no cenário dos Países Lusófonos

No contexto da saúde da criança, percebe-se que as doenças infecciosas são as principais responsáveis pela mortalidade infantil, principalmente, para crianças menores de cinco anos. Estima-se que, na África Subsaariana, as crianças nesse faixa etária apresentam 15 vezes mais chances de morrer, se comparadas com as da mesma idade em países desenvolvidos. Além disso, estima-se que 70% das mortes infantis nesse continente são causados por doenças tais como diarreia, sarampo e malária (MUPARA; LUBBE, 2016).

Ezeonwu *et al.* (2014) afirmam que essas doenças podem ser prevenidas e o tratamento é considerado acessível. Entretanto, a realidade vivenciada na grande maioria dos países lusófonos devido a diversos fatores de risco como a pobreza, analfabetismo, uso de água potável insegura e os hábitos sanitários não saudáveis, influenciam a prevalência desses agravos.

Em relação à Malária, estima-se que 90% da doença na forma grave e fatal é esperada em crianças pequenas na África, onde continua a ser uma causa bastante comum de internamento e mortalidade hospitalar (MAITLAND, 2015). Já no que se refere à pneumonia, sabe-se que é a causa mais frequente de morte em crianças menores de cinco anos de idade. No continente africano, a pneumonia é responsável por cerca de 18% da mortalidade dos menores de cinco anos, dos quais 3% ocorrem ainda no período neonatal (ENARSON *et al.*, 2014).

Estudo feito por Roux *et al.* (2015), nas áreas periféricas da África do Sul, mostrou que apesar do uso da vacina pneumocócica 13 valente conjugada em 513 crianças que participaram do estudo, 141 crianças ainda apresentaram pneumonia sendo que 02 evoluíram para óbito. Comprovou-se ainda que a incidência das pneumonias estava associada a outros fatores evitáveis, tais como tabagismo materno, desnutrição e HIV materno.

Apesar das condições precárias de higiene, dificuldade de acesso à água potável, práticas inadequadas de amamentação e conhecimento escasso das mães relacionado aos cuidados com a saúde do filho serem as principais causas dos agravos nessa população, ainda existe a falta de registro dos casos. Tal achado



seria relevante para informar de forma contundente o número de casos e contribuir para o planejamento das devidas ações de combate (SIZIYA; MUULA; RUDATSKIRA, 2013).

A mortalidade infantil ainda é considerada um importante indicador para medir a saúde e o bem-estar de uma população. Entretanto, para que se possa modificar a incidência das doenças infecciosas, estudiosos afirmam que medidas preventivas devem ser adotadas (SHRIVASTAVA; SHRIVASTAVA; RAMASAMY, 2016; SHARAF; RASHAD, 2017; MATHEWS *et al.*, 2016; GAYAWAN *et al.*, 2016).

Estudo realizado no Egito, com o intuito de verificar se as medidas de intervenção adotadas para reduzir as taxas de mortalidade infantil foram eficazes, constatou que essa taxa caiu de 63 mortes por 1000 nascidos vivos em 1995 para 22 óbitos em 2014. Além da cobertura vacinal, foram feitos investimentos na educação materna, na melhoria do saneamento básico e o acesso água potável tratada (SHARAF; RASHAD, 2017).

Outra importante medida para reduzir as taxas de mortalidade infantil que vem sendo adotada nos referidos países é o estímulo ao aleitamento materno. Sabe-se que o aleitamento materno é um importante fator de proteção e prevenção da diarreia infantil, principalmente, em crianças menores de dois anos de idade. Portanto, constitui-se em uma estratégia relevante para redução da morbimortalidade em crianças por essa enfermidade (SANTO *et al.*, 2015).

Corroboram esses achados um estudo realizado na África do Sul que constatou que o curto período de amamentação está relacionado ao aumento do risco de hospitalizações ou morte nos primeiros seis meses de vida. Os autores também constataram que o aleitamento materno está ligado ao progresso e o desfecho da diarreia. Uma vez que, observou-se a elevação do risco de eventos graves de diarreia e doenças respiratórias aumentavam à medida que ocorria a interrupção da amamentação (DOHERTY *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado na África do Sul notou que as taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses ainda são baixas (12%). Em relação às razões que influenciam no desmame precoce, constatou-sea necessidade de voltar ao trabalho (29%) ou estudos (12%), o estado de saúde das mães (25%) e a percepção de um suprimento de leite "insuficiente" (13%) (SIZIBA *et al.*, 2015). Por outro lado, Jama *et al.* (2017) afirmam que apesar das taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses das crianças das mães sul-africanas serem

consideradas baixas (31,6%), entre as mães que apresentam sucesso estavarelacionado à elevada autoeficácia materna para amamentar. Tais dados mostram que essa autoeficácia precisa ser estimulada.

No que se refere à diarreia, anualmente, morrem cerca de 800 mil crianças em consequência dessa patologia na África subsaariana e em países em desenvolvimento (BOGALE *et al.*,2017). A África Oriental e Austral conseguiram reduzir as taxas de mortalidades em crianças menores de cinco em 53% desde 1990 e nos últimos anos esteve entre as regiões com bom desempenho no mundo reduzindo a mortalidade a uma taxa anual de 5,3% em 2005-2012. Apesar da redução, ainda apresenta taxas elevadas. Em contraposição, a África Ocidental e Central regista pequenas quedas na taxa de mortalidade infantil em menores de cinco anos sendo apenas 39% desde 1990 (UNITED NATIONS CHILDREN' FUND – UNICEF, 2013).

No âmbito da lusofonia, os países que compõem a Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP), em especial, Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor-leste apresentam números elevados de casos de diarreia. Visto que, parte considerável da população não tem saneamento básico apropriado, nem água adequada para consumo. A situação ainda é considerada mais grave nas áreas periféricas em comparação com principais centros urbanos (COMUNIDADE DOS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA - CPLP, 2012).

Vale ressaltar que a mortalidade neonatal é responsável por quase metade dos óbitos infantis e permanece com o quantitativo elevado nesses países. Além disso, sabe-se que crianças que vivem em países afetados por conflitos apresentam risco elevados. Uma vez que são duas vezes mais propensas a morrerem antes dos cinco anos de idade (UNITED NATIONS CHILDREN' FUND – UNICEF, 2016).

Ademais, acredita-se que crianças que perdem suas mães nas primeiras seis semanas de vida defrontam com maior risco de morte antes dos dois anos em comparação com crianças que possuem suas mães. Isto é, altas taxas de mortalidade materna também contribuem para colocar as crianças em situações de vulnerabilidade (UNICEF, 2013).

Frente a essa realidade, Moçambique apresenta, assim como outros países africanos, problemas relativos ao acesso ao sistema de saúde. Constata-se que 65% da população vive em áreas rurais distante dos locais de atendimento

médico e que cerca de 60% da população (12 milhões de um total de 20 milhões) não possuem acesso ao serviço de saúde. Consequentemente, muitas mortes ocorrem em casa, sem assistência da equipe de saúde (NHAMPOSSA *et al.*, 2013).

Inquérito realizado em Moçambique realizado em 2013 demonstra que, cinco anos antes da realização do estudo, uma a cada dez crianças (97 mil) morriam antes de completar cinco anos de idade. De forma geral, apesar das taxas ainda permanecerem elevadas, a mortalidade apresentou redução nos últimos dez anos (MESAURE, 2013).

Atualmente, Moçambique registra resultados importantes como uma diminuição da mortalidade infantil de 135 a 64 óbitos por 1000 nascidos vivos entre os anos de 1997 e 2011. Além disso, a cobertura dos serviços de saúde na atenção primária aumentou desde o ano 2000. Apesar desses resultados, percebe-se que essa cobertura ainda é muito baixa, os recursos humanos são inadequados, existe falta de produtos essenciais e a dependência externa no financiamento na área da saúde é elevada (MISAU, 2012).

Outro país que vive uma situação difícil no contexto da saúde da criança é a Angola. Pois se destaca como o país que lidera a mortalidade infantil no contexto mundial (UNICEF, 2016).

Apesar de a Angola vivenciar um crescimento econômico e ausência de conflitos internos, 37% da sua população vivem abaixo da linha da pobreza. E apenas 60% possuem acesso aos serviços de saúde. Além disso, grande parte das doenças prevalentes na região continua sendo a malária, doenças diarreicas, tuberculose, doenças respiratórias e doenças imunopreveníveis como sarampo e tétano (WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO, 2013).

Angola participa da perspectiva mais desfavorável de África. O valor do Índice de desenvolvimento humano (IDH) de 2013 foi 0,526, deixando o país na 149ª posição num ranking mundial de 185 países. E a expectativa de vida média é em torno de 51,9 anos. Inferior à da África Subsaariana que ficou em torno de 56 anos. Apesar do país está vivenciando um crescimento econômico significativo, percebe-se que o governo ainda apresenta dificuldades para contribuir com a melhoria das condições de vida e a redução da pobreza da população (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE ANGOLA-UCAN, 2015).

No que tange a mortalidade materna e o saneamento básico verifica-se que essas variáveis revelam importantes dados relacionados à saúde de uma

população e que podem trazer repercussões significativas na saúde da criança.

Em Angola, a mortalidade materna ainda é considerada bastante elevada. No ano de 2014 foram registrados 1036 óbitos. Estima-se que essa taxa de mortalidade tenha ficado em 260/1000 nascidos vivos. Ainda assim, Angola permaneceu dentro do estimado pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que era em torno de 350/1000 nascidos vivos (UCAN, 2015). Outro aspecto importante diz respeito ao saneamento básico adequado. Pois ele repercute diretamente nos casos de diarreia. O estudo ainda ressalta que apenas 18% possuem sistema de esgoto com pia, 24% com fossa séptica e que 25% utilizam o mato para realizarem suas necessidades fisiológicas. Além disso, apenas 23% colocavam o lixo em local adequado. Na zona rural, 69% depositam o lixo ao ar livre e apenas 18% queimam ou enterram (INQUÉRITO DE INDICADORES BÁSICOS DE BEM-ESTAR-QUIBB, 2011). Tais realidades podem trazer grande impacto sobre a saúde e do bem-estar das crianças angolanas.

Com relação à Guiné-Bissau, a taxa de mortalidade infantil é de 89 por 1000 nascidos vivos. Uma grande proporção de mortes infantis ocorre (36%) no período neonatal. Apesar disso, resultados de pesquisas realizadas mostram uma tendência à diminuição nos últimos 20 anos. Em contrapartida, essa mortalidade é mais elevada em crianças dos grupos étnicos cuja língua utilizada é mandinga, fula e Manjaco. E nas que residem na área rural (INQUÉRITO AOS INDICADORES MÚLTIPLOS - MICS, 2014).

Guiné Bissau tem predominância de população jovem. Estimativas apontam que cerca de 40,4% da população se situaria entre 0 e os 14 anos de idade e que 56,4% seria constituída pela população ativa do país (15-64 anos). Apenas as crianças de 0-4 anos de idade correspondem a 15% da população total (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT; CPLP, 2013; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE, 2009). Além disso, Guiné Bissau é considerada um dos países mais pobres do mundo. Em relação ao IDH, ocupa o 176º lugar em um total de 187 países. Situação resultante de más políticas sociais e econômicas que perduraram depois da luta de libertação nacional que durou anos (INQUÉRITO LIGEIRO PARA AVALIAÇÃO DA POBREZA - ILAP2, 2011).

As principais causas de morte em crianças menores de cinco anos de idade em Guiné ainda são diarreia, pneumonia e malária. A desnutrição é também outro fator preocupante. Sabe-se que 4% das crianças são severamente desnutridas

e 19% sofrem de desnutrição moderada (INE, 2009).

Na perspectiva de superar esses agravos, o governo tem buscado reduzir a pobreza e implementar ações que visem melhorar índices, realizando ajustes no campo econômico e social. Entre essas ações a cobertura vacinal tem crescido nos últimos anos.

Outro país da lusofonia é Timor Leste. É o país mais novo da Ásia e nos últimos anos apresentou uma redução da taxa de mortalidade infantil. Além disso, o governo vem priorizando o setor da saúde, investindo no fortalecimento do sistema de saúde, infraestrutura e capacitação dos recursos humanos. Ademais, realiza ações com intuito na prevenção e controle de doenças transmissíveis, a mortalidade materna e infantil. Entre os anos de 2003 e 2010, a mortalidade infantil passou de 75,8 para 63,7 (OMS, 2011; CPLP, 2012).

Além da pobreza que assola o país, Timor Leste apresenta um número elevado de desnutridos. Os níveis de insegurança alimentar e nutricional tem aumentado. Isso fez com que o Ministério da Saúde implementasse a Política Nacional de Nutrição com intuito de promover intervenções para assegurar um estado nutricional adequado a população. Em 2014, com o objetivo de erradicar a fome, o Ministério da Saúde criou o Plano de Ação Nacional. Esse plano busca ampliar o acesso da população a alimentação adequada e reduzir o número de desnutridos. Através de um conjunto de indicadores são realizadas avaliações regulares para determinar o progresso dessas ações (TIMOR LESTE, 2014).

Apesar dos esforços, as doenças que ainda matam as crianças no Timor Leste são as infecções do trato respiratório e as doenças diarreicas. Principalmente, devido à falta de acesso aos serviços de saúde. Em relação ao acesso a água tratada, apenas 60% da população tem acesso a uma fonte de água. Em contrapartida, o saneamento básico apresentou melhoras significativas tanto na zona rural como na urbana (REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR-LESTE, 2009).

Percebe-se que a diarreia ainda é muito prevalente nesses países e é a segunda causa de mortes em crianças menores de cinco anos de idade devido, principalmente, a falta de água potável, saneamento básico e higiene, assim como, estado nutricional. Pesquisas afirmam que só melhorar o ambiente não é suficiente. Além da melhoria dos fatores citados, é importante, também, que seja realizado tratamento com o Soro de Reidratação Oral, medidas de promoção à amamentação,

o uso de vitamina A e imunização contra rotavírus (UNICEF, 2009; WHO, 2016).

Em 2013, o Brasil, um dos países lusófonos que compõem a CPLP, apresentou IDH com o valor de 0,744. Ocupando a posição 79<sup>a</sup> entre os 187 países e territórios. Houve um aumento de 36,4% comparando com o IDH de 0,545 de 1980. Essa melhoria se deu devidos aos diversos esforços para reduzir desigualdades e a promoção de acesso universal a serviços básicos tais como, educação, saúde, abastecimento de água, serviços de saneamento e nutrição infantil (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2014).

Porém, foram registradas, entre os anos de 1995 e 2005, apenas nos serviços da rede pública de saúde, 39.421 mortes e 1.505.800 internações relacionados à diarreia no país em crianças menores de cinco anos de idade (RODRIGUES *et al.*, 2014). Somente em 2014, em todo o país, foram notificadas 65.147 internações por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (CID A09) em crianças com idade inferior a cinco anos. As regiões Nordeste e Norte tiveram os maiores quantitativos de internações por este agravo, respectivamente, 26.555 e 15.335 hospitalizações. Já as regiões Sul, com 4.621, e Centro-Oeste, 4.379, registraram os menores números de casos de crianças internadas (BRASIL, 2015a).

Este fato pode ser comprovado por meio de um estudo epidemiológico ambiental, desenvolvido em microrregiões das cinco regiões brasileiras, o qual mostrou que as maiores taxas de mortalidade por doença diarreica aguda em menores de um ano de idade, em 2009, estavam situadas nas regiões Norte e Nordeste. Tais regiões apresentaram, respectivamente, 5 e 4 vezes mais chances de mortalidade por diarreia em menores de 1 ano de idade que a região Sul do país (BÜHLER *et al.*, 2014). Denota-se, portanto, as disparidades nos índices de morbimortalidade entre as regiões do país (NASCIMENTO; SCHUELTER-TREVISOL, 2014).

No ano de 2014, o Estado do Ceará, localizado na região Nordeste do país, registrou 7.343 internações, tendo como causa a diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. Destas, 2.753 foram de crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2015b). Mais especificamente no município de Fortaleza, Ceará foram notificados no mesmo ano, 9.109 casos de diarreia, dos quais, 4.017 ocorreram em crianças menores de cinco anos de idade (FORTALEZA, 2015).

Com relação ao Maciço de Baturité, região localizada no centro-norte do Ceará, de 2010 a 2013 foram registrados 12.860 casos de crianças menores de dois anos de idade com diarreia; e dos catorze municípios que compõem essa região, Redenção foi o que apresentou maior número de casos no período, totalizando 1.366, de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. No ano de 2013, o município apresentou quatro óbitos de crianças menores de um ano de idade ocasionados por diarreia, sendo o maior número da região do Maciço (BRASIL, 2014). Já para os anos consecutivos não surgiu nenhum registro.

Sabe-se que apesar das reduções, a mortalidade infantil ainda se manifesta elevada. Entretanto, o contexto dos países lusófonos apresenta diversas situações que contribuem para dificultar os cuidados adequados com a criança. Essa situação torna-se ainda pior devido à falta de legislações específicas voltadas para esse público. Diante disso, os profissionais de enfermagem assumem um papel relevante ao identificar circunstâncias desfavoráveis para prevenção e o manejo adequado da diarreia infantil com propósito de nortear ações transformadoras.

Nesta esfera, todos os envolvidos são responsáveis para garantir essas ações. O governo, através de legislações que garantam o acesso aos serviços de saúde para um cuidado holístico, a atenção pelos profissionais de saúde e os cuidados pessoais da população visando à saúde como um todo.

## **1.2 Tecnologias educativas como práticas de cuidado e de promoção da saúde da criança**

A expansão tecnológica ocorrida no século XX trouxe mudanças consideráveis a produção, comunicação, distribuição e representação do conhecimento, assim como a forma de vida e o bem-estar pessoal e social (MORIN, 2004). As mudanças econômicas e sociais mostram como a tecnologia desempenha um papel relevante no cotidiano das pessoas (LORENZETTI *et al.*, 2012). Os principais benefícios situam-se especialmente ao nível da acessibilidade da informação, da possibilidade de interatividade e da combinação de diferentes meios de comunicação do conhecimento (INTERAMINENSE *et al.*, 2016; BAUTISTA; KOBAYASHI; SIMONETTI, 2017).

O vocábulo tecnologia não significa apenas produto e/ou procedimento tecnológico, mas também produto e procedimento sócio-interativo originado a partir

de experiências entre sujeitos em que conhecimentos são criados e compartilhados; podem ser materiais-instrumentais ou vivências-relacionais e poderão ser utilizadas para simplificar e colaborar para o desenvolvimento e a efetivação de práticas educativas e educação em saúde (ASSUNÇÃO *et al.*, 2013).

Com isso, torna-se importante a elaboração de novas estratégias para o cuidar, uma vez que, o enfermeiro trabalha orientando o cliente e seus familiares na construção de comportamentos e atitudes saudáveis. O constante avanço no processo de trabalho do enfermeiro estimula a criação de tecnologias voltadas a sistematizar e a tornar mais efetiva a sua atuação (ÁFIO *et al.*, 2014). Assim, é pertinente o desenvolvimento de tecnologias educacionais com o intuito de fornecer informações necessárias ao controle e prevenção de doenças diarreicas em crianças menores de cinco anos.

Compreendendo-se como uma intervenção educacional, a educação em saúde é uma ferramenta de valorização dos saberes, das práticas e do contexto cultural das pessoas envolvidas no processo educativo. Sua execução é pautada no diálogo, compartilhamento de experiência entre os participantes e os profissionais de saúde envolvidos, a fim de alcançar o bom senso do grupo (NUNES *et al.*, 2012).

Desse modo, essas tecnologias exercem papel significativo à medida que servem de base para o desenvolvimento de atividades educativas em saúde haja vista que facilitam o indivíduo a entender as informações que lhes são fornecidas (CRUZ *et al.*, 2016), além de servirem como um meio prontamente acessível para que as cuidadoras das crianças menores de cinco anos possam utilizar em domicílio.

Ademais, essas tecnologias podem atuar como instrumentos capazes de influenciar de forma positiva no processo de comunicação entre a equipe de saúde e usuários e seus familiares. Além disso, reforça a ideia de fornecer aprendizado ao educando.

Um dos atributos dos enfermeiros que implementam tecnologias educacionais durante as realizações da Educação em Saúde, é o engajamento com a transformação do contexto social da pessoa envolvida no processo educativo, de forma adequada, permanente e sensibilizada com o desenvolvimento social e político do coletivo (ÁFIO *et al.*, 2014). Portanto, a construção de tecnologias deve incorporar o fazer, o pensar e o ser, motivando ações de cuidado humano.

Frente a essa realidade, Assunção *et al.* (2013), afirmam que os



enfermeiros enquanto profissionais que produzem e validam tecnologias educacionais devem integrar a comunidade nesses processos e produzi-las a partir de investigações que direcionem para as necessidades da mesma. Desta forma, as tecnologias irão representar os conceitos/ideias das comunidades e serão utilizadas para socializar conhecimentos com as comunidades.

Nos últimos anos, tem-se observado a crescente elaboração de tecnologias voltadas para o campo da saúde e que se tornaram reconhecidas por se submeterem ao processo de validação (CRUZ *et al.*, 2016). Submeter a tecnologia a esse processo é crucial para verificar as informações e, dessa maneira, assegurar a utilização do material no serviço de saúde, servindo de suporte para a assistência prestada pela equipe e o papel educador do enfermeiro (DODT; XIMENES; ORIA, 2012).

A construção e validação de tecnologias têm sido utilizadas para o cuidado de enfermagem (SOARES *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2014). Nessa perspectiva, intervenções de enfermagem mediante ações educativas, tais como, cartilhas educativas, vídeos educativos, álbuns seriados, que visam fortalecer a promoção da saúde e, assim, dar subsídios para que possa desenvolver estratégias de cuidado.

No entanto, verifica-se que a utilização das tecnologias pela enfermagem repercutiu no âmbito laboral dos enfermeiros diante das modificações do espaço para o cuidar, onde passaram a ter que assistir o paciente e ao mesmo tempo dominar as novas tecnologias (SILVA *et al.*, 2011). Assim sendo, torna-se relevante conhecer o impacto que isso pode determinar para a prestação do cuidado integral e de qualidade.

Logo, as tecnologias não são um fim e, sim, instrumentos para o enfermeiro prestar um cuidado integral, com intuito de garantir uma qualidade de vida para o indivíduo. Por conseguinte, esse profissional tem que estar comprometido com o seu desempenho, buscando melhorar constantemente seus conhecimentos para atuar nas fases, desde a promoção, proteção e manutenção da saúde até a reabilitação (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Vale ressaltar que a tecnologia apresenta, tradicionalmente, a classificação em tecnologia leve, nas quais se observa, nitidamente, que a implementação do cuidado demanda o estabelecimento de relações (vínculo, acolhimento); leve- dura, quando se emprega saberes estruturados (modelos de

cuidado, teorias, processo de enfermagem); e tecnologia dura quando se aplica normas, instrumentos e equipamentos tecnológicos (JOVENTINO *et al.*, 2011; PENHA *et al.*, 2015).

Estudos na área de saúde da criança que abordem as tecnologias leves versam principalmente sobre questões relacionadas à amamentação, trazendo como pontos relevantes o desmame precoce e o estabelecimento de vínculo entre a mãe e filho. Dessa forma, o uso dessa tecnologia, além do estímulo do contato pele-a-pele e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, possibilita que a mulher adquira maior confiança e habilidade em amamentar (PILLEGI *et al.*, 2008; BYSTROVA *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2014; DODT *et al.*, 2013; SOUTO *et al.*, 2014).

Em relação às tecnologias leves duras identificam-se publicações voltadas para promoção da saúde da criança no âmbito da sistematização da assistência de enfermagem. Nesse aspecto, percebe-se o direcionamento para os saberes teóricos que darão suporte a compreensão do processo de trabalho em saúde, favorecendo, dessa forma, o aprimoramento do cuidado nessa área. Com isso, a enfermagem poderá exercer uma assistência planejada e fundamentada em conhecimentos, proporcionando um cuidado objetivo e individualizado (MARQUES *et al.*, 2014; LEON; NÓBREGA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2014; NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011).

No contexto das tecnologias duras para a promoção da saúde da criança, sabe-se que a utilização de material educativo tal como o vídeo e a cartilha educativa são ferramentas de promoção da saúde ideal para o aperfeiçoamento das competências e habilidades necessárias para que as famílias possam atuar na prevenção de determinadas doenças, como a diarreia infantil, pois acredita-se que o mesmo serve de apoio, orientação e aprendizagem, além do estímulo para a multiplicação de conhecimento em saúde (LISBOA; BOTTENUIT JUNIOR; COUTINHO, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2015; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Joventino (2013), construiu, validou e aplicou o vídeo educativo intitulado “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, sendo considerado uma ferramenta educativa efetiva a ser adotada pelos profissionais de saúde, sobretudo por enfermeiros que atuam na atenção básica de saúde.

Tal tecnologia foi construída segundo os princípios da Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e a partir dos itens da Escala de Autoeficácia para a

Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) (JOVENTINO, 2010) e destaca alguns cuidados a serem realizados pelas mães em seu cotidiano. Desse modo, ao implementar a utilização do vídeo educativo citado, Joventino (2013) verificou que as mães que haviam recebido as orientações sobre a prevenção da diarreia infantil através do vídeo educativo tinham alcançado maior autoeficácia materna no assunto abordado, apesar de três meses após a realização da intervenção educativa.

Frente a essa realidade, de obtenção de resultados para a elevação da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil a partir do vídeo educativo, julga-se relevante a construção de outros materiais educativos que tenham como objetivo continuar elevando a autoeficácia materna em continuidade com o uso do vídeo educativo, os quais deverão também estar baseados na Teoria de Autoeficácia.

Além do uso de vídeos, vale ressaltar ainda a utilização de materiais educativos impressos como instrumentos para efetivar as ações de educação em saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), é comum a utilização desse tipo de tecnologia educacional, podendo-se citar as cartilhas que podem promover resultados eficazes para os participantes das atividades educativas e servir de mediação entre profissionais e a população (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Nesse sentido, cartilhas são ferramentas educativas que têm o formato de um livro e que trazem informações claras e detalhadas sobre determinado assunto, servindo como base de conhecimento na forma impressa, acessível para vários membros das famílias e para serem usufruídas em momentos diversos (CORDEIRO *et al.*, 2017).

O material educativo impresso é um instrumento de promoção da saúde que auxilia no processo de educação em saúde, fazendo com que o paciente seja responsável pelo seu cuidado, possibilitando interação dialógica e construção do conhecimento multidimensional capaz de empoderar o paciente e a família (BARROS *et al.*, 2012). Além do mais, o material escrito deve comunicar a ideia claramente, para assegurar o entendimento e evitar incompreensões que possam determinar conceitos e ações inapropriadas, além de ser acessível (MAGALHÃES, 2014).

Por fim, Sabino (2016) elaborou e validou uma cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” que possui, também, o intuito de elevar a

autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Para a elaboração do material educativo foram utilizados os itens da EAPDI (JOVENTINO, 2010) e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir” (JOVENTINO, 2013), os quais foram elaborados seguindo os pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura. É oportuno salientar que a cartilha também abordou as quatro fontes de informação de autoeficácia (experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos), que segundo Bandura, Reese e Adams (1982), influenciam no desenvolvimento e na percepção de autoeficácia.

### **1.3 Autoeficácia materna como estratégia de promoção da saúde e prevenção da diarreia infantil**

A educação tem como base as diversas relações humanas podendo ser compreendida, desta forma, como a aplicabilidade de processos e técnicas pedagógicas que irão contribuir para a formação de sujeitos. Sendo assim, educação em saúde apresenta conceito de compartilhamento de saberes sobre saúde que influenciam a vida das pessoas possibilitando uma melhoria de qualidade de vida das mesmas (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

As ações educativas devem promover a sensibilização do próprio indivíduo, de modo que este possa conscientizar-se e não funcionar apenas como instrumento de seu ajuste à sociedade (FREIRE, 2001).

Assim, a educação em saúde pode ser compreendida como uma ferramenta na promoção da saúde, pois possibilita a conscientização crítica sobre a realidade pessoal e coletiva. A partir dessas ações educativas, busca-se produzir uma estratégia para reconstrução da realidade de cada população. Deste modo, o sujeito pode construir novos conhecimentos (PEDUZZI *et al.*, 2009; FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

Para que essas ações possam ser atendidas, faz-se necessária a participação de três atores: os profissionais, que devem prestigiar essa prática de proteção e promoção da saúde; os gestores, que devem ser como base para esses profissionais; e a população, que precisa contribuir para a construção de seus conhecimentos e melhorar sua autonomia nos cuidados a nível individual e coletivo (FALKENBERG *et al.*, 2014).

A educação em saúde deve estar presente na prática assistencial do

profissional de enfermagem, sendo necessário que o enfermeiro se posicione como educador em um processo de construção do conhecimento junto à comunidade (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014); não meramente por meio da divulgação desse conhecimento.

Na esfera da atenção básica, a educação em saúde representa uma das ações primordiais a serem implementadas pela equipe de saúde da família, com ênfase para o processo de trabalho da equipe de enfermagem, pois as próprias características conceituais da enfermagem salientam a função do enfermeiro como um educador; uma vez que, não há cuidar sem educar (ARRUDA; MOREIRA; ARAGÃO, 2014; SILVA *et al.*, 2015). Assim, o enfermeiro deve refletir seu papel como educador quanto à contribuição da formação do conhecimento crítico da população no que toca às suas competências e fragilidades e, assim, construir um conhecimento contextualizado com a realidade (SILVA *et al.*, 2014).

É importante que os profissionais de enfermagem possuam conhecimentos e perspicácia para buscar transformar e influenciar a população com atividades que estejam focadas em promover ações de saúde. Para tanto, faz-se premente que os profissionais potencializem suas habilidades pessoais para que aprendam a cuidar e a ensinar em prol da saúde dos indivíduos e comunidades (MOURA *et al.*, 2015).

Frente a essa realidade, percebe-se a importância de o enfermeiro realizar ações de cunho educativo com a finalidade de promover a saúde das crianças, impactando familiares e cuidadores, principalmente, a figura materna, que exercem papel fundamental no cuidado destas, devendo-se intervir com esta população no que concerne às doenças de maior prevalência entre as crianças, como por exemplo, na prevenção da diarreia infantil (JOVENTINO, 2013).

No âmbito da saúde da criança, sabe-se que a diarreia infantil ainda é um problema de relevância mundial e nacional que pode comprometer a qualidade de vida desse público. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem instigar os cuidadores para a incorporação de habilidades de modo que seja possível a adoção de comportamentos promotores da saúde na prática cotidiana, incorporados à rotina.

Sabe-se que a diarreia infantil é considerada um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, visto ser uma das doenças mais predominantes e responsável por elevados números de óbitos de crianças menores de cinco anos de idade (MOTLAGH *et al.*, 2012; MAMO; HAILU,

2014; AZAGE *et al.*, 2016).

Em contexto epidemiológico mundial, a diarreia é responsável por aproximadamente 11% das mortes em crianças menores de cinco anos de idade (LIU *et al.*, 2012) e, juntamente com a pneumonia, são apontadas como causas de 29% de todas as mortes infantis, ocasionando a perda de mais de 2 milhões de crianças a cada ano (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS, 2014), contribuindo ainda para elevados custos anuais no setor saúde, bem como para a renda das famílias (BURKE *et al.*, 2013).

No Brasil, a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos caiu de 68,5%, em 1990, para 16,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 2012 (UNICEF, 2014) por causas gerais. Observa-se, assim, uma redução significativa nas últimas décadas, devido a diversos fatores tais como a expansão da rede de cuidados primários à saúde, o uso disseminado da terapia de reidratação oral (TRO), a administração da vacina contra o rotavírus, a redução da desnutrição infantil e a melhoria das condições de saneamento, em grande parte associada à melhoria do acesso à água potável (OLIVEIRA *et al.*, 2014; BÜHLER *et al.*, 2014; ESCOBAR *et al.*, 2015).

As práticas listadas acima têm sua contribuição na busca pelo alcance dos objetivos propostos na Cúpula do Milênio, em 2000, em que os Estados-Membros das Nações Unidas propuseram uma série de metas globais para o ano de 2015. Entre elas, citam-se algumas que estimulam os países a desenvolverem estratégias para redução da mortalidade infantil, com foco no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM), que visa reduzir a taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade em dois terços, e no ODM 7, o qual almeja reduzir para metade a proporção de pessoas sem acesso sustentável à água potável segura e saneamento básico (UNITED NATIONS CHILDREN' FUND - UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

O Brasil já atingiu a meta do ODM 4, mas é primordial que este e os outros países que ainda não conseguiram alcançar, intensifiquem esforços voltados para as principais causas de mortalidade infantil em todo o mundo, incluindo a pneumonia e, especificamente, a diarreia para que as taxas de mortalidade infantil possam ser minimizadas a cada ano (QAZI *et al.*, 2015).

Embora, note-se um decréscimo nos casos de diarreia infantil e aumento

dos programas e ações que buscam sua prevenção e controle, é perceptível que este agravo ainda se constitui em um grave problema de saúde pública. Isto ocorre porque a morbimortalidade infantil por doença diarreica possui causas multifatoriais (MAMO; HAILU, 2014), entre elas as condições socioeconômicas e sanitárias, como: tipo de casa/domicílio, origem da água, descarte do lixo, idade, sexo da criança, nível de escolaridade da mãe; renda familiar, elevado número de pessoas residindo na mesma casa/domicílio, entre outros (NASCIMENTO; SCHUELTER-TREVISOL, 2014; MAMO; HAILU, 2014; ESCOBAR *et al.*, 2015; AZAGE *et al.*, 2016).

Além das péssimas condições socioeconômicas e de saneamento, a falta de higiene pessoal e alguns comportamentos maternos também podem contribuir para a contaminação das crianças por agentes causadores da diarreia, incluindo, por exemplo, a não lavagem das mãos antes de preparar a refeição, depois da troca de fraldas e depois de sair do banheiro (ATENCIO *et al.*, 2013), o que denota que os fatores comportamentais desempenham um papel crucial na epidemiologia das doenças diarreicas (MAMO; HAILU, 2014).

Ressalta-se, ainda, entre aspectos comportamentais determinantes para a saúde das crianças, o aleitamento materno, tido como uma das principais estratégias para a diminuição da morbimortalidade por diarreia infantil (PONTES *et al.*, 2013; SILVA;GUEDES, 2013); bem como a criança ser levada periodicamente para ser vacinada com destaque para a vacina contra o rotavírus (OLIVEIRA *et al.*, 2014); lavagem das frutas, verduras e legumes com hipoclorito de sódio; armazenamento adequado dos alimentos; tratamento da água para o consumo humano (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Sabe-se que o manejo e o tratamento apropriados da diarreia possibilitam o efêmero desfecho do caso e que as mães são as principais cuidadoras dos filhos, tornando-se fundamentais para promoção da saúde dos mesmos, contanto que tenham autoeficácia, conhecimentos e atitudes adequadas. No entanto, apenas conhecer os fatores que predispõem a diarreia não implica na adoção de medidas preventivas, entretanto, as mães que acreditam que podem manter os filhos saudáveis são mais propensas a realizarem comportamentos preventivos contra esta doença, mesmo que não tenham conhecimento suficiente acerca dos fatores de risco da mesma (LOPES *et al.*, 2013).

Logo, uma mãe pode ter conhecimento de que determinados atitudes evitem diarreia infantil, todavia, isso não garante que ela experimente a sensação de

segurança para introduzir tais práticas na sua rotina (NASCIMENTO *et al.*, 2014). Da mesma forma, não se deve idealizar que ao se ter um nível elevado de autoeficácia, sem competência nem habilidade, possa suceder performances adequadas, pois “a confiança em si próprio não necessariamente garante o sucesso, mas a falta de confiança em si mesmo certamente produz o fracasso” (BANDURA, 1997, p. 77).

Dessa maneira, a autoeficácia está relacionada a uma avaliação pessoal acerca da auto-afirmação em adotar determinado comportamento com o intuito de alcançar um objetivo (BANDURA, 1977). Logo, mães que apresentam autoeficácia elevada, tendem a se sentirem mais capazes de adotarem comportamentos saudáveis e a cuidarem melhor dos seus filhos. Além do que, vale frisar que ações educativas são consideradas significativas quando influenciam as crenças que as mães têm em suas próprias habilidades (DODT *et al.*, 2015).

Nesse propósito, para que as mães alcancem os efeitos desejados, elas devem acreditar que suas ações podem possibilitar isso, do contrário, terão pouco estímulo para agir ou prosseguir frente aos obstáculos (PAJARES; OLAZ, 2008; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Salienta-se que pesquisa realizada em Fortaleza-CE, com um total de 448 mães, identificou que 118 (26,3%) apresentaram baixa autoeficácia para prevenir diarreia infantil; 105 (23,4%) apresentaram moderada autoeficácia; e 224 (50%) elevada autoeficácia para prevenir diarreia em seus filhos (JOVENTINO, 2010).

Desta maneira, o conceito de autoeficácia materna no cuidado à criança deve ser incorporado frequentemente pelo enfermeiro nas estratégias de educação em saúde relacionadas à prevenção da diarreia infantil (JOVENTINO, 2010).

Nesse sentido, a educação em saúde torna-se a principal estratégia a ser utilizada na propagação de ações profiláticas contra as doenças diarreicas, além de ser uma relevante forma para inserir o conceito de autoeficácia nas orientações do enfermeiro, pois, segundo Bandura (1977), a mesma age nas pessoas, incentivando-as a desenvolverem competências para enfrentar as mais diversas circunstâncias impostas pelo dia a dia. Além disso, Doak, Doak e Root (1996) ressaltam que os materiais educativos devem ser desenvolvidos com base nas abordagens teóricas. Neste ínterim, a Teoria de Autoeficácia de Bandura (1986) pode ser um elemento importante para construção de materiais educativos.

A autoeficácia, segundo Bandura (1986), pode ser compreendida como uma análise que as pessoas fazem das suas próprias capacidades para coordenar e



providenciar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desenvolvimento. Ainda, Bandura, Azzi e Polydoro (2008) destacam que as crenças de autoeficácia baseiam-se no entendimento que os indivíduos têm sobre suas próprias habilidades, sendo um determinante crítico de como os sujeitos conduzem o seu pensamento e o seu comportamento.

Em relação às fontes de informação que fundamentam a expectativa da autoeficácia, Bandura, Reese e Adams (1982) descrevem quatro: experiências de êxito, experiências vicárias ou por modelação, persuasão verbal e estados fisiológicos. Ainda que as categorias possam influenciar a compreensão da eficácia, é a integração dessas experiências que determina a autoeficácia.

Experiência de êxito é considerada a mais influente, pois se baseiam em experiências pessoais bem-sucedidas. Assim sendo, as expectativas de eficácia são desenvolvidas através do sucesso em determinada atividade. Quando as pessoas se assumem como responsáveis por seus resultados e se percebem como fonte de suas performances, são capazes de alterar suas convicções de eficácia (BANDURA, 1977; 1986).

Para Domingues (2014), as experiências vicárias estão relacionadas à observação e à imitação de modelos. Neste sentido, as experiências são associadas a princípio a certas influências ambientais. Modelação relaciona-se à observação de uma pessoa que será modelo para realizar determinada tarefa. Bandura (1977), também afirma que os indivíduos ao observarem experiências exitosas tendem a intensificar e persistir em seus esforços, convencendo-se de que são capazes de ter sucesso como os outros possuem.

Persuasão verbal, apesar de ser considerada uma fonte relativamente fraca na determinação da autoeficácia, em relação as anteriores, é amplamente utilizada. Pode ser utilizada por profissionais da saúde, pessoas experientes e consultores na orientação de seus clientes, na tentativa de convencer a clientela de que ela pode executar a ação, de que possui potencial e habilidade para assumir um determinado comportamento (FONTES; AZZI, 2012; MARTINS, 2014).

Estudos emocionais e fisiológicos ou respostas emocionais levam em consideração que o corpo também fornece dados que interferi na expectativa de pessoas em relação à sua capacidade para adotar um determinado comportamento. Os estados físicos e emocionais, dependendo da circunstância apresenta valor informativo a respeito da competência pessoal, pois o estresse e ansiedade podem

prejudicar o desenvolvimento das atividades bem sucedidas (BANDURA, 1977; AZZI; POLYDORO, 2006).

Sabe-se que a diarreia infantil é uma doença cujo conhecimento e conduta das mães em relação ao adequado manejo da patologia de seus filhos contribuem na diminuição de suas complicações (REGO *et al.*, 2014); e que níveis elevados de autoeficácia detectados nas mães, por meio da EAPDI, expressam-se como um fator de proteção para a diarreia infantil (JOVENTINO *et al.*, 2013). Logo, faz-se premente o desenvolvimento e utilização de tecnologias capazes de atrelar o conceito da autoeficácia na prevenção da diarreia infantil.

Têm-se como hipóteses: I. Os escores da Escala de Autoeficácia das mães que participaram dos grupos experimentais serão maiores do que os escores das mães que não participaram de intervenções (grupo comparação); II. O número de casos de diarreia nos filhos das mulheres que participaram dos grupos experimentais será menor do que os escores das mães que não participaram de intervenções (grupo comparação).

Diante do exposto, a relevância do presente estudo encontra-se associada às repercussões do uso de tecnologias educativas (vídeo e cartilha) pautadas nos princípios da Teoria da Autoeficácia para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Acredita-se que tais tecnologias poderão contribuir para que as mães considerem-se capazes de adotarem comportamentos mais saudáveis, incorporando práticas adequadas na rotina de cuidados dispensados aos seus filhos.

Além disso, o estudo oportunizará a realização de intervenções educativas (leitura e entrega da cartilha, além da aplicação do vídeo educativo) que auxiliarão os enfermeiros nas orientações sobre a prevenção da diarreia em crianças. Pretende-se, portanto, propor a utilização destas tecnologias educativas aos profissionais da Atenção Primária à Saúde para proteção e promoção da saúde das crianças, de modo a favorecer o empoderamento das mães sobre a temática, com a finalidade de diminuir a ocorrência da diarreia infantil, reduzindo os gastos com internamentos e minimizando as taxas de morbimortalidade infantil por diarreia.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Avaliar o efeito do uso de intervenções educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção-CE.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a autoeficácia materna antes e após a aplicação de intervenções educativas (vídeo educativo e/ou cartilha educativa) no município de Redenção-CE.

- Comparar os escores de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil das mães em que foram aplicadas as intervenções educativas (vídeo educativo e/ou cartilha educativa) em comparação com as mães que não receberam as referidas intervenções.

- Identificar a ocorrência do episódio diarreico entre as crianças dois meses após a realização das intervenções educativas (vídeo educativo e/ou cartilha educativa) no município de Redenção-CE.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 Tipo do estudo**

O presente estudo foi um ensaio clínico randomizado (ECR), do tipo de estudo experimental, que se deu a partir da utilização de intervenções educativas (leitura e entrega da cartilha e aplicação do vídeo educativo) que foram aplicadas em diferentes grupos de mães de crianças menores de cinco anos de idade (grupo comparação e de intervenções no município de Redenção-CE).

No que concerne aos estudos experimentais, vários são os tipos de pesquisas que estão compreendidas neste grupo, dentre elas: os ECR, nos quais o investigador aplica uma intervenção e observa seus efeitos sobre os desfechos em diferentes grupos de participantes, de modo a ser estabelecida a causalidade (HULLEY *et al.*, 2008).

Para tanto, é necessário seguir três propriedades: manipulação (o experimentador faz alguma intervenção direcionada aos participantes do estudo); controle (o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo controle/comparação); e randomização (o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos controle/comparação e experimental) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

No presente estudo, como buscou-se avaliar o efeito do uso das intervenções educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção-CE foram estabelecidos quatro grupos: Grupo 1 - Intervenção como vídeo educativo; Grupo 2 – Intervenção com a Cartilha educativa; Grupo 3 - Intervenção com a Cartilha educativa e com o vídeo educativo; Grupo 4 - Grupo comparação.

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no município de Redenção-CE, 55 km de distância da Capital Fortaleza, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do referido município. Redenção possuía em 2010, conforme o último censo um quantitativo populacional de 26.415 habitantes e uma estimativa para 2016 de

27.358 residentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015).

Para atender a esse quantitativo populacional, o referido município possui 11 UAPS divididas de acordo com suas localidades e Distritos, a saber: Centro de Saúde de Redenção (localizado na sede do Município); UAPS Edisio Meira Tejo (Distrito de Boa Fé), UAPS Francisco Edmilson de Lima (Urucuzal, Antônio Diogo), UAPS João de Gois Nogueira (Olho D' água do Constantino), UAPS Francisco Pedro da Silva (Riacho das Pedras), UAPS Luiz Gonzaga da Silveira (Serrinha Bela), UAPS Francisco Pereira Torres (Guassi), UAPS Antônio Jorge de Farias (Manoel Dias), UAPS Francisco Holanda Moreira (Gurguri), UAPS João Barbosa de Souza (Susto), UAPS Maria Honorato da Silva (Lagoa Dantas) (SECRETARIA DE SAÚDE DE REDENÇÃO, 2016).

Segundo dados do IBGE (2015), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Redenção em 2010 era de 0,626. O município apresentou um IDH inferior quando comparado ao de Fortaleza (IDHM=0,754), capital do estado, no mesmo período.

Ademais, em Redenção, nos anos de 2014 e 2015, foram notificados 1018 e 690 casos de diarreia em crianças com idade inferior a dois anos, respectivamente. Para as crianças menores de 5 anos, até o mês de março de 2016 foram notificados 204 casos, apresentando 4<sup>a</sup> colocação em relação aos demais municípios que compõem a 3<sup>a</sup> CRES Maracanaú (BRASIL, 2016).

### **3.3 População e amostra**

A população do estudo foi composta por mães de crianças menores de cinco anos de idade cadastradas ou atendidas em livre demanda nas UAPS selecionadas do município de Redenção-CE.

Para tanto, foram 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) ou atendido (a) nas UAPS, e possuir telefone celular ou fixo; e critério de exclusão foram: mãe que não sabia ler, pois isso comprometeria a leitura da cartilha educativa.

Além disso, foram adotados critérios de descontinuidade, como: desistência da mãe de participar da pesquisa após início da coleta de dados;

mudança de residência da área adstrita à UAPS selecionada; e falecimento da mãe ou da criança durante o transcorrer do estudo.

Para definição do tamanho amostral de cada ECR, foi utilizado o seguinte cálculo para estudos com grupos comparativos (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005):

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Onde:

- **N** = Tamanho da amostra
- **Z $\alpha$**  = Coeficiente de confiança
- **Z $\beta$**  = Poder
- **p** = proporção de ocorrência do desfecho
- **d** = diferença clinicamente importante

Foram adotados os seguintes valores: **Z $\alpha$ =95%**, **Z $\beta$ =80%**, **p=35,1%**, **d=15%**. Dessa forma, ao substituir os valores na fórmula, encontrou-se que seria necessária, arredondando-se, uma amostra total de 280 mães, ou seja, como o presente estudo comparou quatro grupos, foram 70 mães em cada um dos quatro grupos.

Vale ressaltar ainda que se optou, no presente estudo, pela randomização por conglomerados ou cluster, assim, os sujeitos, ou seja, as mães de crianças menores de cinco anos de idade foram randomizadas em grupos a partir das UAPS em que estiverem cadastradas ou atendidas; e não individualmente (CAMPBELL *et al.*, 2012; LIMA, 2008).

Este tipo de randomização exige que o pesquisador aloque aleatoriamente grupos ou conglomerados que ocorram naturalmente, adaptando melhor as questões de pesquisa sobre programas de saúde e seus efeitos na população; além de minimizar o risco de troca de informações entre os indivíduos de grupos diferentes (HULLEY *et al.*, 2008).

Procedeu-se a randomização agrupada, de modo que foram sorteadas, inicialmente, quatro UAPS para a realização do estudo. Após este primeiro sorteio, foi realizado um segundo, a fim de determinar a qual grupo do estudo (intervenção

Cartilha, intervenção Vídeo Educativo, intervenção vídeo e cartilha e Grupo comparação) que pertenceria cada UAPS selecionada no primeiro sorteio.

### **3.4 Instrumentos de coleta dos dados**

Para coleta de dados, foi utilizada a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) (ANEXO A), construída e validada por Joventino (2010), a qual possui alfa de *Cronbach* de 0,84 e Coeficiente de Correlação Intraclasse – CCIC de 0,45, cujo intuito é avaliar o nível de autoeficácia das mães na habilidade em prevenir a diarreia infantil. A mesma teve sua construção embasada na Teoria de Autoeficácia de Bandura (1977) e pode ser utilizada por profissionais de saúde, principalmente por enfermeiros, para que possam embasar intervenções e orientações a uma população específica.

A EAPDI é composta por 24 itens contendo os seguintes fatores/domínios: higiene da família, com 15 itens e práticas alimentares/gerais, com 9 itens. O padrão de resposta varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os escores totais da escala variam de 24 a 120 pontos, em que as mães com maior pontuação possuem elevada autoeficácia, ou seja, são aquelas que têm maior confiança na habilidade para prevenir diarreia em seu filho (JOVENTINO *et al.*, 2013).

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

Além disso, para coleta por contato telefônico, foi utilizado o formulário II que é um instrumento reduzido de investigação da diarreia infantil elaborado e validado por Joventino (2010) (ANEXO C).

### **3.5 Coleta dos dados**

É oportuno salientar que logo no início do primeiro contato com as mães

na UAPS foi esclarecido sobre a continuidade do estudo (dois meses de acompanhamento), que ocorreria por contato telefônico, de acordo com a disponibilidade de horário da participante.

As mães que atenderam aos critérios de seleção do município de Redenção-CE foram convidadas a participarem do estudo no momento em que estavam aguardando atendimento na UAPS selecionadas, sendo entrevistadas após o consentimento formal por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos grupos intervenções do ECR do município de Redenção-CE, aconteceram também os dois momentos citados anteriormente, porém, após o primeiro momento (antes do atendimento) as mães participaram das respectivas intervenções educativas a depender do grupo que estavam alocadas. Sendo assim, as mães que compuseram o grupo intervenção Vídeo educativo tiveram a oportunidade de assistir ao vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” na própria UAPS; as mães do grupo intervenção Cartilha educativa leram a cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” também na UAPS e a levaram para o domicílio; as mães do grupo intervenção Vídeo e Cartilha educativa tiveram a oportunidade de assistir ao vídeo educativo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” na própria UAPS e leram a cartilha “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” também na UAPS e a levaram para o domicílio.

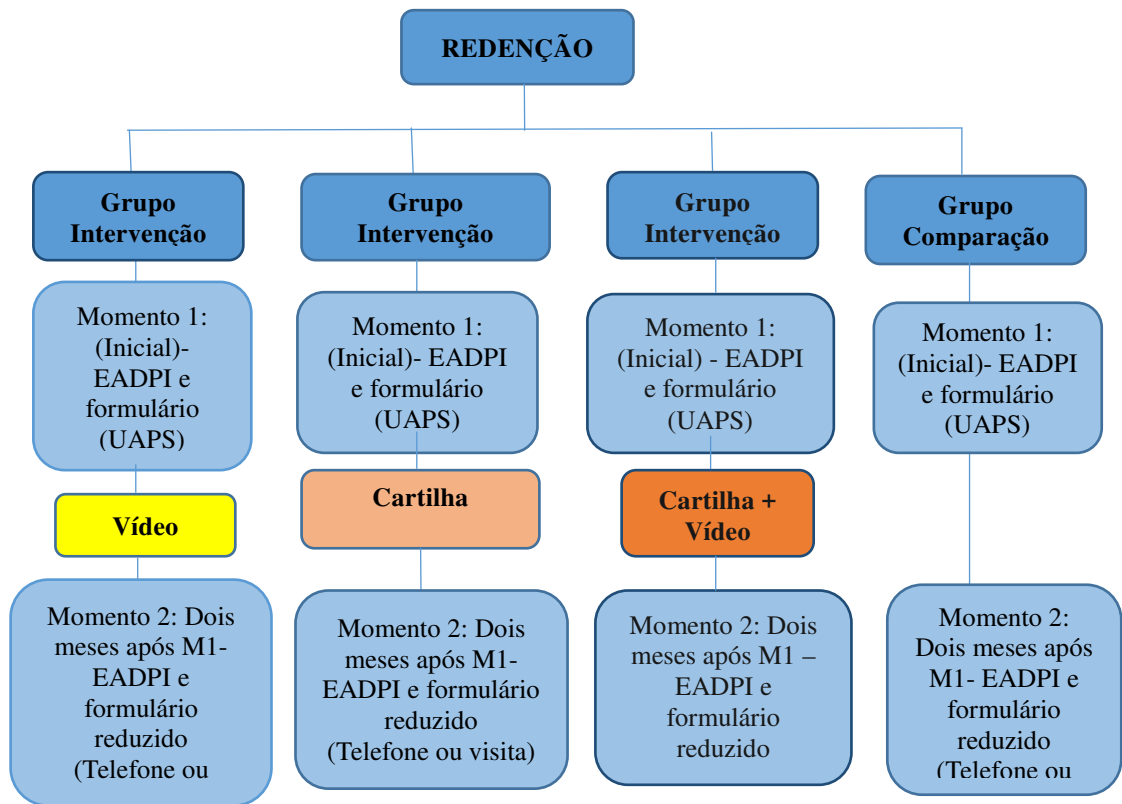
A coleta de dados foi realizada em dois momentos no grupo comparação: 1º momento - aplicação do formulário I (ANEXO B) e da EAPDI (ANEXO A) antes do atendimento; e 2º momento - aplicação da EAPDI e do formulário II (ANEXO C) de investigação da diarreia dois meses após o primeiro momento.

Ressalta-se que o primeiro momento ocorreu na UAPS do município de Redenção-CE, enquanto o segundo momento se deu por contato telefônico, pois alguns pesquisadores têm conseguido eficácia por meio deste tipo de coleta (COSTA *et al.*, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2009; BARROS *et al.*, 2009; JOVENTINO, 2013).

Inicialmente, o segundo momento da coleta de dados se daria apenas por telefone, no entanto, em virtude de problemas na rede de uma operadora de telefonia móvel na região, em alguns casos, foi necessária a realização de visitas domiciliares para a garantia da continuidade da coleta de dados.



Figura 1 — Fluxograma representando os momentos da coleta de dados no município de Redenção



Fonte: elaborada pela autora.

É oportuno salientar que a exposição do vídeo foi realizada em salas reservadas e atendendo à demanda de espaços das UAPS. Para tanto, foram disponibilizados quatro *notebooks* com fones de ouvido, assim, o vídeo foi apresentado individualmente a cada mãe, a qual teve a oportunidade de assisti-lo apenas uma vez, com a presença de um dos membros da coleta de dados.

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

O vídeo tem como protagonista: Luiza, mãe do Mateus, criança em idade pré-escolar acometida pela diarreia. Além dela, há duas co-protagonistas: a Maria,

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

O vídeo educativo tem uma duração de 16 minutos e 20 segundos. Destaca-se ainda que o roteiro do vídeo passou por um rigoroso processo de validação, por meio da avaliação de 23 juízes de conteúdo (profissionais da saúde) e cinco juízes técnicos (da área da comunicação). Além disso, o conteúdo do vídeo educativo foi avaliado a partir do SAM por sete juízes da área de enfermagem e foi considerado de nível superior, tendo alcançado 92,3% de aprovação total, variando de 73,3% a 100% de concordância (JOVENTINO, 2013).

Salienta-se que para os grupos que utilizaram a cartilha, também foi disponibilizada uma sala reservada, onde as mães realizaram a leitura individualmente, com a presença da pesquisadora.

A cartilha educativa “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho” foi elaborada a partir do referencial teórico a Teoria de Autoeficácia de Bandura e como materiais de pesquisa a Escala de autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e o vídeo “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”. A cartilha foi elaborada em oito tópicos (como saber se a criança está com diarreia; como cuidar da higiene do seu filho; saiba como cuidar da sua higiene; a limpeza do ambiente ajuda a prevenir doenças; vamos aprender a lavar as frutas e as verduras; veja como cuidar da alimentação do seu filho; saiba a importância da vacinação para seu filho; como cuidar da criança com diarreia), seguindo-se o que a literatura recomenda para linguagem, ilustração e *layout*. Durante toda a cartilha utilizou-se linguagem de autoeficácia e ressaltaram-se experiências de êxito vivenciadas pela protagonista principal, de forma que a experiência vicária foi contemplada em diversas páginas da cartilha. Além disso, existem mensagens diretas da protagonista principal para a leitora, ressaltando sua experiência de êxito e realizando a persuasão verbal por meio desse diálogo direto. As expressões e sentimentos da protagonista principal sempre são de confiança em realizar os cuidados propostos, de forma que possa

prevenir a diarreia em seu filho (SABINO, 2016).

A cartilha educativa passou por um rigoroso processo de validação, por meio da avaliação de 30 juízes de conteúdo (15 juízes com experiência docente e 15 juízes experiência assistencial), três juízes técnicos com experiência em designer gráfico e 31 mães de crianças menores de cinco anos de idade. Em relação à validação da primeira versão da cartilha, os juízes de conteúdo atribuíram IVC global de 0,88 para clareza de linguagem, 0,91 para pertinência prática e 0,92 para relevância teórica. Na avaliação realizada com o instrumento SAM, os juízes de conteúdo classificaram a cartilha como “superior”, com uma média de 88,7%. Os juízes técnicos validaram a cartilha com um IVC global de 0,96 para clareza de linguagem, 1,00 para pertinência prática e 1,00 para relevância teórica. A avaliação dos juízes técnicos a partir do SAM classificou o material como “superior”, com uma média de 90,1%. A população-alvo validou a segunda versão da cartilha. A cartilha foi considerada clara por 86,9% das mães e relevante por 95,6%. O IVC global da cartilha foi de 0,99, revelando excelente nível de concordância entre as mães (SABINO, 2016).

### 3.6 Análise dos dados

O banco de dados foi digitado e analisado no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 20.0. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, mediana ou moda), medida de dispersão (como desvio-padrão), apresentados por meio de tabelas e discutidos conforme literatura pertinente ao tema.

Os grupos formados foram comparados na linha de base, após dois meses da intervenção, utilizando-se o Teste Qui-quadrado (variáveis categóricas) e o teste não paramétrico *Mann-Whitney* (variáveis contínuas), considerando um alfa crítico de 0,05. Os testes realizados para comparação dos grupos foram: Teste Qui-quadrado de Pearson e de *McNemar*. Além disso, para comparação entre os momentos, dentro de cada grupo utilizou-se o Teste *Mann-Whitney*; e para a comparação entre os grupos, de acordo com o momento, o Teste *Kruskal-Wallis*.

Procedeu-se ainda a Razão de Chances, no que diz respeito à ocorrência de episódios diarreicos de acordo grupos/comparação após intervenções

educativas.

Ressalta-se que contou-se com o apoio de um profissional estatístico para determinação dos testes estatísticos apropriados e análise dos dados obtidos.

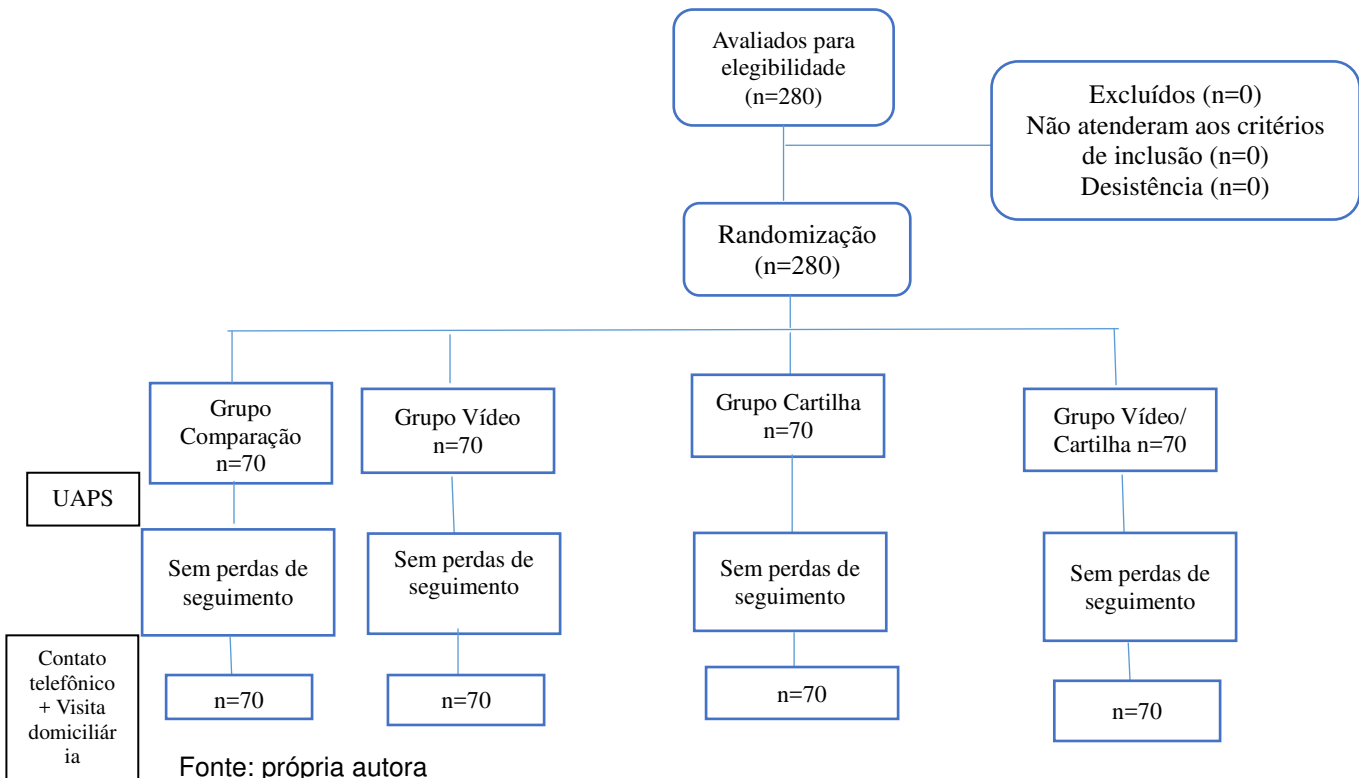
### **3.7 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade da Integração Internacional Da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) sob o protocolo CAAE: 56867316.0.0000.5576 e número do parecer: 1.764.429 (ANEXO D). Ressalta-se que o presente ECR foi inscrito e aprovado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos Brasileiros (REBEC) com o número de registro: RBR-8jczjm. (ANEXO E). Ademais, a todos os participantes do estudo (mães que participaram do ECR) foram esclarecidos os objetivos do estudo e solicitadas às assinaturas dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A, B, C e D), elaborados com linguagem adequada para a população-alvo. Salienta-se que por meio destes TCLE foram 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, desse modo, aos seguintes princípios bioéticos: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Os termos foram elaborados em duas vias, ficando uma sob responsabilidade da pesquisadora e a outra do participante, consoante preconiza a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2013).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Caracterização e testagem da homogeneidade da amostra

Figura 2 – Fluxograma com a distribuição das participantes do estudo nos grupos



A amostra total foi composta por 280 mães de crianças com idade inferior a 5 anos, que compuseram quatro grupos a saber: 70 assistiram o vídeo, 70 assistiram o vídeo e leram a cartilha, 70 leram apenas a cartilha e 70 o grupo comparação, o qual não recebeu nenhuma intervenção educativa.

Sabe-se que a validade interna está correlacionada com a qualidade do experimento. Ou seja, quando os grupos diferem entre si somente em relação à exposição da intervenção utilizada (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Assim, utilizou-se no presente estudo à randomização do tipo agrupada. Entretanto, mesmo diante do exposto faz-se necessário a testagem de homogeneidade entre os grupos como uma forma de legitimar a semelhança entre eles (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A Tabela 1 revela a distribuição das famílias conforme o grupo e variáveis sociodemográficas de mães de crianças com idade inferior a 5 anos. Conforme a

Tabela 1, percebe-se que os grupos analisados foram equivalentes em todos os aspectos sociodemográficos, considerando-se que os valores de p não demonstraram significância estatística entre eles, a saber: faixa etária (p=0,240), escolaridade materna (p=0,572), estado civil (p=0,510), renda *per capita* (p=0,670), sexo da criança (p=0,336) e tipo de casa (p=0,097).

Tabela 1 – Distribuição das famílias conforme o grupo e variáveis sociodemográficas de mães de crianças com idade inferior a 5 anos. Redenção, 2018

Variáveis	Comparação		Vídeo		Cartilha		Vídeo/Cartilha		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Faixa Etária (ano)</b>									
17-19	05	7,1	05	7,1	03	4,3	07	9,9	0,240 <sup>a</sup>
20-29	38	54,3	44	62,9	32	45,7	41	57,7	
30-46	27	38,6	21	30,0	35	50,0	23	32,4	
<b>Escolaridade materna (ano)</b>									
Até 08 anos	22	31,4	18	25,7	23	32,9	23	37,1	0,572 <sup>b</sup>
09 a 12 anos	47	67,1	52	74,3	47	67,1	39	62,9	
Mais de 13 anos	01	1,4	-	-	-	-	-	-	
<b>Estado civil</b>									
Casada	30	42,9	24	34,3	29	41,4	20	28,2	0,510 <sup>a</sup>
União Consensual	23	32,9	22	31,4	32	45,7	35	49,3	
Solteira	14	20,0	22	31,4	8	11,4	16	22,5	
Divorciada	03	4,3	02	2,9	01	1,4	-	-	
<b>Renda <i>per capita</i> em salários mínimos*</b>									
0 – 1/4 SM	55	78,6	51	72,9	60	85,7	45	63,4	0,670 <sup>a</sup>
1/4 – 1/2 SM	12	17,1	17	24,3	10	14,3	23	32,4	
1/2 – 1 SM	03	4,3	02	2,9	-	-	03	4,2	
<b>Sexo da criança</b>									
Feminino	43	61,4	33	47,1	34	48,4	33	46,5	0,336 <sup>b</sup>
Masculino	27	36,6	37	52,9	36	51,4	37	52,1	
<b>Tipo de casa</b>									
Taipa	04	5,7	-	-	03	4,3	02	2,8	0,097 <sup>b</sup>
Tábua	-	-	-	-	01	1,4	01	1,4	
Tijolo com reboco	54	77,1	66	94,3	53	75,7	60	84,5	
Mista	-	-	-	-	01	1,4	-	-	
Tijolo sem reboco	12	17,1	04	5,7	12	17,1	08	11,3	

Fonte: Dados da pesquisa. \*Salário Mínimo vigente durante o estudo foi de R\$ 937,00. a – Teste Qui-quadrado. b- *Likelihood Ratio*.

Em relação à testagem de homogeneidade entre os grupos acerca das variáveis sobre os cuidados prestados à criança, foi demonstrado na Tabela 2, que ambos os grupos assemelharam-se nos quesitos episódio diarreia anterior (p=0,188), ajuda de terceiro para cuidar da criança (p=0,457), internamento no primeiro mês de vida (p=0,376), criança tem alguma doença (p=0,387), prematuridade (p=0,363), tempo de aleitamento materno exclusivo (p=0,510), busca

pele serviço de saúde durante a diarreia (0,618) e internamento anterior devido a diarreia ( $p=0,229$ ).

Tabela 2 – Distribuição das famílias conforme o grupo e características relacionadas à criança. Redenção, 2018

Variáveis	Comparação		Vídeo		Cartilha		Vídeo/Cartilha		Valor de p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Episódio anterior diarreia</b>									
Sim	09	12,9	40	57,1	49	70,0	40	56,3	0,188 <sup>a</sup>
Não	22	31,4	30	42,9	21	30,0	31	43,7	
<b>Ajuda de terceiro para cuidar da criança</b>									
Sim	47	67,1	49	70,0	42	60,0	42	59,2	0,457 <sup>a</sup>
Não	23	32,9	21	30,0	28	40,0	29	40,8	
<b>Internamento no primeiro mês de vida da criança</b>									
Sim	09	12,9	05	7,1	05	7,1	10	14,1	0,376 <sup>a</sup>
Não	61	87,1	65	92,9	65	92,9	61	85,9	
<b>Criança tem alguma doença</b>									
Sim	05	7,1	03	4,3	01	1,4	03	4,3	0,387 <sup>b</sup>
Não	65	92,9	67	95,7	69	98,6	66	95,7	
<b>Prematuridade</b>									
Sim	06	8,6	03	4,3	02	2,9	02	2,8	0,363 <sup>b</sup>
Não	64	91,4	67	95,7	68	97,1	69	97,2	
<b>Tempo de aleitamento materno exclusivo</b>									
<1 mês	08	11,4	13	18,6	09	12,9	18	25,4	0,510 <sup>b</sup>
Até 1 mês	06	8,6	02	2,9	02	2,9	02	2,8	
1-2 meses	09	12,9	09	12,9	15	21,4	09	12,7	
2-4 meses	15	21,4	12	17,1	20	28,6	18	25,4	
Até 6 meses	25	35,7	30	42,9	24	34,3	20	28,2	
> 6 meses	07	10,0	04	5,7	-	-	04	5,6	
<b>Busca pelo serviço de saúde durante a diarreia</b>									
Sim	32	66,7	26	65,0	28	57,1	28	70,0	0,618 <sup>a</sup>
Não	16	33,3	14	35,0	21	42,9	12	30,0	
<b>Internamento anterior devido a diarreia</b>									
Sim	01	2,1	04	10,0	04	8,2	05	12,5	0,229 <sup>b</sup>
Não	47	97,9	36	90,0	45	91,8	35	87,5	

Fonte: Dados da pesquisa. a – Teste Qui-quadrado. b- *Likelihood Ratio*.

Dessa forma, constata-se que os grupos atenderam às características de homogeneidade e que as intervenções educativas propostas podem ser aplicadas com intuito de verificar o seu efeito na autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil.

## 4.2 Efeitos da aplicação das intervenções educativas na autoeficácia materna para prevenir diarreia infantil

A diarreia ainda é responsável pela morte de milhares de crianças. Apesar de ser uma doença evitável, é considerada um grave problema de saúde pública e está associada, principalmente, a falta de higiene e as condições da água. A OMS e UNICEF elaboraram, em 2009, um relatório com estratégias para prevenção da diarreia bem como para o seu controle. O intuito também foi buscar o esforço de países para atender os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir a mortalidade infantil (UNICEF, 2009).

Frente a essa realidade, o presente estudo aplicou intervenções educativas em diferentes grupos de mães com a expectativa de auxiliar na prevenção da diarreia infantil.

No que concerne à comparação dos momentos da aplicação das intervenções, a Tabela 3 demonstra diferença estatisticamente significativa após dois meses dessas aplicações em todos os grupos de intervenção. Logo, verifica-se que as intervenções vídeo, vídeo-cartilha e cartilha educativa foram eficazes.

Tabela 3 - Comparação entre os Escores de Autoeficácia Materna, de acordo com o momento e com os grupos de intervenção e comparação. Redenção-CE, 2018

GRUPOS	Escore de Autoeficácia Materna						<i>p</i> -valor <sup>1</sup>
	ANTES			DEPOIS			
	Média	[DP]	Mediana	Média	[DP]	Mediana	
Cartilha Educativa	110,9	[10,0]	114,0	114,1	[8,0]	117,0	0,026
Vídeo Educativo	108,4	[8,3]	111,5	115,6	[5,0]	117,0	<0,001
Cartilha/Vídeo Educativos	110,8	[9,5]	113,0	117,4	[3,2]	118,0	<0,001
Comparação	109,3	[10,5]	113,0	110,7	[8,1]	112,0	0,839
<i>p</i> -valor <sup>2</sup>	0,184			<0,001			

Fonte: Dados da pesquisa. <sup>1</sup>Comparação entre os momentos, dentro de cada grupo (Teste *Mann-Whitney*). <sup>2</sup>Comparação entre os grupos, de acordo com o momento (Teste *Kruskal-Wallis*).

Com relação à Tabela 3, verificou-se que o grupo vídeo educativo apresentou uma notável elevação dos seus escores. No momento inicial da coleta de dados, as mães do grupo intervenção vídeo, possuíam menores escores de autoeficácia para prevenção da diarreia infantil em comparação aos demais grupos. Ao ser realizada a intervenção e a avaliação após dois meses de sua aplicação, percebe-se que as mães que participaram desse grupo tiveram um aumento da



autoeficácia significativamente obtendo 117 de mediana.

Deduz-se, dessa forma, que o vídeo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” por si só consegue atingir o objetivo, ou seja, favorecer a autoeficácia materna. Dessa maneira, percebe-se que o vídeo “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir” contribuiu, especialmente, após o final do segundo mês, com elevação da confiança materna, visto que, foi à intervenção que apresentou o maior crescimento das medianas dos escores de autoeficácia das entrevistadas.

O recurso audiovisual, como o vídeo educativo, se utiliza da captação da atenção dos indivíduos tal como da curiosidade sobre os temas abordados com o intuito de fortalecer a relação ensino-aprendizagem. Tendo em vista, que a habilidade visual e o processamento de informações são frequentemente exercitados. Diante disso, o vídeo educativo vem sendo utilizado cada vez mais como ferramenta para promoção da saúde intervindo precocemente e minimizando consequências (RODRIGUES JUNIOR *et al.*, 2017).

Ashaver e Igyuve (2013) afirmam que o vídeo contribui de forma ímpar com a construção do aprendizado com base na experiência sensorial. Haja vista a utilização dos sentidos visuais e auditivos simultaneamente. Isso facilita a absorção do conteúdo transmitido. Além disso, o vídeo incentiva a participação, estimula o interesse e serve como fonte de informações.

Alguns estudos corroboram sobre tais achados certificando que o uso do vídeo facilita a aprendizagem em diversos contextos (AWASTHI, 2012; ODE, 2014; MBUK, 2016; RODRIGUES JUNIOR *et al.*, 2017).

Dotd *et al.* (2015) afirmam que a autoeficácia pode ser influenciada de forma positiva por essas atividades educativas assim como pelas experiências pessoais. Além disso, influenciam também nas crenças que as pessoas têm em suas próprias habilidades.

A autoeficácia constitui-se na confiança pessoal que o indivíduo apresenta frente a uma determinada situação. Isto é, está relacionado com segurança que o indivíduo possui ao executar uma atividade tendo como base suas habilidades e conhecimentos (GUIMARÃES *et al.*, 2017; BIZERRA *et al.*, 2015).

Por conta disso, percebe-se que diversos estudos versam sobre a temática da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil com intuito de promovê-la e favorecer a saúde da criança, tais como Bizerra *et al.*, 2015; Guimarães *et al.*, 2017; Ansari *et al.*, 2014; Souza; Fernandes, 2014 e Chaves *et al.*,

2015.

Em 2015, um relatório foi elaborado para marcar o fim do prazo estabelecido pelo ODM e para realizar uma reflexão sobre a saúde infantil. As taxas de mortalidade reduziram ao se comparar com as de 1990. Entretanto, isso é insuficiente. Pois, esse relatório também mostra que a diarreia, juntamente com a pneumonia, continuam sendo as principais responsáveis pela mortalidade infantil no mundo (CENTRO INTERNACIONAL DE ACESSO A VACINAS-IVAC, 2015).

As complicações que ocorrem devido à diarreia infantil poderiam ser evitadas ou tratadas. Nesse aspecto, ações devem ser pautadas principalmente por intervenções preventivas e curativas eficazes. Contudo, somente intervenções planejadas para prevenção de diarreia infantil não é bastante. Pois segundo Saha *et al.*, 2013, é relevante que o indivíduo tenha conhecimento suficiente sobre as consequências da diarreia e sua gravidade. E que, apesar dos cuidados serem oriundos de um programa de educação em saúde planejados, é necessário transformar o conhecimento em intervenções efetivas.

Pesquisas demonstram que muitas mães não possuem conhecimentos suficientes acerca da diarreia, sua prevenção e controle. Estudo realizado em 2013 em Gambia com 1012 mães de crianças menores de cinco anos sobre o conhecimento, percepções e atitudes em relação à diarreia, identificou que um número reduzido de mães acreditava que uma grande quantidade de fezes por dia (27,1%) ou a presença de desidratação (10,3%) eram sinais de notável preocupação. Identificou-se também que a grande maioria das mães não acreditava que a diarreia poderia ser prevenida por meio da imunização (93,3%). Além disso, 43% das crianças com diarreia não receberam nenhum tratamento. Sendo que, o Soro de Reidratação Oral (SRO) foi utilizado por apenas 19,1% de crianças com diarreia. Os pesquisadores ainda ressaltam para importância das mães terem o conhecimento sobre a gravidade e as consequências da diarreia bem como sua prevenção através da educação em saúde (SAHA *et al.*, 2013).

Esses achados condizem com um estudo realizado na Índia com 100 mães de crianças menores de cinco anos de idade com o objetivo de avaliar o conhecimento dessas mães sobre a prevenção e o manejo da diarreia. Verificou-se que a maioria das mães apresentava um conhecimento considerado razoável (62%), seguido de conhecimento insuficiente (23%) e apenas 15% tinham um conhecimento considerado satisfatório em relação a esse agravo. Ainda foi demonstrado que a

educação em saúde contribuía positivamente para a educação materna e os cuidados com a saúde das crianças. Além disso, observou-se também que apenas 8,5% das mães sabiam que o SRO durante a diarreia tinha como finalidade evitar a desidratação da criança (JOSEPH; NAREGAL, 2014).

Por conta disso, as intervenções educativas devem levar em consideração as diversas crenças que podem influenciar a conduta materna frente ao desenvolvimento e manejo da diarreia infantil. Paz, Almeida e Gunther (2012) consideram que a transmissão da diarreia se dá por meio de um processo complexo devido à variabilidade de agentes causadores. Devido a isso as medidas de prevenção para esse agravo devem priorizar, principalmente, o provimento de água, e melhoria do saneamento básico da comunidade. Além disso, as crenças maternas ainda são consideradas as principais barreiras no manejo da diarreia infantil (ANSARI *et al.*, 2012)

Entretanto, apenas o conhecimento adequado das mães não é suficiente para prevenir agravos à saúde infantil. O indivíduo necessita se sentir capaz de produzir os resultados que ela deseja alcançar (TRISTÃO *et al.*, 2015). Assim, essas mães necessitam ter orientação por parte da equipe de saúde acerca dos cuidados e manejos com a doença diarreica (JOVENTINO, 2013).

À vista disso, a autoeficácia materna demonstra a confiança que a mãe julga possuir ao realizar uma atividade com êxito baseando-se em sua capacidade. Caracterizando, dessa forma, uma importante ferramenta na prevenção da diarreia infantil (DAMSTRA, 2012).

Estudo realizado em Quixadá-CE com 150 mães de crianças menores de cinco anos, com o intuito de avaliar a autoeficácia para prevenir diarreia infantil, verificou que a maioria das mães apresentou baixa autoeficácia (89,0%), seguidos por 7,9% e 3,1% que possuíam autoeficácia moderada e alta, respectivamente. Portanto, constata-se que a maioria das mães desse estudo não se sente capaz/segura para prevenir a diarreia infantil (LOPES *et al.*, 2013).

Diante disso, enfatiza-se a importância de se realizar ações com foco na promoção da saúde. Diversas pesquisas têm demonstrado desfechos satisfatórios apoiados em intervenções educativas que contribuíram positivamente para elevar a autoeficácia materna. Nesse contexto, foi evidenciado um aumento significativo de mães que apresentaram autoeficácia materna para amamentar logo após aplicação de álbum seriado (CHAVES *et al.*, 2015; DODT; XIMENES; ORIÁ, 2012).

A educação em saúde promove uma aproximação entre os profissionais e os usuários contribuindo com troca de conhecimentos e a criação de vínculos. Nesse aspecto, torna-se conveniente que o enfermeiro considere essa ferramenta como estratégia de cuidar, especialmente no cuidado à saúde da mulher e da criança (DONT *et al.*, 2013).

Partindo da informação, que o indivíduo aprende e assimila conhecimentos de seu interesse, os profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, deve se utilizar de mecanismos criativos para favorecer a mudança de comportamento. Estudo realizado no Irã que teve como objetivo avaliar o efeito de intervenção educativa sobre a amamentação em 120 gestantes verificou um aumento significativo do grupo intervenção em relação ao grupo comparação um mês pós-parto (123,6 versus 101,7). Além disso, houve associação estatisticamente significativa entre autoeficácia da amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo ( $p < 0,001$ ) (ANSARI *et al.*, 2014).

De acordo com Tabela 4, que mostra a comparação do desempenho entre os tipos de intervenções entre os grupos, as comparações após a aplicação da intervenção entre os grupos cartilha versus comparação ( $p = 0,002$ ), vídeo educativo versus comparação ( $p < 0,001$ ), vídeo/cartilha versus comparação ( $p < 0,001$ ), cartilha versus vídeo/cartilha (0,008) e vídeo/cartilha versus vídeo educativo (0,010) apresentaram significância estatística com valor de  $p$  inferior a 0,05.

Ressalta-se que conforme a Tabela 4, os grupos intervenções apresentaram, após os dois meses, todas as médias na EAPDI acima das médias dos grupos comparação. Diante disso, acredita-se que as mães que receberam alguma intervenção apresentam uma autoeficácia elevada para prevenir a diarreia infantil em comparação as mães que não receberam nenhuma intervenção.

Tabela 4 - Comparação do desempenho entre tipos de intervenção quanto aos Escores de Autoeficácia Materna, de acordo com os grupos de intervenção e comparação e o momento. Redenção-CE, 2018

GRUPOS	Escore de Autoeficácia Materna								
	ANTES				<i>p</i> -valor <sup>1</sup>	DEPOIS			<i>p</i> -valor <sup>1</sup>
	Média	[DP]	Md	Média		[DP]	Md		
<b>Cartilha Educativa versus Comparação</b>									
Cartilha Educativa	110,9	[10,0]	114,0	0,412	114,1	[8,0]	117,0	0,002	
Comparação	109,3	[10,5]	113,0		110,7	[8,1]	112,0		
<b>Vídeo Educativo versus Comparação</b>									
Vídeo Educativo	108,4	[9,5]	111,5	0,245	115,6	[5,0]	117,0	<0,001	
Comparação	109,3	[10,5]	113,0		110,7	[8,1]	112,0		
<b>Vídeo/Cartilha Educativos versus Comparação</b>									
Vídeo/Cartilha	110,8	[8,4]	113,0	0,782	117,4	[3,2]	118,0	<0,001	
Comparação	109,3	[10,5]	113,0		110,7	[8,1]	112,0		
<b>Cartilha Educativa versus Vídeo Educativo</b>									
Cartilha Educativa	110,9	[10,0]	114,0	0,032	114,1	[8,0]	117,0	0,852	
Vídeo Educativo	108,4	[9,5]	111,5		115,6	[5,0]	117,0		
<b>Cartilha Educativa versus Vídeo/Cartilha Educativo</b>									
Cartilha Educativa	110,9	[10,0]	114,0	0,465	114,1	[8,0]	117,0	0,008	
Vídeo/Cartilha	110,8	[8,4]	113,0		117,4	[3,2]	118,0		
<b>Vídeo/Cartilha Educativo versus Vídeo Educativo</b>									
Vídeo/Cartilha	110,8	[8,4]	113,0	0,119	117,4	[3,2]	118,0	0,010	
Vídeo Educativo	108,4	[9,5]	111,5		115,6	[5,0]	117,0		

Fonte: Dados da pesquisa.<sup>1</sup> Comparação entre os grupos, de acordo com o momento (Teste *Mann-Whitney*).

Ainda acerca da Tabela 4, percebe-se que as diferenças nos escores de autoeficácia materna foram mais evidentes no grupo vídeo educativo. Em todas as comparações com os demais grupos, foi o que apresentou a maior diferença entre as médias dos escores, representando uma diferença de 7,2 escores. Com isso deduz-se que o grupo vídeo educativo contribuiu efetivamente com a autoeficácia materna, por ter contribuído com maior a média.

Entretanto, a que se considerar que a cartilha educativa também elevou significativamente os escores de autoeficácia materna tendo em vista a melhoria das médias desses escores após os dois meses da intervenção.

Vale ressaltar que a cartilha educativa apresenta-se como facilitadora no processo ensino-aprendizagem por evidenciar de forma didática informações e por proporcionar uma relação dialógica entre o educando e educador. Além disso, essa relação estabelece a construção do conhecimento e a troca de experiências (BARROS *et al.*, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Materiais educativos impressos, como a cartilha são ferramentas de

cunho educativo que contribui não apenas para informar. Esses materiais proporcionam ao indivíduo condições para que reflitam sobre a adoção de um comportamento preventivo (MASSARA *et al.*, 2016). Além de ser um meio de divulgação de conhecimento e por contribuir com a mudança de comportamentos, a cartilha educativa apresenta um baixo custo (GRUDNIEWICZ *et al.*, 2015).

Estudos enfatizam a importância da utilização dessa intervenção na educação em saúde, como Albuquerque *et al.* (2016) que desenvolveram uma cartilha com foco no autocuidado da saúde sexual de mulheres ostomizadas; Sabino (2016) que elaborou e validou uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil e Lima *et al.* (2014) que descreve a elaboração de uma cartilha com foco para prevenção da transmissão vertical do HIV.

Apesar de todos os benefícios proporcionados por essa tecnologia educacional, a realização da educação em saúde não deve ser substituída. Pelo contrário, o uso dessa tecnologia abre novas possibilidades de aprendizado (BARROS *et al.*, 2012; FONSECA *et al.*, 2011).

É importante destacar que a cartilha educativa, apesar de ser bastante utilizada na promoção da saúde, apresenta algumas restrições quanto ao domínio de leitura e escolaridade do indivíduo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Frente a essa realidade, Sabino (2016) ao descrever a elaboração da cartilha educativa contribuiu para elaboração de material educativo com objetivo de promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. Além disso, o uso desse tipo de tecnologia educacional possibilita maior relação entre o profissional e o usuário. Haja vista que o enfermeiro estará esclarecendo dúvidas e contribuindo para construção de conhecimento e enfrentamento das dificuldades identificadas.

No tocante a autoeficácia, Shunk (1995) e Bandura (1993) afirmam que os aspectos pessoais e ambientais influenciam na aprendizagem e na motivação. Além disso, pessoas com notável autoeficácia apresentam bons resultados na resolução de problemas. Entretanto, essa confiança pode não ser permanente, sendo necessárias ações que produzam resultados de forma contínua.

Diante disso, acredita-se que promover essa autoeficácia através de intervenções educativas com intuito de determinar as principais dificuldades e o desenvolvimento de habilidade para conduzir de forma adequada a diarreia infantil seja uma maneira de reduzir os casos e as complicações por esse agravo.

Conforme a Tabela 5, verifica-se que os grupos intervenções vídeo e

vídeo/cartilha apresentaram fator de proteção para o risco de diarreia infantil 0,753 e 0,405, respectivamente. Ou seja, ambos apresentaram a Razão de Chance (RC) com valores inferiores a 1. Logo, infere-se que esses grupos possuem fator de proteção para risco de diarreia infantil. Ao contrário do grupo cartilha educativa, que apresentou o mesmo risco para obtenção de episódios diarreicos em comparação com o grupo controle. Diante do exposto, é possível perceber que a intervenção mediada pelo vídeo educativo, principalmente a tecnologia combinada, foi relevante para redução da diarreia ao longo das investigações.

Tabela 5 - Distribuição da ocorrência de episódio diarreico entre as crianças antes e após a realização das intervenções educativas e valores da razão das chances. Redenção-CE, 2018

GRUPOS	Episódio Diarreico								RC <sup>2</sup>	IC95%	p-value
	ANTES				DEPOIS						
	SIM		NÃO		SIM		NÃO				
n	[%]	N	[%]	N	[%]	n	[%]				
<b>Cartilha Educativa</b>	49	[70,0]	21	[30,0]	09	[12,9]	61	[87,1]	1,000	[0,372-2,691]	1,000
<b>Vídeo Educativo</b>	40	[57,1]	30	[42,9]	07	[10,0]	63	[90,0]	0,753	[0,264-2,149]	0,595
<b>Vídeo/Cartilha</b>	40	[56,3]	31	[43,7]	04	[5,6]	67	[94,4]	0,405	[0,119-1,381]	1,000
<b>Comparação</b>	48	[68,6]	22	[31,4]	09	[12,9]	61	[87,1]			
<i>p-value</i> <sup>1</sup>	0,188				0,446						

Fonte: Dados da pesquisa. <sup>1</sup>Teste Qui-quadrado. <sup>2</sup>Razão de Chances, episódio diarreico de acordo grupos/comparação após intervenções educativas.

Sabe-se que o vídeo educativo apresenta uma linguagem ilustrativa da realidade de um indivíduo. Isso pode contribuir com a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Além de fornecer orientações quanto ao processo de cuidar (SALVADOR *et al.*, 2014).

Bandura (1997) afirma que indivíduos com autoeficácia elevada sentem-se mais propensos a realizar cuidados preventivos, buscar tratamento precoce e possuem uma recuperação mais rápida de doenças quando comparadas com as que apresentam baixa autoeficácia.

Apesar da razão de chances do grupo cartilha educativa ter apresentado valor igual ao do grupo comparação, constatou-se a redução dos episódios diarreicos após a aplicação dessa intervenção.

A partir desses achados, observa-se que as tecnologias educacionais trazem efeitos benéficos na prevenção de diarreia infantil em menores de cinco

anos. Entretanto, o uso dessas tecnologias não deve ser realizado de forma isolada. Pelo contrário, é relevante que sejam utilizadas em consonância com as orientações de profissionais para que se obtenham melhores resultados (HARTMANN-BOYCE; LANCASTER; STEAD, 2014)

Dentre essas tecnologias, observa-se neste estudo, que a apresentação do vídeo foi eficaz nos momentos avaliados em relação à elevação dos escores da autoeficácia materna. Por conseguinte, quanto maior a autoeficácia maior será o comprometimento dessas mães com a saúde dos filhos.

O vídeo apresenta experiências relatadas por outras mães demonstrando insegurança no momento de cuidar dos filhos. Entretanto, a enfermeira retratada no vídeo se utiliza de meios como a persuasão verbal para demonstrar cuidados pertinentes a prevenção da diarreia e ao seu manejo. Além disso, experiências positivas são relatadas durante o vídeo, influenciando, conseqüentemente, no crescimento da confiança materna (JOVENTINO, 2013).

Tal fato corrobora com Itakussu *et al.* (2014), ao afirmarem que nos vídeos são demonstradas cenas que se aproxima da realidade do indivíduo. Isso contribui com o processo de identificação das situações vivenciadas e nas intervenções transformadoras aproximando o espectador da realidade.

Ensaio clínico randomizado realizado em Fortaleza- CE com 180 mães de crianças menores de cinco anos acompanhadas pelo período de três meses por contato telefônico após aplicação do vídeo: “Diarreia Infantil: você é capaz de prevenir”, constatou que no grupo intervenção a chance das crianças de mães com moderada autoeficácia na escala aplicada terem diarreia foi de 2,36 maior do que daquelas filhas de mães com elevada autoeficácia para prevenir diarreia infantil. Logo, constata-se que o vídeo educativo pode reduzir significativamente as possibilidades de ocorrência da diarreia infantil (JOVENTINO, 2013).

A confiança de uma pessoa quanto a sua performance no alcance de seus objetivos está ligada aos resultados que a mesma terá. Essa confiança também pode influenciar o surgimento de reações emocionais diante das mais diversas situações que possam despertar a sensação de incompetência e estresse. Além disso, achados de Abuchaim *et al.* (2016), permitiram observar uma relação significativa entre os sintomas de depressão pós-parto e o nível de autoeficácia para amamentar. Já que, verificou-se que ter média ou alta autoeficácia diminui em 27,4% ou 38,8%, respectivamente, o escore de depressão. Ademais, a elevada pontuação



na escala de depressão pós-parto reduz em 11,84 pontos o escore da autoeficácia na amamentação.

Nesse contexto, Ramos (2015) afirma que a autoeficácia gera também efeitos sobre o processo autorregulatório do indivíduo fazendo com que ocorra uma avaliação constante dos seus próprios atos. Além disso, essa autorregulação é considerada um processo ativo na reflexão sobre as mudanças de comportamento.

Diante disso, pode-se inferir que o grau de autoeficácia elevado das mães pode estar relacionado à sensação de autoconfiança para desempenhar determinada tarefa. Tal fator acaba, pois, influenciando de forma positiva nos cuidados com a saúde da criança.

Considerando que a diarreia é uma doença multifatorial, faz-se necessário dedicar esforços para melhoria da autoeficácia materna na prevenção desse agravo. Além disso, ao identificar o nível de autoeficácia da mãe, o profissional de saúde terá subsídios para planejar estratégias que influenciem de forma positiva a adoção de comportamentos saudáveis (NASCIMENTO, 2015). Dessa maneira, o vídeo se caracteriza como uma estratégia educativa de fundamental relevância no processo de aprendizagem das mães.

Tabela 6 - Comparação da ocorrência de episódio diarreico em crianças antes e após a realização de intervenções educativas, de acordo com o tipo de intervenção. Redenção-CE, 2018

<b>Cartilha Educativa</b>	<b>Episódio Diarreico (Depois)</b>			<i>p-value</i> <sup>1</sup>
	Sim	Não	Total [100%]	
<b>Episódio Diarreico (Antes)</b>				
Sim [%]	06 [12,2]	43 [87,8]	49	<b>&lt;0,001</b>
Não [%]	03 [14,3]	18 [85,7]	21	
Total [%]	09 [12,9]	61 [87,1]	70	
<b>Vídeo Educativo</b>	<b>Episódio Diarreico (Depois)</b>			<i>p-value</i> <sup>1</sup>
	Sim	Não	Total [100%]	
<b>Episódio Diarreico (Antes)</b>				
Sim [%]	05 [12,5]	35 [87,5]	40	<b>&lt;0,001</b>
Não [%]	02 [6,7]	28 [93,3]	30	
Total [%]	07 [10,0]	63 [90,0]	70	
<b>Vídeo / Cartilha Educativos</b>	<b>Episódio Diarreico (Depois)</b>			<i>p-value</i> <sup>1</sup>
	Sim	Não	Total [100%]	
<b>Episódio Diarreico (Antes)</b>				
Sim [%]	03 [7,5]	37 [92,5]	40	<b>&lt;0,001</b>
Não [%]	01 [3,2]	30 [96,8]	31	
Total [%]	04 [5,6]	67 [94,4]	71	
<b>Comparação</b>	<b>Episódio Diarreico (Depois)</b>			
	Sim	Não	Total [100%]	
<b>Episódio Diarreico (Antes)</b>				
Sim [%]	08 [16,7]	40 [83,3]	48	<b>&lt;0,001</b>
Não [%]	01 [4,5]	21 [95,5]	22	
Total [%]	09 [12,9]	61 [87,1]	70	

---

<sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de McNemar.

De acordo com a Tabela 6, que compara a ocorrência de diarreia de acordo com cada momento e com cada tipo de intervenção, verifica-se diferença estatisticamente significativa em todos os grupos de intervenção ( $p < 0,001$ ).

Além disso, verifica-se que, no início da coleta, a diarreia esteve presente por meio de uma quantidade razoável de episódios diarreicos. Entretanto, após as intervenções, esse quantitativo reduziu consideravelmente nos grupos. Logo, pode-se inferir que os filhos das mães que obtiveram elevação dos escores de autoeficácia apresentaram diminuição considerável dos casos de diarreia. Com isso, configura-se que ao longo desses dois meses, as estratégias educativas utilizadas neste estudo impactaram de forma significativa na saúde das crianças.

Ressalta-se ainda que as intervenções educativas são importantes veículos para promoção da saúde viabilizando o processo ensino-aprendizagem em diversos cenários. Para tal, torna-se relevante respeitar as características de cada clientela (ABISSULO *et al.*, 2015). Além disso, essas intervenções podem ser usadas pelo profissional de saúde para influenciar boas práticas de saúde e o desenvolvimento de habilidades (MOREIRA *et al.*, 2013).

Corroborando com essas informações, Razera *et al.* (2014), ao construir um vídeo educativo como estratégia de educação em saúde para os pacientes quimioterápicos, salienta que a tecnologia educativa é um importante veículo de informação. Pois, além de se apresentar de forma lúdica configura-se como uma boa forma de promover mudanças de comportamento.

Além disso, a pessoa ao ver outro indivíduo no vídeo realizando atividades com êxito melhora suas atitudes e comportamento (JOVENTINO *et al.*, 2014). Sendo assim, deve-se incentivar as mães a assumirem atitudes positivas com intuito de encorajá-las a desenvolver a sua confiança (RAZERA *et al.*, 2014).

Salbego (2016) comenta que a enfermagem se utiliza constantemente de tecnologias que se entrelaçam entre o processo de cuidar e educar. Tal fato envolve, primordialmente, saberes e habilidades na construção do bem estar das pessoas. Assim como o vídeo, a utilização de tecnologias educativas tais como a cartilha educativa, álbum seriado, folders, torna possível o acesso à informação, pois, além de sensibilizar o indivíduo para aderir atitudes saudáveis, serve como meio para esclarecer dúvidas e fornecer as devidas orientações (BENEVIDES *et al.*, 2016).

Pesquisa desenvolvida com 130 mulheres no Irã com intuito de determinar a eficácia de intervenções educativas (palestras e material impresso) na escolha do tipo de parto verificou que apesar dos escores médios do medo do parto normal, das expectativas e da auto-eficácia do parto antes da intervenção entre os dois grupos não foram significativamente diferentes ( $p > 0,05$ ), esses escores do parto normal no grupo de intervenção foram reduzidos e a expectativa e auto-eficácia do parto tiveram um aumento significativo após a intervenção ( $p < 0,05$ ). Além disso, um número maior de mães do grupo intervenção tiveram parto normal em comparação ao grupo comparação. Ou seja, a elevação da autoeficácia pode contribuir com a redução dos partos cesáreos. Esse fato representa a efetividade da intervenção educativa para encorajar as mulheres a escolherem o parto normal (TAHERI *et al.*, 2014).

Assim como o presente estudo, uma pesquisa realizada com 201 puérperas, em Fortaleza, utilizando um álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” constatou significância estatística na autoeficácia materna apenas no segundo mês após a intervenção educativa ( $p < 0,0021$ ) (DODT, 2011).

Dessa maneira, o uso de intervenções educativas pode transformar a realidade das taxas de mortalidade infantil por utilizar a educação como meio primordial de transformações de comportamentos. Logo, é necessário que instrumentos educativos sobre a prevenção da diarreia infantil, como os utilizados nesta pesquisa, possam ser desenvolvidos e ofertados como meio de contribuir com a elevação da autoeficácia materna.

Contudo, apesar da comprovação da importância desempenhada pelo vídeo educativo, Joventino (2013), propôs a construção de novos estudos que procurem analisar as possíveis repercussões dessa tecnologia combinada com a realização de educação em saúde pelos profissionais de saúde. Haja vista que o contato do profissional/ cliente, através da formação de vínculo, jamais poderá ser substituída por uma tecnologia.

Sendo assim, os profissionais de enfermagem exercem uma função relevante quanto à promoção da saúde juntamente com as mães. Ao associar o cuidado com a educação em saúde surge um compartilhamento de saberes onde vínculos são criados e experiências são trocadas. Além disso, o enfermeiro por ser um dos protagonistas desta promoção estimula a construção de um indivíduo capaz de transformar o seu contexto como a si próprio (Rodrigues *et al.*, 2013).

Para obter esses objetivos na educação em saúde é necessária a utilização de metodologias assim como tecnologias que façam com que o processo de aprendizagem se torne mais dinâmico e participativo. Dessa forma, diversas tecnologias podem ser aplicadas com o intuito de aproximar os profissionais com a comunidade, além de melhorar os conhecimentos.

Nessa perspectiva, essas ações em saúde devem ser pautadas nas necessidades dos usuários buscando, inicialmente, conhecer o indivíduo e sua realidade composta por crenças, hábitos e papéis. Ademais, o sujeito deve participar da construção desse processo educativo com vista na promoção da saúde de forma ativa (BORGES *et al.*, 2016).

Diante do exposto, percebe-se que a autoeficácia materna se apresenta como um fator relevante na prevenção da diarreia infantil. Deste modo, materiais educativos, tais como os apresentados neste estudo, são instrumentos eficazes na promoção da saúde visto que proporciona reflexão e participação de todos os envolvidos na construção de conhecimento e da confiança. Além disso, o enfermeiro pode fazer uso dessas ferramentas para promover a autoeficácia materna. Contudo, é relevante que essa autoeficácia materna seja avaliada com o intuito de promovê-la continuamente.

## 5 CONCLUSÃO

O estudo analisou a eficácia de intervenções educativas e teve como intuito, favorecer a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. A execução do mesmo proporcionou a verificação dos seguintes achados:

- a) Os grupos apresentaram homogeneidade considerando-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas, características de moradia/sanitárias e cuidados prestados à criança ( $p > 0,05$ ).
- b) Observou-se diferença estatisticamente significativa após aplicação das intervenções nos três grupos de intervenção (Cartilha educativa, vídeo educativo e Cartilha e vídeo educativo);
- c) Ocorreu aumento dos escores de Autoeficácia materna em todos grupos de intervenção;
- d) Quanto à autoeficácia em prevenir diarreia infantil e sua comparação com as intervenções educativas, verificou-se diferença estatisticamente significativa após a aplicação das intervenções educativas com valores de  $p < 0,05$  em todos os grupos de intervenção, com exceção dos grupos cartilha educativa versus vídeo educativo. Apesar disso, percebeu-se que os escores do grupo vídeo ainda foram bem mais elevados. Constatou-se que as mães que participaram desse grupo apresentaram elevação da autoeficácia materna;
- e) Os grupos vídeo e vídeo/cartilha educativa apresentaram fator de proteção para diarreia infantil. Dessa forma, infere-se que a intervenção mediada pelo vídeo educativo foi relevante para redução da diarreia ao longo dos dois meses. Além disso, apesar do grupo cartilha educativa apresentar razão de chance semelhante ao grupo comparação, constatou-se a notável redução dos episódios diarreicos após aplicação da referida intervenção;
- f) Quanto à comparação da ocorrência de episódio diarreico e aplicação das intervenções educativas, verificou-se diferença estatisticamente significativa nos três grupos de intervenção. Além disso, observou-se a

redução dos episódios diarreicos ao longo desse período de acompanhamento.

As intervenções educativas foram capazes de elevar os escores da autoeficácia materna, além de reduzir o número de casos de diarreia infantil em crianças acompanhadas ao longo dos dois meses do estudo. Dessa maneira, conclui-se que tanto o vídeo quanto a cartilha educativa podem ser empregados de forma efetiva no combate a diarreia infantil. Assim, este ECR demonstra que ambas as tecnologias podem ser utilizadas como intervenções educativas.

Verifica-se por meio dos resultados que as intervenções tiveram efeito positivo na autoeficácia materna, especialmente o grupo vídeo educativo, seguido do grupo vídeo/cartilha e depois do grupo onde aplicou-se apenas a cartilha, tendo em vista a elevação dos escores na EAPDI após o período de dois meses.

Portanto, acredita-se que as tecnologias educacionais devem ser utilizadas pelo profissional enfermeiro, assim como pelos demais profissionais, para auxiliar na educação em saúde com a população, em especial com as mães e cuidadoras de crianças. Percebe-se que essas intervenções educativas são relevantes fontes de informação e que podem contribuir para elevar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Por fim, as intervenções educativas baseadas na Teoria da Autoeficácia com foco em promover a autoeficácia materna devem ser difundidas e utilizadas, principalmente na Estratégia Saúde da Família. Dessa forma, possibilitará a mudança comportamental das mães frente aos cuidados com seu filho, reduzindo, dessa forma, a ocorrência e as complicações decorrentes da diarreia infantil.

É importante destacar que para que ocorra aumento da autoeficácia materna faz-se necessário que o profissional enfermeiro se utilize de estratégias para desenvolver ações de promoção da saúde que contribua para favorecer o conhecimento e o emponderamento dessas mulheres.

Além disso, percebe-se que as intervenções utilizadas nesse ECR contribuíram para o alcance das hipóteses, haja vista que foi constatado que os escores da Escala de Autoeficácia das mães que participaram dos grupos de intervenção foram maiores quando comparados com os escores das mães que não participaram das intervenções educativas. Finalmente, observou-se que o número de casos de diarreia nos filhos das mulheres que participaram dos grupos de

intervenção foi menor quando comparados aos filhos das mães que não participaram de nenhuma intervenção. Logo, as intervenções utilizadas favoreceram a autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil.

## 6 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora as conclusões desse ECR tenham sido cautelosamente analisadas, existem limitações. Essas limitações influenciaram diretamente no prazo dessa coleta. São elas:

- a) Dificuldade para restabelecer contato telefônico com as mães após os dois meses, principalmente, no período chuvoso, tendo em vista alguns imprevistos; e para reencontrá-las durante a realização das visitas domiciliárias devido à distância e ao difícil acesso para realizar a segunda etapa da coleta, quando o contato telefônico não era realizado;
- b) Pesquisa unicêntrica.

É importante frisar que essas limitações podem ser administradas de forma diferente em futuras pesquisas. Para isso, algumas sugestões são feitas:

- a) Realização de novas pesquisas por períodos mais longos para verificar se a autoeficácia materna influenciou na rotina dessas mães com intuito de reduzir a diarreia infantil;
- b) Realização de pesquisas em outras cidades com a finalidade de possibilitar um comparativo entre a realidade da zona urbana e rural;
- c) Divulgação dessas intervenções educativas nas secretarias de saúde e UAPS a fim de proporcionarem estratégias para as equipes de saúde na realização de educação em saúde, bem como, no Programa Saúde na Escola (PSE);
- d) Capacitação de enfermeiros e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para utilização desse material, especialmente cartilha educativa, pela possibilidade de proximidade com as mães no momento da realização das visitas domiciliárias.

Mediante aplicabilidade dessas tecnologias, acredita-se que essa pesquisa traz contribuições para Enfermagem no que tange o direcionamento das ações de educação em saúde com as mães de crianças menores de cinco anos, favorecendo a redução da diarreia infantil.



## REFERÊNCIAS

- ABISSULO, C. M. F.; SILVINO, Z. R.; FEIJÓ, E. J.; FERREIRA, H. C.; FIGUEIREDO, R. C.; OLIVEIRA, L. F. Tecnologias educacionais facilitadoras do conhecimento das puérperas em relação ao aleitamento materno: revisão integrativa. **Research Gate**, v. 72, n. 10, p. 1-18, 2015.
- ABUCHAIM, E. S. V.; CALDEIRA, N. T.; LUCCA, M. M.; VARELA, M.; SILVA, I. A. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul. Enferm.**, v. 29, n. 6, p. 664-670, 2016.
- ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M. D.; CARVALHO, L. V. Análise do conceito de tecnologia de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/voY7NZ>>. Acesso em: 22 out. 2017.
- ALBUQUERQUE, A. F. L. L.; PINHEIRO, A. K. B.; LINHARES, F. M. P.; GUEDES, T. G. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1099-1106, 2016.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 57, p. 389-402, 2016.
- ANSARI, M.; IBRAHIM, M. I. M.; HASSALI, M. A.; SHNKAR, P. R.; KOIRALA, A.; THAPA, N. J. Mothers' beliefs and barriers about childhood diarrhea and its management in Morang district, Nepal . **BMC Research Notes**, v. 5, n. 576, p. 1-6, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/2X4HeD>. Acesso em: 15 out. 2017.
- ANSARI, S.; ABEDI, P.; HASANPOOR, S.; BANI, S. The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. **International Scholarly Research Notices**, v. 2014, p. 1-6, aug. 2014.
- ARRUDA, L. P.; MOREIRA, A. C. A.; ARAGÃO, A. E. A. Promoção da saúde: atribuições do enfermeiro como educador na estratégia saúde da família. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. 1, p.183-203, jun./nov. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/tJ6Y47>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- ASHAVER, D.; IGYUVE; S.M. The use of audio-visual materials in the teaching and learning processes in colleges of education in Benue State-Nigeria. **IOSRJOURNALS**, v. 1,n. 6, p.44-55, 2013.
- ASSUNÇÃO, A. P. F.; BARBOSA, C. R.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P.; TAVARES, I. C.; SABÓIA, V. M. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFPE [online]**, v. 7, n.11, p. 6329-6335, 2013.
- ATENCIO, R.; BRACHO, A.; PORTO, L.; CALLEJAS, D.; COSTA, L.; MONSALVE, F.

Síndrome diarreico por rotavirus em niños menores de 5 años inmunizados y no de La ciudad de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. **Kasmera**, v. 41, n. 1, p. 59-68, 2013.

AWASTHI, D. Utilising audio visual aids to make learning easy and effective in primary education. **International Journal of Scientific Research**, v. 3, n. 6, p. 62-63, 2012.

AZAGE, M.; KUMIE, A.; WORKU, A.; BAGTZOGLU, A. C. Childhood diarrhea in high and low hotspot districts of Amhara Region, northwest Ethiopia: a multilevel modeling. **J. Health Popul. Nutr.**, v. 35, n. 13, p.1-14, may. 2016.

AZZI, R. G.; POLYDORO S. A. J. **Auto-eficácia proposta por Albert Bandura – Algumas discussões**. In: Auto-eficácia em diferentes contextos. 1. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2008.

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

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

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

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

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

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

BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012.

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

BAUTISTA, G.; KOBAYASHI, R. M.; SIMONETTI, S. H. Ações educativas do Enfermeiro ao cardiopata mediado pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)\*. **J. Health Inform.**, v. 9, n. 2, p. 62-68, abr./jun. 2017.

BORGES, J. W. P.; SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; LOUREIRO, A. M. O; MENESES, A. V. B. Educação em saúde inclusiva: o enfermeiro como ledor de tecnologia educacional para um deficiente visual. **Cultura de los Cuidados**, v.20,

n.46, p.146-156, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/DkosN5>>. Acesso em: 01 Dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/XEzZbd>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. **Informe epidemiológico sobre diarreia infantil segundo município- 2016**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSCE> Acesso em: 15 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Morbidade Hospitalar do SUS** - por local de internação – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 07 Ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Morbidade Hospitalar do SUS** - por local de internação – Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS, 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niCE.def>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2013. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da República Federativa Brasileira]**, Brasília, DF, 2013.

BENEVIDES, J. L.; COUTINHO, J. F. V.; PASCOAL, L. C.; JOVENTINO, E. S.; MARTINS, M. C.; GUBERT, F. A.; ALVES, A. M. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 2, p. 309-316, 2016.

BIZERRA, R. L.; CARNAÚBA, J. P.; CHAVES, A. F. L.; ROCHA, R. S.; VASCONCELOS, H. C. A.; ORIÁ, M. O. B. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Rev. Eletron. Enf.**, v. 7, n. 3, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/fp2tkT>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BURKE, R. M.; REBOLLEDO, P. A.; EMBREY, S. R.; WAGNER, L. D.; COWDEN, C. L.; KELLY, F.M. The burden of pediatric diarrhea: a cross-sectional study of incurred costs and perceptions of cost among Bolivian families. **BMC Public Health**, v. 13, n. 708, p. 1471-2458, 2013.

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

BYSTROVA, K.; IVANOVA, V.; EDHBORG, M.; MATTHIESEN, A. S.; RANSJÖ-ARVIDSON, A. B.; MUKHAMEDRAKHIMOV, R.; UVNÅS- MOBERG, K.; WIDSTRÖM, A. M. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, v. 36, n. 2, p.97-109, 2009.

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

CHAVES, A. F. L.; LIMA, G. P.; MELO, G. M.; ROCHA, R. S.; VASCONCESLOS, H. C. A; ORIÁ, M. O. B. Aplicação de álbum seriado para promoção da autoeficácia materna em amamentar. **Rev. Rene**, v. 16, n. 3, p. 407-414, maio/jun. 2015.

CORDEIRO, L. I.; LOPES, T. O.; LIRA, L. E. A.; FEITOZA, S. M. S.; BESSA, M. E. P.; PEREIRA, M. L. D.; FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 808-815, jul./ago. 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/N4Xm14>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

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

CRUZ, F. O. A. M.; FERREIRA, E. B.; VASQUES, C. I.; MATA, L. R. F.; REIS, P. E. D. D. Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to radiation therapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n. e2706, 2016.

DAMSTRA, K. M. **Improving breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent through a prenatal education program**. 2012. (Dissertação de mestrado). Faculty of grand Valley State University. Doctor of Nursing Practice.Allendale, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/QhME36>>. Acesso em: 11 out. 2017.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016.

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

DODT, R. C. M.; FERREIRA, A. M. V.; NASCIMENTO, L. A.; MACEDO, A. C.; DODT, R. C. M.; JOVENTINO, E. S.; AQUINO, P. S.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 725-732, 2015.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIA, M. O. B. Validation of aflip chart for promoting breast feeding. **Acta Paul.Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para Autoeficácia da amamentação**. 2011. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

ENARSON, P. M.; GIE, R. P.; MWANSAMBO, C. C.; MAGANGA, E. R.; LOMBARD, C. J.; ENARSON, D. A.; GRAHAM, S. M. Reducing Deaths from Severe Pneumonia in Children in Malawi by Improving Delivery of Pneumonia Case Management. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. 1-13, 2014.

ESCOBAR, A. L.; COIMBRA, J. R. C. E. A.; WELCH, J. R.; HORTA, B. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. Diarrhea and health inequity among Indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. **BMC Public Health**, v. 15, n. 191, p. 1-11, 2015.

EZEONWU, B. U.; CHIMA, O. U.; OGUONU, T.; IKEFUNA, A. N.; NWAFOR, I. Morbidity and Mortality Pattern of Childhood Illnesses Seen at the Children Emergency Unit of Federal Medical Center, Asaba, Nigeria. **Ann. Med. Health Sci. Res.**, v. 4, n. supl 3, p. 239-244, Sep-Out.2014.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FONTES, A. P.; AZZI, R. G. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/JbN2Lv>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; MELLO, D. F.; SILVA, M. A. I.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 190-196, Rio de Janeiro, jan./mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100027)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FORTALEZA (Município). Prefeitura Municipal. **Regional V**. 2015b. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-V>>. Acesso em: 15 maio 2016.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L. L.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em Enfermagem. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.487-504, 2016.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_. **Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Centauro; 2001.

GAYAWAN, E.; ADARABIOYO, M. I.; OKEWOLE, D. M.; FASHOTO, S. G.; UKAEGBU, J. C. Geographical variations in infant and child mortality in West Africa: a geo-additive discrete-time survival modelling. **Genus**. v. 72, n. 5, p. 1-20, 2016.

GRUDNIEWICZ, A.; KEALY, R.; RODSETH, R. N.; HAMID, J.; RUDOLER, D.; STRAUS, S. E. What is the effectiveness of printed educational materials on primary

care physician knowledge, behaviour, and patient outcomes: a systematic review and meta-analyses. **Implement Sci.**, v. 10, n. 164, p. 2-12, Dec. 2015.

GUIMARÃES, C. M. S.; CONDE, R. G.; GOMES-SPONHOLZ, F. A.; ORIÁ, M. O. B.; MONTEIRO, J. C. S. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 109-15, 2017.

GUIMARÃES, F. A. B.; ASSIS, C.; VIEIRA, M. E. B.; FORMIGA, C. K. M. R. Avaliação de material didático elaborado para orientação de cuidadores e professores de creches sobre o desenvolvimento infantil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-40, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/bDbpYH>>. Acesso em: 22 set.2017.

HARTMANN-BOYCE, J.; LANCASTER, T.; STEAD, L.F. Print-based self-help interventions for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 3, n. 6, p. 1118, 2014.

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

INQUÉRITO AOS INDICADORES MÚLTIPLOS-MICS. **Monitorização da Situação da Criança e da Mulher**. Guiné Bissau, 2014. Disponível em: <[https://www.unicef.org/infobycountry/files/unicef\\_MICS\\_Guinea-Bissau\\_2014.pdf](https://www.unicef.org/infobycountry/files/unicef_MICS_Guinea-Bissau_2014.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Estatística do registro civil**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:<<https://goo.gl/CLGTs9>>. Acesso em: 29 out. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE. **Inquérito de indicadores básicos de bem-estar QUIBB – 2011**- Relatório Analítico. Luanda, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/1TKHVQ>>. Acesso em: 08 out. 2017.

\_\_\_\_\_. **MortalidadeRGPH**. Guiné Bissau, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/FYqKse>>. Acesso em: 21 out. 2017.

INTERNATIONAL VACCINE ACCESS CENTER (IVAC), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. **Pneumonia and Diarrhea Progress Report 2015**. Baltimore, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/Pjkfzg>>. Acesso em: 10 set. 2017.

INTERAMINENSE, I. N. C. S.; OLIVEIRA, S. C.; LEAL, L. P.; LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M. Tecnologias educativas para promoção da vacinação contra o papilomavírus humano: revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 1-10, 2016.

ITAKUSSU, E. Y.; FUJISAWA, D. S.; FRANCO, P. P. R.; SCHULTZ, A. R.; ANAMI, E. H. T.; KUWAHARA, R. M.; TRELHA, C. S. Elaboração de vídeo educativo sobre uso da malha compressiva após queimadura. **Rev. Bras. Queimaduras**, v. 13, n. 4, p.

236-239, 2014.

JAMA, N. A.; WILFORD, A.; MASANGO, Z.; COUTSODIS, A.; SPIES, L.; HORWOOD, C. Enablers and barriers to success among mothers planning to exclusively breastfeed for six months: a qualitative prospective cohort study in KwaZulu-Natal, South Africa. **Int. Breastfeed J.**, v. 12, n. 43, p.1-13, 2017.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

JOSEPH, T.; NAREGAL, P. A study to assess the effectiveness of health education on knowledge with reference to prevention and home management of diarrhoea among mothers of under five children in selected rural area at Karad Taluka. **IJSR**, v. 3, n. 7, p. 1329-1333, 2014.

JOVENTINO, E. S.; FERREIRA, A. M. V.; SOUSA, M. F. P.; PENHA, J. C.; ORIÁ, M. O. B.; ALMEIDA, P. C.; XIMENES, L. B. Educational video increases maternal self-efficacy for prevention of diarrhoea in young children: a randomised clinical trial. **Health**, v. 6, p. 2867-2874, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/MQRwwd>>. Acesso em: 21 mai. 2015.

JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; ARAÚJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SILVA, V. M.; XIMENES, L. B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, mar. 2011.

JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.

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

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/akR8Pv>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 185 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/UuHHMy>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

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

LEON, P. A. P.; NÓBREGA, M. M. L. Nursing diagnosis in hospitalized children using NANDA-I: case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n. 1, p. 68-77,

apr. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/6V3CrJ>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

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

LORENZETTI, J.; TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/iDJC2j>>. Acesso em: 17 set. 2017.

LIMA, A. C. M. A. C. C.; BEZERRA, K. C.; SOUSA, D. M. N.; ROCHA, J. F.; ORIÁ, M. O. B. Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 181-189, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n2/1982-0194-ape-30-02-0181.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

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

LISBÔA, E. S.; BOTTENUIT JUNIOR, J. B. B.; COUTINHO, C. P. Avaliação de aprendizagens em ambientes online: o contributo das tecnologias Web 2.0. **VI Conferência Internacional de TIC na educação**, Portugal: Universidade do Minho, 2009, p. 1765-1778. Disponível em: <<https://goo.gl/AtN59y>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

LIU, L.; JOHNSON, H. L.; COUSENS, S.; PERIN, J.; SCOTT, S.; LAWN, J. E. Child health epidemiology reference group of WHO and UNICEF: global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. **Lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2151-2161, jun. 2012.

MAITLAND, K. Management of severe paediatric malaria in resource-limited settings. **BMC Medicine**, v. 13, n. 42, p. 1-28, 2015.

MAMO, A.; HAILU, A. Assessment of Prevalence and Related Factors of Diarrhoeal Diseases among Under-Five Year's Children in Debrebirehan Referral Hospital, Debrebirehan Town, North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. **Open Access Library Journal**, v. 1, p. 1-14, apr. 2014.

MARQUES, D. K. A.; SOUZA, G. L. L.; SILVA, A. B.; SILVA, A. F.; NÓBREGA, M. M. L. Conjunto internacional de dados mínimos de Enfermagem: estudo comparativo com instrumentos de uma clínica pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 588-593, ago. 2014.

MARTINS, M. J. F. **Autoeficácia e Qualidade de Ensino em Professores Estagiários de Educação Física e Desporto Escolar**. 2014. 518 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Faculdade de Motricidade humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.



MASSARA, C. L.; MURTA, F. L. G.; MARTIN, J. E.; ARAÚJO, A. D.; MODERNA, C. M.; CARVALHO, O. S. Caracterização de materiais educativos impressos sobre esquistossomose, utilizados para educação em saúde em áreas endêmicas no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 575-584, jul.-set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00575.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

MATHEWS, S.; MARTIN, L. J.; COETZEE, D.; SCOTT, C.; BRIJMOHUN, Y. Child deaths in South Africa: Lessons from the child death review pilot. **South African Medical Journal**, v. 106, n. 9, p. 851-852, 2016.

MBUK, R. O. Towards the transformation of chemistry education in the nigeria colleges of education through the use of audio-visual materials. **Multidisciplinary Journal of Academic Excellence**, v. 15, n. 1, p.108-116, 2016.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA DO PLANO E INTEGRAÇÃO REGIONAL. **Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza (ILAP2)**. Guiné Bissau, 2011.

MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde- Misau. **Relatório da revisão do sector de saúde**. Moçambique, 2012. Disponível em: <[https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Mozambique/Mozambique\\_health\\_sector\\_review.2012.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Mozambique/Mozambique_health_sector_review.2012.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MOREIRA, A. P. A.; SABÓIA, V. M.; CAMACHO, A. C. L. F.; DAHER, D. V.; TEIXEIRA, E. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 4, p. 528-534, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/G2sbr5>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

MOREIRA, M. C. B.; BERNARDO, E. B. R.; CATUNDA, H. L. O.; AQUINO, P. S.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

MORIN, E. **Pour entrer dans Le XXIe siècle**. Seuil, Paris: Collection Points, 2004.

MOTLAGH, M. E.; HEIDARZADEH, A.; HASHEMIAN, H.; DOSSTDAR, M. Patterns of Care Seeking During Episodes of Childhood Diarrhea and its Relation to Preventive Care Patterns: National Integrated Monitoring and Evaluation Survey (IMES) of Family Health. Islamic Republic of Iran. **Int. J. Prev. Med.**, v. 3, n. 1, 2012.

MOURA, L. K. M.; LIMA, C. H. R.; SOUSA, F. D. L.; HONORATO, D. Z. S.; ROCHA NETA, A. S.; COSTA, K. R. F. O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. **Rev. Interd.**, v. 8, n. 1, p. 211-219, jan./ fev. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/YMFDdB>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

MUPARA, L. U.; LUBBE, J. C. Implementation of the Integrated Management of Childhood Illnesses strategy: challenges and recommendations in Botswana. **Glob. Health Action**, v. 9, n. 1, p.1-5, 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. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.

NASCIMENTO, D. S. F.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Internações por gastroenterite e diarreia de origem infecciosa presumível em crianças de zero a cinco anos de idade. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 1, p. 24-29, jan./ mar. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/HqpwiM>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

NASCIMENTO, L. A.; JOVENTINO, E. S.; ANDRADE, L. C. O.; GOMES, A. L. A.; XIMENES, L. B. Evaluation of educational vídeos produced in Brazil about in fant diarrhea: a documental study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 3, p. 311-320, 2014.

NASCIMENTO, L. A.; RODRIGUES, A. P.; JOVENTINO, E. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; XIMENES, L. B. Validation of Educational Video to Promote Self-Efficacy in Preventing Childhood Diarrhea. **Health**, v. 7, p. 192-200, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/oF5G4E>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

NHAMPOSSA, T.; MANDOMANDO, I.; ACACIO, S.; NHALUNGO, D.; SACOOR, C.; NHACOLO, A.; MACETE, E.; NHABANGA, A.; QUINTÓ, L.; KOTLOFF, K.; LEVINE, M. M.; NASRIN, D.; FARAG, T.; BASSAT, Q.; ALONSO, P. Health care utilization and attitudes survey in cases of moderate-to-severe diarrhea among children ages 0–59 months in the district of Manhica, Southern Mozambique. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v.89, n. sup1, p.41-48, 2013.

NÓBREGA, R. V.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 501-510, 2011.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; MACHADO, M. F. A. S.; COSTA P. N. P.; VIEIRA, N. F. C. A participação de agentes comunitários de saúde em grupo de educação em saúde. **Rev. Rene**, v.13, n.5, p.1084-1091, 2012.

ODE, E. O. Impact of audio-visual (avs) resources on teaching and learning in some selected private secondary schools in makurdi. **IJRHAL**,v. 2, n. 5, p.195-202, 2014.

OS OBJECTIVOS D E DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO, TIMOR-LESTE. **RELATÓRIO NACIONAL DE TIMOR-LESTE**. Díli, 2009.

OLIVEIRA, C. R.; NEVE, E. T.; RODRIGUES, E. C.; ZAMBERLAN, K. C.; SILVEIRA, A. Cateter central de inserção periférica em pediatria e neonatologia: possibilidades de sistematização em hospital universitário. **Esc. Anna Nery**, v. 18,n. 3, p.379-385, 2014.

OLIVEIRA, J. F.; AMARAL, J. B.; OLIVEIRA, K. F.; GONÇALVES, J. R. L. Avaliação do impacto da vacina oral contra rotavírus humano no brasil. **REAS**, v. 3, n. 1, p.106-114, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO–OIT;COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA -CPLP. **Estudo sobre a aplicação das Convenções n.º138 e n.º182 da OIT e suas recomendações na legislação nacional dos países da CPLP**. 1. ed. Genebra, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/Mn1RwT>>. Acesso em: 08 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de Avaliação 2011 países de língua portuguesa**. Genebra, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/iKz9Dd>>. Acesso: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Representação em Angola: Relatório de 2012-2013**. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/eAqHsQ>>. Acesso em: 30 out. 2017.

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

PAZ, M. G. A.; ALMEIDA, M. F.; GÜNTHER, W. M. R. Diarrhea in children and sanitation and housing conditions in periurban areas in the city of Guarulhos, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 188-197, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/vSX6xF>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

PEDUZZI, M.; GUERRA, D. A.; BRAGA, C. P.; LUCENA, F. S.; SILVA, J. A. M. S. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-134, 2009.

PENHA, A. A. G.; BARRETO, J. A. P. S.; SANTOS, R. L.; ROCHA, R. P. B.; MORAIS, H. C. C.; VIANA, M. C. A. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 3, p. 406-414, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/opUYWR>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PILLEGI, M. C.; POLICASTRO, A.; ABRAMOVICI, S.; CORDIOLI, E.; DEUTSCH, A.D. A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, v. 6, n. 4, p. 467-472, 2008.

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

PONTES, A. M.; LUCENA, K. D. T.; SILVA, A. T. M. C.; ALMEIDA, L. R.; DEININGER, L. S. C. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. **Saúde Debate**, v. 37, n. 97, p. 354-361, 2013.

QAZI, S.; ABOUBAKER, S.; MACLEAN, R.; FONTAINE, O.; MANTEL, C.; GOODMAN, T. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025 development of the integrated global action plan for the prevention and control of pneumonia and diarrhoea. **Arch. Dis. Child.**, v. 100, Suppl 1, p.23–28, 2015.

- RAMOS, M. F. H. **Modelo Social Cognitivo de Satisfação no Trabalho e Eficácia Coletiva: Percepções sobre a Docência**. 2015. 239 f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Pará, Belém, 2015. Disponível em: <<http://ppgtpc.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/teses/Maely%20Ramos%202015.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2017.
- RAZERA, A. P. R.; BUETTO, L. S.; LENZA, N. F. B.; SONOBE, H. M. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p.173-178, 2014.
- REGO, A. P.; LIMA, S. P.; COSTA, M. C. M. D. R.; SANTOS, L. M. C.; MEDEIROS, W. R.; CAVALCANTE, E. S. Conhecimento das mães de crianças internadas em um hospital universitário acerca da diarreia. **Rev. Rene**, v. 15, n. 1, p. 29-36, 2014.
- REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR-LESTE. **Os objectivos de desenvolvimento do milénio, Timor-Leste**. RELATÓRIO NACIONAL DE TIMOR-LESTE. Díli, 2009.
- RODRIGUES JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A.; CASTRO, R. C. M. B.; OLIVEIRA, P. M. P.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 1-11, 2017.
- RODRIGUES, A. P.; PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; XIMENES, L. B. Influence of Sociodemographic and Behavioral Conditions on Self-Efficacy in breastfeeding: a Cross-Sectional Study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 324-331, 2015.
- RODRIGUES, J. R.; STRINTA, L.; SILVESTRE, G. C. S. S.; ORMONDE JUNIOR, J. C.; BARROS, L. C. Diarreia em crianças menores de cinco anos em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 3, p. 594-601, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/XyXXGQ>>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- ROUX, D. M.; MYER, L.; NICOL, M. P.; ZAR, H. J. Incidence and severity of childhood pneumonia in the first year of life in a South African birth cohort: the Drakenstein Child Health Study. **Lancet Glob. Health**, v. 3, n. 2, 2015.
- SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Promoção da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/6wsnVD>>. Acesso em: 20 nov. 2016.
- SAHA, D.; AKINSOLA, A.; SHARPLES, K.; ADEYEMI, M. O.; ANTONIO, M.; IMRAN, S.; JASSEH, M.; HOSSAIN, M. J.; NASRIN, D.; KOTLOFF, K. L.; LEVINE, M. M.; HILL, P.C. Health Care Utilization and Attitudes Survey: Understanding Diarrheal Disease in Rural Gambia. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 89, n. 1 supl, p. 13-20, 2013.
- SALBEGO, C. **Tecnologias cuidativo-educacionais: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário**. 2016. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SALVADOR, P. T. C. O.; MARTINS, C. C. F.; ALVES, K. Y. A.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P. Análise de vídeos do youtube sobre eventos adversos. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 830-837, out./dez. 2014.

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

SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. S. Comunicação na hanseníase: a recepção de materiais educativos por profissionais e usuários do sistema único de saúde, no município do rio de janeiro, brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/1VZzS9>>. Acesso em: 07 ago. 2016.

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

SCHUNK, D. H. **Self- Efficacy, adaptation and adjustment**: teory, research, and application. New York: Plenum Press, 1995, p. 281-301.

SHARAF, M. F.; RASHAD, A. S. Socioeconomic Inequalities in Infant Mortality in Egypt: Analyzing Trends Between 1995 and 2014. **Soc. Indic. Res.**, v. 134, p. 1-15, 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-017-1631-3>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SHRIVASTAVA, S. R.; Shrivastava, P. S.; Ramasamy, J. Standardizing the assessment and management protocol of critically ill under-five children: World Health Organization. **Ann. Trop. Med. Public. Health.**, v. 9, n. 4, p. 215-216, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/qKpdrm>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

SILVA, E. G.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARÃES, T. M. R. O. Conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.

SILVA, M. A.; BUDÓ, M. L. D.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; GARCIA, R. P.; SEHNEM, G. D.; SILVA, D.C. Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 347-353, jun. 2014.

SILVA, R. C.; FINAMORE, E. C.; SILVA, E. P.; BARBOSA, V. J. O papel do enfermeiro como educador e pesquisador, e a integração entre prática baseada em evidências e educação permanente. **Percurso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 417-430, jul./dez. 2015.

- SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC.**, v. 15, n. 1, p.160-171, 2013.
- SIZIBA, I. P.; JERLING, J.; HANEKOM, S. M.; WENTZEL-VILJOEN, E. Low rates of exclusive breastfeeding are still evident in four South African provinces. **S. Afr. J. Clin. Nutr.**, v. 28, n. 4, p. 170-179, 2015.
- SIZIYA, S.; MUULA, A. S.; RUDATSIKIRA, E. Correlates of diarrhoea among children below the age of 5 years in Sudan. **Afr. Health Sci.**, v. 13, n. 2, p. 376-383, 2013.
- SOARES, P. B.; CARNEIRO, T. C. J.; CALMON, J. L.; CASTRO, L. O. C. O. Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre Tecnologia de Construção e Edificações na base de dados Web of Science. **Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-185, jan./mar. 2016.
- SOUTO, D. C.; JAGER, M. E.; PEREIRA, A. S.; DIAS, A. C. G. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Ciência & Saúde**, v. 7, n. 1, p. 35-46, jan./abr. 2014.
- SOUZA, E. F. C.; FERNANDES, R. A. Q. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. **Acta Paul. Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 465-470, 2014.
- TAHERI, Z.; MAZAHARI, M. A.; KHORSANDI, M.; HASSANZADEH, A.; AMIRI, M. Effect of Educational Intervention on Self-efficacy for Choosing Delivery Method among Pregnant Women in 2013. **Int. J. Prev. Med.**, v. 5, n. 10, p.1247-1254, Oct. 2014.
- TIMOR LESTE. Conselho Nacional para a Soberania, Segurança Alimentar e Nutricional em Timor-Leste (KONSSANTIL). **Plano de ação erradicação da fome e mal- nutrição em Timor-Leste**. Díli, 2014. Disponível em: [https://pafpnet.spc.int/attachments/article/558/TL\\_Zero%20Hunger%20Plan%20\(2015\)\\_Portugues.pdf](https://pafpnet.spc.int/attachments/article/558/TL_Zero%20Hunger%20Plan%20(2015)_Portugues.pdf). Acesso em: 03 nov. 2017.
- TRISTÃO, R. M.; NEIVA, E. R.; BARNES, C. R.; ADAMSON-MACEDO, E. Validação da escala percepção de autoeficácia da parentalidade materna em amostra. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 1-10, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/s4ejrB>>. Acesso em: 12 jun. 2017.
- UNITED NATIONS CHILDREN' FUND - UNICEF. **Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2013**. New York, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/JnSzNt>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- UNITED NATIONS CHILDREN' FUND - UNICEF. **Guiné Bissau- Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014**. Guiné Bissau, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/TM15EK>>. Acesso em: 08 out. 2017.
- UNITED NATIONS CHILDREN' FUND - UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child**. Report 2015. New York (NY). Disponível em: <<https://goo.gl/c10Jye>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

UNITED NATIONS CHILDREN' FUND - UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. New York, 2015.

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

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Agenda pela Infância 2015-2018**: Desafios e propostas Eleições, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/EaHmQb>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE ANGOLA - UCAN. **Relatório Social de Angola 2015**. 1. ed. Luanda, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/zGMqp3>>. Acesso em: 08 out. 2017.

VIANNA, T. F. **A Sexualidade em cartilhas educativas oficiais: uma análise cultural**. 2008. 70 f. Monografia (Graduação em Ciências Biológicas) – Centro de Ciências Biológicas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES – GRUPO INTERVENÇÃO - VÍDEO**

Cara Senhora,

Você está sendo convidada por Francisca Mayra de Sousa Melo, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Efeitos de Intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil em Redenção- CE”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito do uso de intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção- CE. 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.

Na própria Unidade de Atenção Primária a Saúde, antes da consulta pediátricas do(s) seu(s) filho(s), realizaremos uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora assistirá a um vídeo educativo falando sobre como evitar diarreia nas crianças e, posteriormente, entrará com seu filho na consulta pediátrica. Dois meses depois de a senhora ter assistido ao vídeo, ligaremos para o telefone da senhora e realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho e investigaremos se seu filho teve diarreia nesse intervalo de tempo. Ressalta-se a existência de outros grupos de mães que não terão a possibilidade de assistir ao vídeo educativo. A sua participação em um desses dois grupos ocorrerá de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de sorteio, sendo iguais as chances para todas as mães selecionadas.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para assistir ao vídeo e para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E,



finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

**Nome:** Emanuella Silva Joventino **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção **Telefone para contato:** (85) 3332-1414.

**Nome:** Francisca Mayra de Sousa Melo **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção **Telefone para contato:** (85) 3332-1414.

**ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira. Rua Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção Telefone: 3366-8344.**

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

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES –  
GRUPO INTERVENÇÃO – CARTILHA EDUCATIVA**

Cara Senhora,

Você está sendo convidada por Francisca Mayra de Sousa Melo, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Efeitos de Intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil em Redenção- CE”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito do uso das intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção- CE. 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.

Na própria Unidade de Atenção Primária a Saúde, antes da consulta pediátrica do(s) seu(s) filho(s), realizaremos uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora receberá a cartilha educativa para leitura falando sobre como evitar diarreia nas crianças e, posteriormente, entrará com seu filho na consulta pediátrica. Dois meses depois de a senhora ter feito a leitura da cartilha educativa, ligaremos para o telefone da senhora e realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho e investigaremos se seu filho teve diarreia nesse intervalo de tempo. Ressalta-se a existência de outro grupo de mães que terá a possibilidade de realizar a leitura da cartilha educativa. A sua participação em um desses grupos ocorrerá de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de sorteio, sendo iguais as chances para todas as mães selecionadas.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para leitura da cartilha educativa e para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade

ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

**Nome:** Emanuella Silva Joventino **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção. **Telefone para contato:** (85) 3332-1414.

**Nome:** Francisca Mayra de Sousa Melo **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção. **Telefone para contato:** (85) 3332-1414

**ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira. Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção. Telefone: (85) 3332-1414.**

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

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:

\_\_\_\_\_

Nome do pesquisador:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:

\_\_\_\_\_

Nome da

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:

testemunha: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura:

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES –  
GRUPO INTERVENÇÃO – VÍDEO E CARTILHA EDUCATIVA**

Cara Senhora,

Você está sendo convidada por Francisca Mayra de Sousa Melo, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Efeitos de Intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil em Redenção- CE”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito do uso das intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção- CE. 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.

Na própria Unidade de Atenção Primária a Saúde, antes da consulta pediátrica do(s) seu(s) filho(s), realizaremos uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Em seguida, a senhora assistirá ao vídeo educativo e realizará a leitura da cartilha educativa falando sobre como evitar diarreia nas crianças e, posteriormente, entrará com seu filho na consulta pediátrica. Dois meses depois de a senhora ter assistido ao vídeo educativo e feito a leitura da cartilha, ligaremos para o telefone da senhora e realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho e investigaremos se seu filho teve diarreia nesse intervalo de tempo. Ressalta-se a existência de outros grupos de mães que terá a possibilidade de assistir ao vídeo educativo e ler a cartilha educativa. A sua participação em um desses grupos ocorrerá de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de sorteio, sendo iguais as chances para todas as mães selecionadas.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para assistir ao vídeo e realizar a leitura da cartilha educativa e para responder a algumas perguntas relacionadas à sua confiança em prevenir diarreia em seu filho. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar

seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

**Nome:** Emanuella Silva Joventino **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62-790-000. **Telefone para contato:** (85) 3332-1414

**Nome:** Francisca Mayra de Sousa Melo **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62-790-000 **Telefone para contato:** (85) 3332-1414

**ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Avenida da Abolição, 3- Centro. Redenção. CEP: 62-790-000 Telefone: (85) 3332-1414.**

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

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES – GRUPO COMPARAÇÃO

Cara Senhora,

Você está sendo convidada por Francisca Mayra de Sousa Melo, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada **“Efeitos de Intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil em Redenção- CE”**. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é avaliar o efeito do uso das intervenções educativas para a promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção- CE. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices de diarreia infantil, repercutindo diretamente na redução da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Logo antes da consulta pediátrica do(s) seu(s) filho(s), na Unidade de Atenção Primária a Saúde, realizaremos no mesmo local, uma entrevista com a senhora, na qual você será convidada a responder algumas questões sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho. Dois meses depois de a senhora ter sido entrevistada, ligaremos para o telefone da senhora e realizaremos novamente as perguntas sobre sua confiança para prevenir diarreia em seu filho e investigaremos se seu filho teve diarreia nesse intervalo de tempo. Ressalta-se a existência de outros grupos de mães que assistirão a um vídeo educativo e/ ou lerão a uma cartilha educativa antes da consulta pediátrica. A sua participação em um desses grupos ocorrerá de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio de sorteio, sendo iguais as chances para todas as mães selecionadas.

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

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

mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

**Nome:** Emanuella Silva Joventino **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62-790-000. **Telefone para contato:** (85) 3332-1414

**Nome:** Francisca Mayra de Sousa Melo **Instituição:** Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira.

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3. Centro. CEP: 62-790-000. **Telefone para contato:** (85) 3332-1414

**ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira. Avenida da Abolição, 3- Centro CEP: 62-790-000. Redenção. Telefone: (85) 3332-1414.**

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

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO A - ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL (EAPDI)

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

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

<b>1</b>	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/ manipular os alimentos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>10</b>	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



	<b>1 = Discordo totalmente</b>	<b>2 = Discordo</b>	<b>3 = Às vezes concordo</b>	<b>4 = Concordo</b>	<b>5 = Concordo totalmente</b>
<b>13</b> 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
<b>14</b> Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso.	1	2	3	4	5
<b>15</b> Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira.	1	2	3	4	5
<b>16</b> Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário.	1	2	3	4	5
<b>17</b> Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados.	1	2	3	4	5
<b>18</b> Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa.	1	2	3	4	5
<b>19</b> Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro.	1	2	3	4	5
<b>20</b> 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
<b>21</b> Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes do meu filho andar/brincar no chão.	1	2	3	4	5
<b>22</b> Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa.	1	2	3	4	5
<b>23</b> 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
<b>24</b> 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



Especificar: \_\_\_\_\_

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

Outros: \_\_\_\_\_

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

A criança só mama

**25. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?**

1. Apenas ferve a água

2. Apenas filtra a água

3. Ferve e filtra a água

4. Trata com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: \_\_\_\_\_

5. Coa através de um pano

6. Outro tratamento. Especificar:

**26. Qual a localização das torneiras do domicílio?** 1. Cozinha 2. Banheiro 3. Quintal 4.

Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

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

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

**29. Qual o tipo de esgoto da casa?**

1. Rede pública

2. Fossa séptica/asséptica

3. Céu aberto

4. Desconhecido

5.

Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

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

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

### C. Saúde da Criança

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

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

**34. A criança possui alguma doença?** 1. Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

2. Não

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

**36. Você Amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?**

1. Menos de 1 mês

2. Até 1 mês

3. Entre 1 e 2 meses

4. 2 a 4 meses

5. Até 6 meses 5. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

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

### **SE RESPONDEU "NÃO", PULE PARA A PERGUNTA Nº 58.**

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

1. Joga fora o resto

2. Guarda para mais tarde em temperatura ambiente

3. Guarda para mais tarde no refrigerador

4. Oferece o conteúdo que sobrou para terceiros

5. Outros: \_\_\_\_\_

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

1. Lava com água

2. Lava com água e sabão

3. Ferve/Esalda o bico

4.

Ferve/Esalda o bico e a mamadeira 5.

Outros: \_\_\_\_\_

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

**41. Se sim, com qual frequência o faz?** 1. 1x na semana 2. 2x na semana 3. 1x ao dia 4. Após cada uso 5. Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

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

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

**43. Seu filho já apresentou algum episódio de diarreia?** 1. Sim 2. Não

**SE RESPONDEU “NÃO”, PULE PARA A PERGUNTA Nº 70.**

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

**47. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde?** 1. Sim 2. Não

**48. A criança alguma vez já foi internada em hospital devido à diarreia?** 1. Sim 2. Não 3. Desconhecido

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

**50. Realiza algum receita caseira quando a criança encontra-se com diarreia?** 1. Sim 2. Não

**51. Se sim, que receita caseira você realiza?** 1. Soro caseiro 2. Chá do olho da goiabeira 3. Fruta constipante. Qual? \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

**55. Quando a criança apresenta diarreia você:**

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

**56. Alguma das crianças menores de 5 anos, costuma receber cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)?** 1. Sim 2. Não

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

1. Comida mal cozida 2. Água contaminada 3. Comida gordurosa  
4. Quentura/calor 5. Dentição 6. Mãos e objetos sujos na boca 7. Desmame precoce 8. Susto ou mau-olhado 9. Gripe, virose, infecção  
10. Medicamentos 11. Vermes

12. Contaminação de alimentos por moscas, sujeira

13. Outros. Especificar:

\_\_\_\_\_ 14. Não sabe

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

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

1. Familiares 2. Enfermeiros 3. Médicos 4. Agentes comunitários de  
saúde 5. Televisão

6. Amigos e vizinhos 7. Rádio 8. Experiência pessoal 9. Palestras,  
cartazes nos serviços de saúde

10. Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO C - FORMULÁRIO II - ROTEIRO DE PERGUNTAS AO TELEFONE

**DATA DA APLICAÇÃO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. No último mês, seu filho 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?
2. Se sim, quantas vezes por dia, em média? Quantos dias?
3. Se sim, você levou-o a algum serviço de saúde? Qual?
4. Como eram as fezes?
  1. Líquida    2. Pastosa    3. Com sangue    4. Esverdeada    5. Amarelada    6. Outros:
5. Quando a criança apresentou diarreia, veio acompanhada por:
  1. Febre    2. Vômito    3. Muco nas fezes    4. Nenhum sinal ou sintoma
6. Quando seu filho apresentou diarreia, ele foi levado a algum serviço de saúde?
  1. Sim    2. Não
7. Se para o posto de saúde, quantas vezes você levou seu filho a esse serviço?  
\_\_\_\_\_ vezes
8. Se para o hospital, a criança ficou internada?    1. Sim    2. Não
9. A criança tomou algum medicamento/antibiótico, receitado pelo médico, para a diarreia? 1. Sim    2. Não    3. Não sabe
10. Realizou alguma receita caseira quando a criança estava com diarreia?    1. Sim    2. Não.
11. Se sim, que receita caseira você realizou? 1. Soro caseiro    2. Chá do olho da goiabeira    3. Fruta constipante. Qual? \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_
12. Você ofereceu Soro de Reidratação Oral (SRO), de pacotinho, para o seu filho?
  1. Sim    2. Não
12. Você recebeu visita de algum profissional de saúde ou do agente comunitário de saúde nesse mês?
  1. Sim    2. Não
13. Se sim, ele lhe deu alguma orientação sobre diarreia infantil?    1. Sim    2. Não

## ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA PARA PREVENÇÃO DA DIARREIA INFANTIL

**Pesquisador:** EMANUELLA SILVA JOVENTINO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56867316.0.0000.5576

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.764.429

#### Apresentação do Projeto:

O projeto aborda a promoção da autoeficácia materna, por meio de intervenção educativa (cartilha e vídeo), como estratégia para prevenção da diarreia infantil. Argumenta-se que possuir conhecimentos acerca dos fatores de risco e de proteção da diarreia pode não ser suficiente para que as mães sintam-se capazes de atuar diariamente na prevenção deste agravo em seus filhos, assim sendo a autoeficácia torna-se um conceito relevante a ser considerado em toda e qualquer estratégia de educação em saúde, pois atua buscando empoderar as pessoas a sentirem-se co-responsáveis e capazes de promover sua saúde, bem como de seus familiares e da comunidade.

#### Objetivo da Pesquisa:

- Primário: Avaliar o efeito do uso das intervenções educativas para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção-CE.
- Secundário: Verificar a autoeficácia materna antes e após a aplicação de intervenções educativas (vídeo educativo e cartilha educativa) em Redenção-CE. Comparar os escores de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil das mães que participaram das intervenções educativas (vídeo educativo e cartilha educativa) e das que não participaram no município de Redenção-CE. Identificar a ocorrência do episódio diarreico entre as crianças após a realização das

Endereço: Avenida da Abolição, 9

Bairro: Centro, Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENÇÃO

Telefone: (85)3333-1321

E-mail: [refe@unilab.edu.br](mailto:refe@unilab.edu.br)

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.754-429

Intervenções educativas (vídeo educativo e cartilha educativa) no município de Redenção-CE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O autor estima como risco o possível sentimento de fragilização da mãe ao ser questionada acerca da sua autoeficácia para prevenir diarreia em seu filho, no entanto prevê que este risco poderá ser minimizado pela esperada melhoria de sua autoeficácia e melhor capacitação para prestar os devidos cuidados preventivos ao seu filho, tratando-se de um aspecto passível de ser modificado em prol da saúde das crianças. É apontado como benefício o uso de tecnologias educativas pautadas nos princípios da Teoria da Autoeficácia como forma de contribuir para adoção de práticas mais saudáveis das mães e, conseqüentemente, para a prevenção da diarreia infantil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Possui relevância e pertinência uma vez que aborda a problemática da educação em saúde como meio para a promoção de saúde e melhoria das condições de vida da população. Discute adequadamente o tema fazendo referência a pesquisas e estudos que abordam a caracterização da educação em saúde como prática de prevenção e proteção, que engloba a informação, o desenvolvimento de competências e mudanças comportamentais saudáveis, especificando ainda os tipos de ação a serem desenvolvidos e os principais atores envolvidos. Os objetivos e metodologia estão claramente associados a hipótese, sendo a proposta de coleta e tratamento dos dados adequada aos resultados pretendidos. Trata-se de estudo experimental realizado a partir de intervenções educativas com grupos de mães crianças menores de cinco anos de idade abordadas no momento de atendimento nas Unidades de Saúde, as quais serão selecionadas por sorteio para a pesquisa e randomizadas para a composição dos grupos. Os instrumentos, um formulário sociodemográfico e uma Escala de Autoeficácia Materna para a Prevenção da Diarreia Infantil validada e com confiabilidade

comprovada, além de descritivos, encontram-se anexados. Mães com níveis de alfabetização que as limite na resposta aos instrumentos serão excluídas da amostra. Os dados serão analisados a partir de testes estatísticos apropriados com ajuda de programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 20.0 e de profissionais estatísticos. São apontados como resultados esperados a elevação da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil no município de Redenção-CE

a partir do uso das intervenções educativas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram redigidos e apresentados conforme determina os preceitos legais da

Endereço: Avenida da Abolição, 3  
Bairro: Centro-Redenção CEP: 62.795-000  
UF: CE Município: REDENCAO  
Telefone: (85)3332-1361 E-mail: reff@apressaca@unilab.edu.br



**UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA**



Continuação do Parecer: 1.784.429

pesquisa com seres humanos:

**Recomendações:**

Nada a declarar

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O estudo possui objetivos bem definidos, metodologia adequada e relevância para a população na qual se insere, sendo recomendada sua realização.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_665737.pdf	01/09/2016 10:27:13		Aceito
Outros	carta_de_anuência_com_carimbo.pdf	01/09/2016 10:26:41	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Outros	carta_de_anuência_carimabada_e_escaneada.pdf	01/09/2016 10:26:01	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_MAYRA.pdf	01/09/2016 10:25:26	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Outros	Curriculo_Brena.pdf	01/09/2016 10:24:58	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE_ESTE.pdf	01/09/2016 10:24:27	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL_VE_RSAO_CORRIGIDA.pdf	01/09/2016 10:24:12	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Cronograma	APENDICE_A_cronograma.pdf	01/09/2016 10:23:52	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Outros	DOCUMENTOS.PDF	08/06/2016 11:38:50	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Folha de Rosto	08061600.PDF	08/06/2016 11:33:13	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito
Outros	curriculo_lattes.pdf	18/02/2016 23:46:28	EMANUELLA SILVA JOVENTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

UF: CE

Telefone: (85)3333-1381

CEP: 62.795-000

Município: REDENÇÃO

E-mail: inf@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA  
INTEGRAÇÃO  
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 1.704.429

REDENCAO, 06 de Outubro de 2016

---

Assinado por:  
Rafaela Pessoa Moreira  
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3  
Bairro: Centro Redenção CEP: 62.795-000  
UF: CE Município: REDENCAO E-mail: rafaelapessoa@uniao.edu.br  
Telefone: (85)3332-1391

## ANEXO E - APROVAÇÃO DO REGISTRO BRASILEIRO DE ENSAIOS CLÍNICOS (REBEC)

[HOME](#) / [ENSAIOS REGISTRADOS](#) /

**RBR-8jczjm**  
**Intervenções Educativas para a Promoção da Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil**

Data de registro: 25 de Out. de 2017 às 15:51  
 Last Update: 25 de Jan. de 2018 às 14:42

**Tipo do estudo:**  
 Intervenções

**Título científico:**

Intervenções Educativas para a Promoção da Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil <span>PT-BR</span>	Educational Interventions for the Promotion of Maternal Self-Efficacy for the Prevention of Childhood Diarrhea <span>EN</span>
Confiança materna para prevenção da diarreia nas crianças menores de cinco anos de idade: pesquisa científica com diferentes Intervenções educativas <span>PT-BR</span>	Maternal trust for the prevention of diarrhea in children under five years of age: scientific research with different educational interventions <span>EN</span>

**Acrônimo científico:**

**Acrônimo público:**

**Identificadores secundários:**  
 56867316.0.0000.5576  
 Órgão emissor: Plataforma Brasil  
 1.764.429  
 Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

**Patrocinadores**

Patrocinador primário: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira (UNILAB)

**Patrocinadores secundários:**  
 Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira (UNILAB)

**Fontes de apoio financeiro ou material:**  
 Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira (UNILAB)

**Condições de saúde**

Condições de saúde ou problemas:

Diarreia infantil Tecnologia Educacional Autoeficácia <span>PT-BR</span>	Childhood diarrhea Educational Technology Self Efficacy <span>EN</span>
--	---

**Descritores gerais para as condições de saúde:**

C23: Condições patológicas, sinais e sintomas <span>PT-BR</span>	C23: Condiciones patológicas, signos y síntomas <span>ES</span>	C23: Pathological conditions, signs and symptoms <span>EN</span>
--	---	--

**Descritores específicos para as condições de saúde:**

C23.888.821.214.500: Diarreia Infantil <span>PT-BR</span>	C23.888.821.214.500: Diarreia Infantil <span>ES</span>	C23.888.821.214.500: Diarreia, Infantil <span>EN</span>
---	--	---

## Intervenções

### Categorias das intervenções

Other

### Intervenções:

PT-BR

Grupo comparação: 70 mães de crianças menores de cinco anos de idade; não foi aplicada nenhuma intervenção educativa por parte dos pesquisadores. Grupo intervenção I: 70 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 16 minutos e 20 segundos. Grupo intervenção II: 70 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que leram a cartilha "Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho". Grupo intervenção III: 70 mães de crianças menores de cinco anos de idade, que assistiram uma única vez, ao vídeo "Diarreia infantil: você é capaz de prevenir" e leram a cartilha "Você é capaz de prevenir a

EN

Comparison group: 70 mothers of children under five years of age; no educational intervention was applied by the researchers. Intervention group I: 70 mothers of children under five years of age, who attended, once, the video "Diarrhea in children: you can prevent", lasting 16 minutes and 20 seconds. Intervention group II: 70 mothers of children under five who read the primer "You are able to prevent diarrhea in your child." Intervention Group III: 70 mothers of children under the age of five, who attended a single time, the video "Child Diarrhea: You Can Prevent" and read the primer "You Can Prevent Diarrhea in Your Child."