

Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil

Emanuella Silva Joventino¹
Mônica Oliveira Batista Oriá²
Namie Okino Sawada³
Lorena Barbosa Ximenes⁴

Objetivo: descrever a validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. Método: este é um estudo metodológico com realização da validação aparente e de conteúdo por sete juízes; da análise semântica, por 30 mães de crianças menores de 5 anos e do pré-teste, por 31 mães, selecionadas por conveniência. Considerou-se necessária uma concordância de pelo menos 70% entre os juízes para a validação aparente e o mínimo de 80% para a pertinência e índice de validade de conteúdo. Resultados: verificou-se que a maioria dos itens foi considerada clara/compreensível e pertinente pelos juízes. O índice de validade de conteúdo final da escala foi de 0,96. As sugestões das mães foram acatadas. Conclusão: a escala ficou com 25 itens e dois domínios (higiene da família e práticas alimentares/gerais), que avaliam a autoeficácia materna para prevenir diarreia em seus filhos, contribuindo para o planejamento das intervenções de enfermagem.

Descritores: Diarreia Infantil; Autoeficácia; Pesquisa Metodológica em Enfermagem; Estudos de Validação.

¹ Doutoranda, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução

A diarreia infantil é a segunda principal causa de óbito entre crianças menores de 5 anos, vitimando cerca de 1,5 milhões de crianças por ano⁽¹⁾. No Brasil, de 1995 a 2005, ocorreram 39.421 mortes por diarreia e 1.505.800 internações associadas a essa doença, em crianças menores de um ano de idade⁽²⁾.

Os determinantes para a ocorrência de diarreia infantil são múltiplos, envolvendo, sobretudo, fatores comportamentais. Assim, reconhece-se o papel da família e, principalmente, da mãe nos cuidados prestados às crianças, tendo em vista que a doença diarreica infantil constitui-se no melhor exemplo de agravo, cujas complicações são efetivamente reduzidas graças ao conhecimento e à atitude das mães em relação ao adequado manejo da doença de seus filhos⁽³⁾.

Diante disso, além do conhecimento acerca das medidas preventivas de diarreia, faz-se premente considerar a autoeficácia materna nos cuidados prestados às crianças, pois a mesma atua nas pessoas, incentivando-as a transformarem suas ações, influenciando nos eventos que afetam suas vidas, na quantidade de esforço que será dispensada e de tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas⁽⁴⁾. A confiança em si mesmo não garante necessariamente o sucesso, mas sua falta certamente produz o fracasso⁽⁵⁾.

Assim, é importante conhecer a autoeficácia de cada indivíduo para que se intervenha adequadamente na confiança pessoal, identificando-se pessoas com baixos escores de autoeficácia e implementando-se estratégias que modifiquem essa percepção, com vistas a melhorar o ajustamento emocional, físico e social⁽⁶⁾.

Dessa forma, torna-se evidente a relevância do uso de instrumentos que avaliem a autoeficácia materna no que concerne à prevenção da diarreia infantil, promovendo a saúde da criança. Com isso, este estudo teve como

objetivo descrever a validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil (EAPDI).

Métodos

Trata-se de estudo metodológico que adotou os procedimentos psicométricos recomendados⁽⁷⁻⁸⁾ para construir a EAPDI, os quais incluem três polos específicos (teórico, empírico e analítico). Contudo, neste estudo, abordaram-se apenas os polos teórico e analítico, no que tange à validade aparente e de conteúdo, etapas também realizadas por outros autores⁽⁹⁾.

Buscou-se, inicialmente, a identificação e aprofundamento do construto "prevenção de diarreia infantil", etapa essencial para a construção de definições constitutivas e operacionais, precursoras da operacionalização dos itens e dos domínios que constituem o instrumento⁽⁷⁾. Essa etapa foi realizada pelo levantamento de publicações que mencionassem medidas preventivas de diarreia infantil, indexadas em quatro bases de dados⁽¹⁰⁾.

Após a explicitação teórica sobre o construto, bem como a definição do mesmo, prosseguiu-se com a elaboração dos itens e construção do instrumento. Ressalta-se que no levantamento bibliográfico realizado não se identificou nenhum estudo que abordasse a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, tampouco que mencionasse a construção ou uso de alguma escala ou instrumento de mensuração do referido construto.

Tendo em vista que, para se chegar à última versão da EAPDI, percorreram-se inúmeras etapas, as quais originaram seis versões diferentes da escala, optou-se por representar esse percurso metodológico por meio de um esquema que especifica cada versão da escala e sua respectiva quantidade de itens (Figura 1).

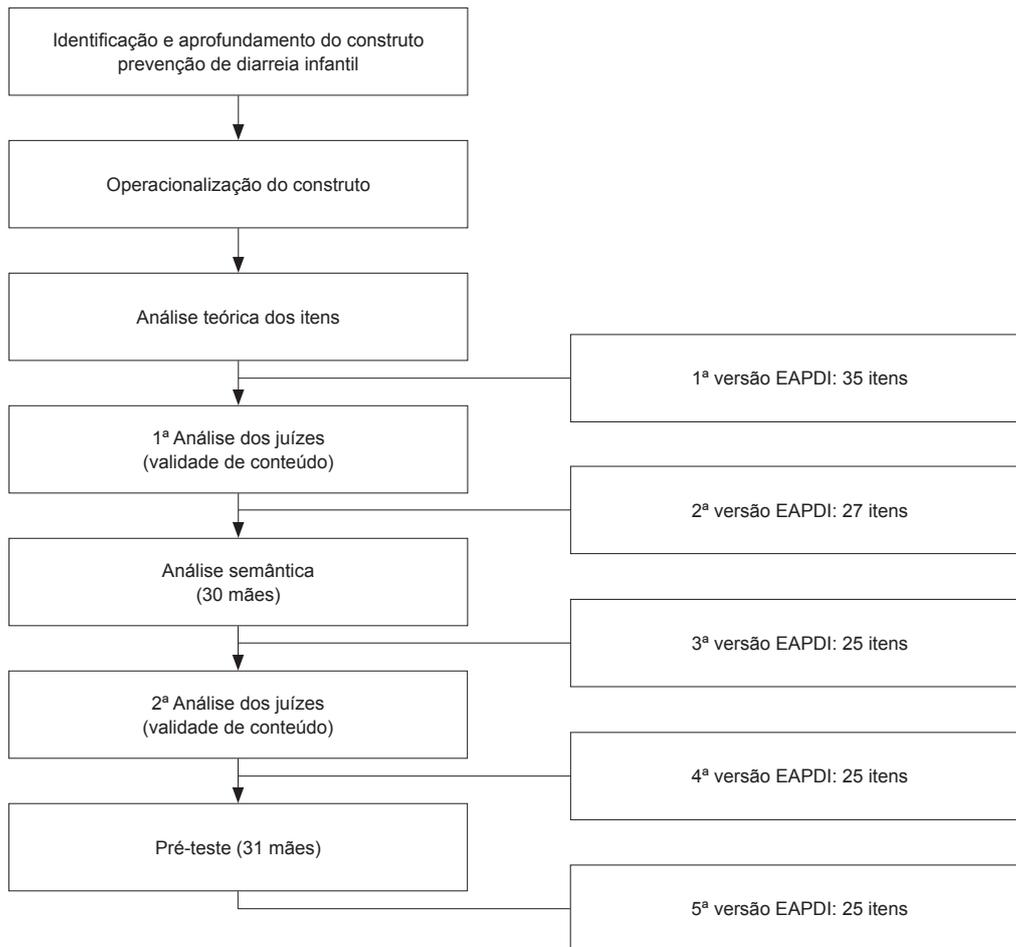


Figura 1 – Representação gráfica das etapas de construção e validação da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil (EAPDI). Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Para proceder à validação de conteúdo, faz-se premente a análise de cada item por um grupo de juízes, considerados especialistas no conceito em estudo, sendo suficiente um número de seis juízes⁽⁸⁾. Contudo, por meio da amostragem bola-de-neve, foi possível selecionar sete juízes, fato que facilitou o desempate de opiniões, esses atenderam à pontuação mínima de cinco pontos, de acordo com critérios adaptados para seleção de *experts*⁽¹¹⁻¹²⁾.

No instrumento de análise da primeira versão da escala, os 35 itens foram alocados de maneira que os juízes procedessem à avaliação quanto à sua clareza e compreensão, à relação dos itens com o construto da escala e com o domínio correspondente e à relevância de cada item (irrelevante, pouco relevante, realmente relevante e muito relevante)⁽¹³⁾. Além disso, nesse instrumento constava um local para sugestões dos juízes.

Em relação à validade aparente, consideraram-se como claros e compreensíveis os itens que obtiveram concordância de, pelo menos, 70% dos juízes⁽¹⁴⁾. Considerou-se pertinente e relevante (índice de validade de conteúdo - IVC) o item que alcançou 0,8 de concordância

entre os juízes, de modo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados da segunda versão do instrumento^(7,13).

Após a primeira versão do instrumento ter sido revisada criticamente pelos juízes, originou-se a segunda versão da escala (27 itens), que foi submetida à análise semântica, em julho de 2009, por 30 mães de crianças com idade abaixo de 5 anos, de Fortaleza-CE, sendo realizada por meio de visita domiciliar com o estrato mais baixo da população-alvo⁽⁷⁾.

Após essa etapa de análise semântica, foram realizadas algumas alterações nos itens da escala, tendo sido excluídos dois itens. Assim, a terceira versão da escala ficou constituída por 25 itens (Figura 1). A fim de obter nova adequação dos itens, optou-se por uma segunda fase de validação com os mesmos juízes da primeira fase, a qual foi considerada como uma análise por amostra sofisticada, para melhorar a formulação dos itens.

Realizadas as modificações sugeridas pelos juízes e considerando-se os IVCs de cada item, obteve-se a quarta versão da escala (25 itens), que foi submetida a um pré-

teste, sendo aplicada a outra amostra de 31 mães de crianças menores de 5 anos de idade.

Durante o pré-teste, as dificuldades e observações das mães foram consideradas pelos pesquisadores, suscitando reajustes e adequações, as quais originaram a quinta versão da escala, ou seja, o instrumento-piloto que permaneceu com 25 itens.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Protocolo nº 92/09, atendendo à Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Mediante a busca na literatura e a análise de 82 estudos, identificaram-se 35 definições operacionais de

medidas preventivas da diarreia infantil, dependentes do cuidado materno, as quais foram transformadas em itens precursores da EAPDI. Verificou-se que esses itens enquadravam-se em quatro domínios: higiene da criança (Figura 2), práticas alimentares (Figura 3), comportamento materno (Figura 4) e ambiente doméstico (Figura 5).

As opções de resposta da EAPDI ficaram graduadas por meio de uma escala tipo Likert (1- discordo totalmente, 2- discordo, 3- às vezes concordo, 4- concordo, 5- concordo totalmente), na qual a mãe deve responder escolhendo apenas uma opção, com o escore total determinado pela soma dos escores correspondentes em cada resposta, por item, de modo que o escore total pode variar de 25 a 125, sendo que as mães com maiores escores representam as que têm maior nível de autoeficácia para prevenir diarreia infantil.

1ª Versão		5ª Versão		
nº	Itens	nº	Itens	Domínio
1	Eu consigo que meu filho lave as mãos com sabão antes das refeições	1	Eu sou capaz de fazer com que meu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições	Práticas alimentares/gerais
12	Eu consigo dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia	9	Eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia	Higiene da família
14	Eu consigo evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca	11	Eu sou capaz de evitar que meu filho coloque objetos sujos na boca	Higiene da família
20	Eu posso fazer meu filho lavar as mãos após pegar em animais	Excluído: IVC<0,8		
23	Eu consigo manter as unhas do meu filho curtas e limpas	17	Eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário	Higiene da família
27	Eu sempre coloco para lavar a roupa que meu filho usou durante o dia	Excluído: IVC<0,8		
32	Eu consigo manter meu filho sempre calçado fora de casa	22	Eu sou capaz de manter a minha casa limpa antes de o meu filho andar/brincar no chão*	Higiene da família
		23	Eu sou capaz de manter meu filho calçado fora de casa	Higiene da família

*Item acrescentado após a 1ª análise dos juízes, na segunda versão da escala.

Figura 2 – Distribuição dos itens, segundo domínio higiene da criança, conforme a primeira versão da EAPDI, relacionados aos demais domínios na 5ª versão da EAPDI. Fortaleza, CE, 2010

1ª versão		5ª versão		
nº	Itens	nº	Itens	Domínio
2	Eu consigo lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio	2	Eu sou capaz de lavar as verduras e frutas com hipoclorito de sódio ou água sanitária	Práticas alimentares/gerais
3	Eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho	3	Eu sou capaz de observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho	Práticas alimentares/gerais
6	Eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos	6	Eu sou capaz de cobrir os alimentos e a água depois de me servir	Higiene da família
10	Eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira	Excluído: IVC<0,8		
11	Eu consigo amamentar meu filho por mais de 6 meses	8	Eu sou capaz de amamentar meu filho por mais de 6 meses	Práticas alimentares/gerais
19	Eu consigo oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida	14	Eu sou capaz de oferecer o aleitamento materno exclusivo para o meu filho nos seus primeiros 6 meses de vida	Práticas alimentares/gerais
31	Eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após ele deixar de mamar	21	Eu sou capaz de oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após ele deixar de mamar (ex.: frutas, verduras, carne, ovo, frango, arroz, feijão)	Práticas alimentares/gerais
35	Eu posso ferver ou filtrar a água de beber em casa	25	Eu sou capaz de ferver ou filtrar a água de beber ou comprar água mineral para oferecer ao meu filho	Práticas alimentares/gerais

Figura 3 – Distribuição dos itens, segundo domínio práticas alimentares, conforme a primeira versão da EAPDI, relacionados aos demais domínios na 5ª versão da EAPDI. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

1ª versão		5ª versão		
nº	Itens	nº	Itens	Domínio
4	Posso sempre lavar as mãos com sabão antes de preparar/manipular/comer alimentos	4	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de preparar/manipular os alimentos	Higiene da família
7	Posso manter sempre o meu cabelo limpo e bem amarrado enquanto estou preparando o alimento do meu filho	Excluído: IVC<0,8		
9	Eu posso acompanhar o crescimento e desenvolvimento do meu filho levando-o para o serviço de saúde	7	Eu sou capaz de levar meu filho ao serviço de saúde mesmo quando ele não está doente	Práticas alimentares/gerais
13	Eu consigo lavar as mãos com sabão antes de alimentar o meu filho	10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão antes de alimentar o meu filho	Higiene da família
15	Após o consumo dos alimentos, eu posso guardá-los na geladeira	12	Eu sou capaz de não oferecer para o meu filho a sobra de refeições anteriores	Práticas alimentares/gerais
16	Eu posso lavar as mãos após pegar em dinheiro	Excluído: IVC<0,8		
17	Eu posso sempre levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade	13	Eu sou capaz de levar o meu filho para se vacinar, até seus 5 anos de idade	Práticas alimentares/gerais
18	Eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir	Excluído: IVC<0,8. Não foi compreendido na etapa de análise semântica		
21	Eu sempre consigo ferver a mamadeira/chupeta/copo do meu filho	15	Eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso	Higiene da família
22	Eu posso lavar as mãos após mexer na lixeira	16	Eu sou capaz de lavar as mãos com água e sabão após mexer na lixeira	Higiene da família
26	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de ir ao banheiro	20	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de ir ao banheiro	Higiene da família
29	Eu consigo evitar que meu filho entre em contato com animais de rua	Excluído: IVC<0,8		
34	Posso sempre lavar as mãos com sabão depois de limpar o meu bebê quando ele faz xixi ou cocô	24	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão depois de limpar o meu filho, quando ele faz xixi ou cocô	Higiene da família

Figura 4 – Distribuição dos itens, segundo domínio comportamento materno na primeira versão da EAPDI, relacionados aos demais domínios na 5ª versão da EAPDI. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

1ª versão		5ª versão		
nº	Itens	nº	Itens	Domínio
5	Eu sempre consigo manter o local onde preparo a comida limpo	5	Eu sou capaz de manter limpo o local onde preparo a comida	Higiene da família
8	Eu sempre consigo lavar os objetos de cozinha da minha casa, logo após seu uso	Excluído: IVC<0,8		
24	Eu consigo descartar o lixo do meu domicílio em recipientes fechados	18	Eu sou capaz de jogar o lixo da minha casa em sacos amarrados	Higiene da família
25	Eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da cas.	19	Eu sou capaz de manter o meu domicílio limpo jogando o lixo fora da casa	Higiene da família
28	Eu consigo evitar insetos e ratos na minha cas.	Excluído: considerado irrelevante pelas mães na análise semântica		
30	Eu consigo manter as áreas da cozinha livre de restos de alimentos	Excluído: IVC<0,8		
33	Eu posso descartar o lixo sempre em local apropriado	Excluído: considerado repetitivo pelos experts		

Figura 5 – Distribuição dos itens, segundo domínio ambiente doméstico, conforme a primeira versão da EAPDI, relacionados aos demais domínios na 5ª versão da EAPDI. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Pode-se verificar que o domínio denominado “práticas alimentares” possuía oito (22,9%) itens, o “ambiente doméstico” era composto por sete (20%), o “comportamento materno” era formado por 13 (37,1%) e, por fim, o domínio “higiene da criança” tinha sete (20%) itens. Entre essas sugestões acatadas, encontra-se a exclusão do domínio comportamental, pois, por se tratar de uma escala de autoeficácia materna, todos os itens referiam-se à sua confiança em relação a diversos comportamentos preventivos, bem como retirar o domínio ambiente doméstico, tendo em vista que seus itens poderiam ser incluídos nos domínios restantes: higiene da família ou práticas alimentares/gerais.

Já com os 35 itens elaborados, conduziu-se a primeira validação de conteúdo pelos juízes. Participaram do estudo 7 juízes, cujas idades variaram de 33 a 55 anos ($m=40$; $DP\pm 7,2$), sendo cinco do sexo feminino (71,7%), os quais referiram experiência na área de diarreia de 3 a 30 anos ($m=12$) e três (42,9%) na construção de escalas. Todos os juízes eram mestres e cinco eram doutores em áreas de interesse do construto. Os sete juízes satisfizeram além do mínimo de pontos necessário, tendo obtido uma média de 11 pontos nos critérios.

Na análise quanto à validação aparente, a qual abordava a clareza e compreensão de cada item, não foram considerados claros nem compreensíveis pelos juízes os itens 3, 6, 10, 18, 25 e 31, pois apresentaram menos de 70% de concordância, sendo o item 18 considerado menos claro e compreensível pelos juízes ($n=3$; 42,9%); contudo, não foi excluído.

Quanto à pertinência de cada um dos itens à confiança materna na prevenção da diarreia infantil, verificou-se que, dos 35 itens, apenas o item 10 (eu consigo não

misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira) não foi considerado pertinente ao construto da escala, obtendo a concordância de apenas quatro juízes (57,1%).

No que concerne à relevância do item na escala, observou-se que a presença de 29 itens (82,9%) na escala foi considerada relevante pelos juízes; dessa forma, apenas seis itens (17,1%) deveriam ser retirados da escala, sendo eles os itens de número 7, 8, 10, 25, 27 e 29.

O cálculo do IVC global dessa primeira versão da escala resultou em 0,84, indicando que essa é representativa do conteúdo a ser estudado sobre a prevenção da diarreia infantil. Contudo, verificou-se que nove itens apresentaram valores de IVC individuais inferiores a 0,8 (7, 8, 10, 16, 18, 20, 27, 29, 30); por esse motivo, oito foram retirados da escala.

O item 18 (eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir) da primeira versão da escala, apesar de ter apresentado IVC inferior a 0,8, permaneceu na segunda versão da escala por ter sido considerado relevante para a prevenção de diarreia infantil, do ponto de vista da pesquisadora. Dessa forma, o mesmo foi submetido à análise semântica das mães para que, dependendo dos resultados encontrados, o mesmo fosse mantido ou excluído da escala.

Diante dos resultados obtidos, visando tornar adequados os itens considerados não claros e incompreensíveis, acatou-se boa parte das sugestões dos juízes, inclusive alguns itens que tinham alcançado níveis de concordância adequados foram reestruturados, buscando-se melhor entendimento dos mesmos.

Comparando-se os domínios escolhidos pelos juízes para cada item e os domínios identificados por meio do aprofundamento das definições operacionais, pode-se verificar que apenas sete itens (20%) não coincidiram em relação aos domínios (3, 8, 11, 15, 19, 21, 29). Assim, esses itens foram reformulados, visando deixar mais evidente o domínio relacionado, com exceção dos itens 8 e 29, os quais foram excluídos mediante o IVC inferior a 0,8.

Na análise semântica da EAPDI, envolvendo uma parcela da população-alvo, verificou-se que a idade média das mães foi de 31 anos, possuíam em média 8,3 anos de estudo, viviam em união consensual (n=20; 66,7%), moravam em domicílios com, em média, cinco moradores, com renda per capita de R\$160,00.

Ressalta-se que a grande maioria de sugestões das mães que participaram da etapa de análise semântica foi acatada. Salienta-se que uma das mães entrevistadas ofereceu uma sugestão considerada pertinente no que concerne ao conjunto dos itens, quando referiu que o fato de ela poder ou conseguir cumprir determinado comportamento não significa que ela realmente se ache capaz de exercer tal tarefa ou prática. Por esse motivo, na terceira versão da escala, todos os itens passaram a se iniciar por "eu sou capaz de". Dessa maneira, tornou-se evidente que a escala avalia a capacidade materna, a sua confiança, a sua autoeficácia e não outros construtos. Além disso, alguns itens da primeira versão da escala possuíam o termo "sempre", o qual foi retirado por sugestão dos juízes.

Algumas mães referiram que conseguiam manter as unhas do seu filho curtas e limpas devido ao fato de a criança roer suas unhas, hábito considerado fator de risco para a aquisição de verminoses e, conseqüentemente, de diarreia. Dessa forma, na terceira versão da escala, o item foi escrito de maneira mais objetiva: "eu sou capaz de cortar as unhas do meu filho quando necessário". Além disso, o item "eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir" foi retirado, pois gerou inúmeras dúvidas entre as mães, ratificando o achado de sua irrelevância conforme o $IVC < 0,8$.

Na segunda análise dos juízes, esses avaliaram apenas a relevância dos 25 itens remanescentes. Assim, a totalidade dos itens (n=25; 100%) foi considerada relevante por, pelo menos, 85,7% dos juízes, de modo que obteve o valor mínimo aceitável de 80% e, portanto, esses itens permaneceram na escala. Destaca-se que os demais itens foram ditos como de presença relevante na escala pela totalidade de juízes (n=7; 100%). O IVC total da escala passou de 0,86, na primeira análise dos juízes,

para 0,96, nessa segunda análise. Salienta-se que os intervalos identificados de IVC dos itens individualmente foram de 0,285 a 1, na primeira análise, e de 0,857 a 1, na segunda análise dos juízes.

Em seguida, a EAPDI foi submetida ao pré-teste de 31 mães que possuíam idade média de 32 anos, 8,5 anos de estudo, viviam em união consensual (n=19; 61,3%), sendo a maioria dona de casa (n=21; 67,7%). Em média, cada domicílio possuía cinco moradores, cuja renda per capita era de R\$138,54.

A aplicação da escala no pré-teste durou, em média, sete minutos. O item "eu sou capaz de dar, pelo menos, um banho no meu filho por dia" gerou algumas dúvidas entre as mães, pois muitas não davam atenção aos termos "pelo menos" e respondiam discordo totalmente ou discordo, mas logo após complementavam com o comentário "dou muito mais do que um banho no meu filho, o tempo aqui sempre é muito quente". Assim, o item passou a ser escrito da seguinte forma: "eu sou capaz de dar mais de um banho no meu filho por dia".

No que diz respeito ao item "eu sou capaz de esquentar a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso", algumas mães referiram que haviam assistido na televisão reportagens acerca de uma substância tóxica que se soltava do plástico das mamadeiras, quando essas eram submetidas a temperaturas elevadas. Com isso, o item passou a ser: "eu sou capaz de lavar com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo do meu filho após cada uso". Efetuadas as referidas alterações e considerando-se as validações aparente e de conteúdo, a quinta versão da escala, instrumento-piloto, permaneceu com 25 itens e dois domínios.

Discussão

Tendo em vista que inexistem escalas que associem as variáveis autoeficácia materna e prevenção de diarreia infantil, os achados não poderiam ser discutidos comparando-se com escalas semelhantes, por se tratar, assim, de um estudo inédito.

Na primeira análise dos juízes, o item 3 (eu posso observar o prazo de validade dos produtos, antes de oferecer para o meu filho) foi apontado como incompreensível pelos mesmos, mas foi modificado e mantido na escala devido à sua relevância para a prevenção da diarreia infantil apontada na literatura⁽¹⁵⁾, da mesma forma que os itens 6 (eu consigo cobrir os alimentos e a água em todos os momentos)⁽¹⁶⁾, 25 (eu consigo manter o meu domicílio sempre limpo descartando o lixo fora da casa)⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e 31 (eu consigo oferecer uma alimentação saudável para o meu filho após deixar de mamar)^(15,18).

O item 10 (eu consigo não misturar alimentos crus e cozidos na mesma prateleira da geladeira), aspecto citado por alguns autores como relevantes no contexto da diarreia infantil⁽¹⁹⁻²⁰⁾, tanto foi considerado de difícil compreensão quanto sem pertinência ao construto da escala, tendo sido retirado da EAPDI mediante IVC inferior a 0,8.

O item 18 (eu consigo lavar com água e sabão o recipiente de refrigerante e outras bebidas, antes de consumir)⁽¹⁶⁾, não excluído inicialmente da escala, apesar do IVC inferior a 0,8, foi retirado devido ao fato de existirem controvérsias acerca da possibilidade de contaminação microbiológica na face externa de embalagens de bebidas (garrafas de polietileno tereftalato – PET, latas de alumínio, embalagens de achocolatados, sucos e iogurtes, entre outros)⁽²¹⁻²²⁾.

Alguns itens que possuíam o termo “sempre” foram modificados, obedecendo ao critério da modalidade para a construção de instrumentos psicométricos⁽⁷⁾, de acordo com o qual devem ser evitadas frases com expressões extremadas, já que existe uma escala de Likert na qual o respondente poderá graduar sua escolha.

Durante o pré-teste, por sugestão das mães, o item 15 foi modificado devido ao fato de que ao submeter algumas mamadeiras a elevadas temperaturas, libera-se o Bisfenol A (BPA), interferente endócrino que pode ocasionar efeitos nas células pituitárias, pancreáticas e da próstata de camundongos, bem como nas células de câncer de mama humanas⁽²³⁾, predispondo à obesidade, síndrome dos ovários policísticos, hiperplasia do endométrio, abortos, diabetes e mau funcionamento do fígado, entre outros efeitos⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Conclusão

Conclui-se que a EAPDI mostrou-se uma escala válida do ponto de vista de face e conteúdo, devendo ser considerada no contexto da assistência como um instrumento capaz de avaliar a autoeficácia materna em realizar medidas preventivas de diarreia infantil. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de intervenções que levem em consideração a autoeficácia, já que esse aspecto é essencial para a adoção de comportamentos saudáveis na prevenção de diarreia infantil. Considerando-se a relevância do polo analítico, as demais propriedades psicométricas da EAPDI encontram-se em fase de avaliação para posterior publicação.

Referências

1. United Nations Children's Fund (UNICEF). World Health Organization (WHO). Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. Geneva: UNICEF/WHO; 2009.
2. Oliveira TCR, Latorre MRDO. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):102-11.
3. Vanderlei LCM, Silva GAP. Diarreia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(3):276-81.
4. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006;21(4):340-5.
5. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
6. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):135-40.
7. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
8. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):206-23.
9. Perpina-Galvan J, Richart-Martinez M, Cabanero-Martinez MJ, Martinez-Dura I. Content validity of the short version of the subscale of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):882-7.
10. Joventino ES. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil [dissertação]. Fortaleza (CE): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2010.
11. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johnson P. Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations. Philadelphia: JB Lippincott; 1994. p. 55-7.
12. Melo RP, Moreira RP, Fontenele FC, Aguiar ASC, Joventino ES, Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene*. 2011;12(2):424-31.
13. Polit D, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
14. Pupulim JSL. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2009.
15. Araújo MFM, Ferreira AB, Gondim KM, Chaves ES. A prevalência de diarreia em crianças não amamentadas ou com amamentação por tempo inferior a seis meses. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(1):76-84.
16. Graf J, Meierhofer R, Wegelin M, Mosler RH. Water disinfection and hygiene behaviour in an urban slum in Kenya: impact on childhood diarrhoea and influence of beliefs. *Int J Environ Health Res*. 2008;18(5):335-55.

17. Onyango-Oumaa W, Aagaard-Hansen J, Jensenc BB. The potential of schoolchildren as health change agents in rural western Kenya. *Soc Sci Med.* 2005;61(8):1711-22.
18. Guerrant R, Oriá RB, Moore SR, Oriá MO, Lima AA. Malnutrition as an enteric infectious disease with long-term effects on child development. *Nutr Rev.* 2008;66(9):487-505.
19. Leite LHM, Machado PAN, Vasconcellos ALR, Carvalho IM. Boas práticas de higiene e conservação de alimentos em cozinhas residenciais de usuários do programa saúde da família-Lapa. *Rev Ciênc Méd.* 2009;18(2):81-8.
20. Towns RE, Cullen RW, Memken JA, Nnakwe NE. Food safety-related refrigeration and freezer practices and attitudes of consumers in Peoria and surrounding counties. *J Food Prot.* 2006;69(7):1640-5.
21. Dantas ST, Silva N, Dantas FBH. External microbiological contamination of beverages packaging. *Braz J Food Technol.* 2006;9(3):193-9.
22. Dantas ST, Silva N, Soares BMC, Souza JL. Comparative evaluation of the microbiological quality of cans of beverages, with and without aluminum seals. *Braz J Food Technol.* 2009;12(1/4):249-56.
23. Vom Saal FS, Akingbemi BT, Belcher SM, Birnbaum LS, Crain DA, Eriksen M et al. Chapel hill bisphenol a expert panel consensus statement: integration of mechanisms, effects in animals and potential to impact human health at current levels of exposure. *Reprod Toxicol.* 2007;24(2):1-26.
24. Lang IA, Galloway TS, Scarlett A, Henl WE, Depledge M, Wallace RB et al. Association of urinary bisphenol A concentration with medical disorders and laboratory abnormalities in adults. *J Am Med Assoc.* 2008;300(11):1303-10.
25. Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Sonta S, Makino T, Suzumori K. Exposure to bisphenol a is associated with recurrent miscarriage. *Hum Reprod.* 2005;20(8):2325-9.

Recebido: 26.4.2012

Aceito: 21.11.2012

Como citar este artigo:

Joventino ES, Oriá MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Validación aparente y de contenido de la escala de autoeficacia materna para prevención de diarrea infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: / /];21(1):[09 telas]. Disponível em: _____

/ /
 dia ano
 mês abreviado com ponto

URL