



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE**

GLÁUCIA MARIA NÓBREGA ROCHA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O
CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

GLÁUCIA MARIA NÓBREGA ROCHA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O CUIDADO
DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Rocha, Gláucia Maria Nóbrega .
Construção e validação de tecnologia educativa para
o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro
[recurso eletrônico] / Gláucia Maria Nóbrega Rocha. -
2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 115 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do
Adolescente, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Edna Maria Camelo Chaves.

1. Prematuro. 2. Unidade de Terapia Intensiva
Neonatal. 3. Enfermagem Neonatal. 4. Alta
Hospitalar. 5. Estudos de Validação. I. Título.

GLÁUCIA MARIA NÓBREGA ROCHA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O CUIDADO
DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em: 18/12/2015

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves


Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz


Prof.^a Dr.^a Regina Cláudia Melo Dodt

Aos bebês prematuros genuínos guerreiros, que tão precocemente travam verdadeiras batalhas pela vida. Que mesmo tão pequeninos, conseguem nos encantar e despertar o amor.

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus, por tanto amor, força e bênçãos em minha vida.

Aos meus pais Odilon e Francisca, à minha sogra Socorro (in memoriam), pois, onde estiverem ficarão felizes com minha vitória.

Ao meu esposo Francisco e meu filho Yuri por fazerem parte da minha história como os amores da minha vida, e por contribuírem na realização deste sonho.

À minha orientadora Edna Camelo pela sabedoria, carinho, atenção, compreensão com que me apoiou nesses dois anos de estudo.

À amiga Fernanda Cavalcante que me incentivou, e me ensinou a dar os primeiros passos em direção ao mestrado.

À amiga Samara, pela valiosa colaboração em todos os momentos nos quais precisei.

À sobrinha Liana Mara, pelo exemplo de dedicação, sabedoria e pelo apoio recebido.

Às primas Verinha e Cassinha pela força e apoio no desenvolvimento deste trabalho. E pelos demais familiares que me incentivaram e me fortaleceram com suas orações.

Aos amigos, Douglas, Roselise, Marielle, Andréina, Ana Paula, Mariana Campos, Daniele, Isabel e Wislla pela ajuda no momento necessário.

Às professoras da banca examinadora pelas relevantes considerações.

Aos colegas de turma do mestrado pelos felizes momentos de convivência.

Às secretárias do mestrado Iara e Mary Anne pela atenção dispensada.

Às especialistas que sabiamente validaram a tecnologia educativa (folder).

Aos colegas da MEAC, pelo incentivo e contribuições na realização deste estudo.

Ao designer gráfico David que com seu talento criou a arte do folder.

Às mães do estudo que tanto contribuíram com suas respostas.

Aos RNs prematuros, razão maior de toda essa trajetória.

A todos que de alguma forma apoiaram ou auxiliaram na concretização deste estudo.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.

Paulo Freire

RESUMO

O nascimento de recém-nascidos prematuros traz a necessidade de organização das unidades para oferecer uma assistência de qualidade. A alta hospitalar é um momento muito esperado pelos pais, permeado pelo repasse de várias informações sobre os cuidados com o bebê. O presente estudo teve como objetivo construir e validar uma tecnologia educativa em enfermagem, tipo folder, direcionada para mães de prematuros internados em unidade neonatal, relativa aos cuidados domiciliares do bebê. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, desenvolvida em 03 fases subdivididas em 10 etapas. A amostra foi composta por 30 mães que estavam com seus filhos internados na unidade neonatal de um hospital público, e por 11 juízes/especialistas que realizaram a validação do folder. O estudo se desenvolveu de maio a outubro de 2015, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e formulário com escala do tipo Likert, com dados apresentados em gráficos e tabelas. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com número de protocolo 1.052.985. A maioria das mães participantes da pesquisa encontrava-se na faixa etária entre 20 – 35 anos (66,7%), realizaram mais de seis consultas no pré-natal (66,7%) e informaram não estar preparadas para cuidar do filho (60,1%). As dúvidas mais relatadas foram o banho (60%) e amamentação (56,7%). O índice de validação de conteúdo global pelos especialistas foi 92,96%. As mães avaliaram o folder como satisfatório às necessidades de orientações informou ter gostado de todos os tópicos. Concluiu-se que a tecnologia educativa poderá ser utilizada como ferramenta no momento da alta hospitalar, pois fornece informações que podem contribuir para a promoção dos cuidados domiciliares dos recém-nascidos prematuros.

Palavras chave: Prematuro. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Enfermagem Neonatal. Alta Hospitalar. Cuidados Domiciliares. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The birth of premature newborns brings the need for organization of the units to provide quality care. The hospital is a moment long awaited by parents, permeated by the transfer of several information on baby care. This study aimed to construct and validate an educational technology in nursing, type folder, directed to mothers of premature infants admitted to the neonatal unit, relative to household baby care. It is a methodological development research, developed in 03 phases divided into 10 steps. The sample consisted of 30 mothers who had their children admitted to the neonatal unit of a public hospital, and 11 judges / experts who carried out the folder validation. The study was conducted from May to October 2015, through a semi-structured interview guide and form with Likert scale, with data presented in graphs and tables. It was approved by the Research Ethics Committee, protocol number 1052985. Most mothers participating research are aged between 20-35 years (66.7%), performed over six visits in prenatal care (66.7%) and reported not be prepared to care for the child (60.1%). The most frequently reported doubts were bathing (60%) and nursing (56.7%). The overall content validity index by experts was 92.96%. Mothers rated the folder as satisfactory Guidelines needs reported to have enjoyed all topics. It was concluded that educational technology can be used as a tool at the time of hospital discharge, because it provides information that can contribute to the promotion of home care of premature newborns.

Key words: Premature, Neonatal Intensive Care Unit, Neonatal Nursing, Hospital Discharge, Home Care, Validation Studies.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Descrição da idade materna do público alvo. Fortaleza-CE. 2015.....	84
Gráfico 2 – Descrição do peso ao nascer dos RNs, Fortaleza-CE, 2015.....	85
Gráfico 3 – Unidade de internação do RN Fortaleza-CE. 2015.....	86
Gráfico 4 – Tempo de permanência do RN na unidade neonatal Fortaleza-CE. 2015.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de seleção para especialistas da validação de conteúdo e aparência do <i>folder</i>	59
Quadro 2 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto aos objetivos do folder, programa de pós-graduação em Enfermagem / Mestrado / UFC, 2015.....	79
Quadro 3 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto à estrutura e apresentação do folder, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2015.....	80
Quadro 4 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto à relevância do folder, programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2015.....	82
Quadro 5 – Apresentação das modificações sugeridas pelos especialistas	83
Quadro 6 – Descrição das impressões e sugestões em relação ao folder.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães participantes do estudo. Fortaleza-CE. 2015.....	65
Tabela 2 – Condições da gestação e parto dos prematuros. Fortaleza-CE. 2015.....	69
Tabela 3 – Descrição das variáveis em relação ao contato, amamentação e orientação das mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal. Fortaleza – CE. 2015.....	72
Tabela 4 – Descrição das dúvidas apresentadas pelas mães na alta hospitalar. Fortaleza- CE. 2015.....	76
Tabela 5 – Distribuição dos escores obtidos do folder pelo público alvo na unidade neonatal. Fortaleza-CE. 2015.....	87

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AIG	Adequado para a Idade Gestacional
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BPN	Baixo Peso ao Nascer
IVC	Índice de Validação de Concordância
MMC	Método Mãe Canguru
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Prematuro
RNBP	Recém-Nascido de Baixo Peso
RNMBP	Recém-Nascido de Muito Baixo Peso
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Tecnologia Educativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITU	Infecção do Trato Urinário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	25
2.1	GERAL.....	25
2.2	ESPECÍFICOS.....	25
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	O RECÉM-NASCIDO PREMATURO.....	27
3.2	A ALTA HOSPITALAR DO PREMATURO.....	32
3.3	O CUIDADO DO RN PREMATURO.....	32
3.3.1	Os cuidados com a amamentação	35
3.3.2	Os cuidados com o banho	37
3.3.3	Os cuidados com engasgo	39
3.3.4	Os cuidados com a troca de fralda	40
3.3.5	Os cuidados com as visitas	40
3.3.6	Os cuidados com o ambiente	41
3.3.7	Cuidados gerais	41
3.4	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	42
3.4.1	O folder	45
4	METODOLOGIA	49
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	50
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	52
4.4	COLETA DE DADOS.....	53
4.5	PERÍODO E FASES DO ESTUDO.....	54
4.5.1	Fase 1- Construção do folder	55
4.5.2	Fase 2: Validação do folder por juízes especialistas	58
4.5.3	Fase 3: disponibilização do folder	61
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	62
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5.1	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DAS MÃES	65
5.2	VALIDAÇÃO DOS ESPECIALISTAS.....	78
5.3	AVALIAÇÃO DAS MÃES A RESPEITO DO FOLDER.....	84

6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
7	RECOMENDAÇÕES.....	92
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	107
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES.....	109
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES.....	110
	APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA AS MÃES ADOLESCENTES.....	111
	APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES.....	112
	APÊNDICE F – CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES.....	113
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)	114
	APÊNDICE H – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ESPECIALISTAS)	115
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DE MATERIAL EDUCATIVO A SER APLICADO ÀS MÃES.....	118
	APÊNDICE J – FOLDER COMO CUIDAR DO SEU FILHO.....	120
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	122
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	123

1 INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança prematura é um ato permeado por sentimentos e expectativas. Quando a criança nasce de modo inesperado a família e, em especial, a mãe vivencia situações marcadas pela dúvida, medo e ansiedade. A mãe, diante da prematuridade não se sente preparada para cuidar do filho. Isso gera a necessidade de cuidados específicos ao recém-nascido e sua família.

A prematuridade é uma realidade mundial que demanda a articulação de estratégias para o seu enfrentamento, sobretudo em relação à participação da família no contexto da assistência hospitalar (SANTOS *et al.*, 2012). No mundo nascem anualmente 20 milhões de crianças prematuras, destes, um terço morre antes de completar um ano de idade. Atualmente em todas as regiões do Brasil, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) é o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir da década de 1980, representando entre 60% a 70% dos óbitos infantis (BRASIL, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o recém-nascido prematuro é aquele que nasce com até 36 semanas e seis dias de gestação (BRASIL, 2011). De acordo com a idade gestacional, o RN pré-termo pode ser classificado como limítrofe (entre 35 e 36 semanas), moderado (entre 31 e 34 semanas) e extremo (inferior a 30 semanas). Em relação ao peso ao nascer, pode ser classificado como de baixo peso (inferior a 2500 g), de muito baixo peso (inferior a 1500g) e de elevado baixo peso (inferior a 1000 g) (BOTÊLHO *et al.*, 2012).

O RN prematuro é uma criança de alto risco que para alcançar um desenvolvimento satisfatório necessita de cuidados maternos específicos após a alta hospitalar e por um longo período de tempo (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

A prevalência de partos prematuros no Brasil é de 11,7% em relação a todos os tipos realizados no país. Este percentual o coloca no mesmo patamar de países de baixa renda cuja prevalência é 11,8%. Verifica-se ainda um aumento do nascimento de prematuros, apesar da redução da mortalidade infantil. Dados do SINASC (MS) mostram um crescimento de 11,7% entre os anos de 2000 e 2010. O

Brasil é o décimo país onde nascem mais prematuros. A região Nordeste ocupa a quarta posição nos percentuais de prematuridade (BRASIL, 2013).

Os nascimentos de prematuros são mais incidentes em classes socioeconômicas menos favorecidas e vários fatores estão associados à ocorrência dos mesmos, tais como, hipertensão materna, aborto, partos prematuros anteriores, baixa estatura, baixo peso materno, gestações múltiplas, desnutrição materna e carência ou ausência de assistência médica.

A prematuridade, muitas vezes, é compreendida pelos profissionais de saúde como um fenômeno específico do recém-nascido, deixando de valorizar um paradoxo de sentimentos que cercam a mãe também prematura e que sofre as dificuldades de não poder desfrutar, neste momento, do contato com seu filho, de tê-lo nos braços e acariciá-lo em sua chegada ao mundo (SOUZA *et al.*, 2012).

A internação de um bebê em UTIN é considerada uma crise. A hospitalização de um filho logo após seu nascimento pode ser vista pelas mães e por toda a família como o pior acontecimento de suas vidas. É marcada por uma série de emoções, sentimentos e conflitos (MARTINS; OLIVEIRA, 2010). Muitas vezes, as dificuldades enfrentadas podem passar despercebidas pelos profissionais que assistem ao recém-nascido, uma vez que estão envolvidos com o aparato tecnológico e com as especificidades presentes na unidade neonatal.

Ao vivenciar o nascimento de um filho prematuro, a mãe sofre aflições decorrentes de dúvidas, do risco de morte, de não se sentir preparada para assumir os cuidados maternos, do medo da alta, entre outros sentimentos negativos. Ela passa a viver exclusivamente em função da recuperação de seu filho.

Portanto, Os estudiosos no assunto, reconhecem ser um grande desafio para a mãe conciliar o cuidado ao filho pré-termo com o desempenho de outros papéis sociais (BLOMQVIST; NYQVIST, 2011).

Assim, a hospitalização representa uma experiência estressante, traumática e preocupante que afeta toda a estrutura familiar. A mãe de um prematuro vivencia o medo, a ansiedade, além das dificuldades e das repercussões que a hospitalização provoca na vida da criança, da família e do seu cotidiano

(CAMPOS *et al.*, 2008; ELEUTÉRIO *et al.*, 2008; ARRUDA; MARCON, 2010; MARTINS; OLIVEIRA, 2010; RAPOPORT; PICCININI; 2011; SIQUEIRA; DIAS, 2011).

A falta de informação e conhecimento prévio da UTI neonatal gera insegurança e medo, sendo o ambiente considerado assustador (MELO; SOUZA; PAULA, 2012).

A mãe, como sujeito desse contexto, precisa ser considerada como um ser único, dotada de sentimentos e de valores. Seu bem-estar físico, psicológico, social e afetivo deve ser proporcionado e mantido através de uma atenção humanizada. Dessa forma, o binômio mãe-filho precisa de uma assistência amigável e acolhedora, na qual as mães se percebam como alvo do cuidado da equipe neonatal.

Diante da crescente necessidade de recursos tecnológicos para garantir a sobrevivência dos prematuros, a Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro define que “toda criança prematura tem o direito ao tratamento instituído pela ciência, sem nenhum tipo de distinção”. Sendo assim, todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada para atuar em prol do seu desenvolvimento (TAVARES, 2009).

Em paralelo ao aumento das taxas de prematuridade, os avanços tecnológicos na neonatologia têm favorecido a sobrevida dos neonatos prematuros. As modernas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são bem equipadas, dispõem de pessoal especializado, o que contribui para a sobrevida dos bebês de alto risco (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010; BOTÊLHO *et al.*, 2012; ANTUNES; NASCIMENTO; 2013).

O Brasil vem investindo, há alguns anos no atendimento das demandas na área da saúde da criança, em especial, da prematura. Vem trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada ao bebê prematuro e de baixo peso. Assim, integra o grupo dos 191 países que assinaram a Declaração do Milênio (OMS), cuja meta é melhorar as condições de vida da população mundial até 2015, com destaque para a redução da mortalidade dos menores de cinco anos.

Dentre as políticas públicas implementadas, vale destacar o Método Canguru e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a Rede Cegonha.

No contexto da UTIN, o cuidado é exercido de forma intensa. Muitas vezes, em situação de urgência, o neonato é totalmente dependente de cuidados específicos da equipe multiprofissional, em um ambiente hostil, onde é submetido a muitos procedimentos técnicos invasivos e dolorosos, estando distante do meio familiar. Tudo isso, resulta em sofrimento para o pequeno ser, que ao sair inesperadamente do meio intrauterino, que é seguro e protegido, passa por um choque ao ser submetido a uma sequência de múltiplos manuseios e procedimentos.

Os cuidados em UTIN precisam resultar em uma assistência de qualidade, articulando-se os progressos tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria do ambiente onde se presta o cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2009). Devem ser prestados observando-se sempre o respeito às individualidades, a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família (ROCHA; FERREIRA, 2013).

É no contexto familiar que o RN prematuro recebe os cuidados e influências para sua recuperação e seu desenvolvimento. Normalmente as crianças egressas de uma UTIN sofrem um impacto quando chegam ao domicílio, pois este geralmente não tem infraestrutura adequada, sem contar com o possível despreparo da mãe, que será sua principal cuidadora (FONSECA; MARCON, 2011; BOTELHO *et al.*, 2012).

As pesquisas mostram que as mães sempre relatam a importância de serem capacitadas durante o período de internação de seus filhos. Dando muita importância aos ensinamentos recebidos sobre os cuidados maternos no ambiente domiciliar (NASCIMENTO, 2012; FROTA, 2013).

O cuidado centrado na família deve considerar os aspectos sociais, emocionais e psicológicos, levando também em conta as dificuldades que surgem ao longo da internação neonatal. As dificuldades identificadas pelos profissionais devem ser solucionadas com o apoio contínuo permeado pelas atividades de

educação em saúde, capazes de promoverem um cuidado seguro e adequado às necessidades do bebê. Trata-se de uma abordagem com contribuições para o bem-estar parental e familiar, para o empoderamento das famílias e estabelecimento de confiança e competência no cuidado à criança (COCKCROFT, 2012).

O cuidado domiciliar pode ser entendido como uma modalidade de assistência em saúde, que busca envolver a família na assistência ao RN sem deixar de responsabilizar o Sistema de Saúde (COUTO; PRAÇA, 2012).

Reconhecendo o valor do cuidado integral à criança, e em especial a prematura, constata-se a importância de preparar a mãe para os cuidados domiciliares do RN após a alta. Ressalta-se a necessidade de desenvolver tecnologias educativas para a aplicação junto a esse público alvo, durante o período de internação, desde a admissão, no intuito de promover as ações educativas, preparando o binômio mãe-filho para a alta.

Os estudos ressaltam a importância da participação da mãe nos cuidados diários do seu bebê na UTIN, para favorecer o vínculo mãe e filho. As mães podem superar o medo e a insegurança de cuidar do seu bebê, com o apoio dos profissionais de saúde que lhe transmitem confiança e motivação no desempenho das atividades diárias (SIQUEIRA; DIAS, 2011).

Nos dias atuais, tem se tornado cada vez mais desafiador aos enfermeiros prestar um cuidado consistentemente seguro ao paciente e de alta qualidade, especialmente pelo volume de informações ainda desestruturadas, heterogêneas e desintegradas, que permeiam o cuidado, além das inúmeras demandas de tempo para avaliação clínica adequada exigida no cuidado em saúde (BAGGIO; ERDMANN; SASSO, 2010).

Outro problema que ocorre com frequência na transição da UTIN ao domicílio sentida pelas famílias na atenção primária à saúde é a falta de referência que garanta o pronto atendimento nas intercorrências com o RN e/ou nas inseguranças na prática dos cuidados. Cabe destacar a necessidade de um trabalho em rede para evitar a escassez de articulação entre os serviços de saúde, com mais

clareza de seus papéis no acompanhamento dessas famílias, contribuindo para o cuidado integral e longitudinal (CUSTÓDIO *et al.*, 2013).

O manejo da transição do prematuro para o domicílio é fase crítica que requer apoio social. O profissional de saúde tem papel relevante nesse processo, em que competências relacionais e comunicacionais são imprescindíveis (LOPES; ANDERSON; FEUTCHINGER, 2012).

Os cuidados neonatais devem ser prestados observando-se sempre o respeito às individualidades, a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família (ROCHA; FERREIRA, 2013).

A equipe de enfermagem exerce um papel fundamental na assistência ao binômio mãe e filho, pois presta-lhes assistência direta e contínua. Os enfermeiros neonatais são os profissionais que mais têm contato com as mães, tendo mais oportunidade para assisti-las durante a delicada experiência da prematuridade (CARMONA *et al.*, 2013). No contexto das relações profissionais, a equipe de enfermagem da UTIN permanece como uma referência para a família/mãe em casos de dificuldades com o cuidado à criança (SOUZA *et al.*, 2010).

O enfermeiro dentro do contexto hospitalar pode utilizar a presença da mãe e dos familiares na unidade neonatal como uma oportunidade para ensinamentos, que proporcionem mudanças positivas, amenizando estresses, potencializando a experiência com a construção de resultados que favoreça o binômio mãe e filho (COUTO; PRAÇA, 2012).

A educação utilizada no processo de promoção da saúde oferece subsídios para o enfrentamento dos problemas e incrementa a formação social dos cidadãos. Os diversos instrumentos de educação em saúde, usados na prática da informação, devem ser repassados de forma sistemática, sequencial, lógica, planejada e com embasamento científico, favorecendo duas operações interdependentes, o ensino e a aprendizagem (ALMEIDA *et al.*, 2014).

O processo de educação em saúde deve ser desenvolvido respeitando-se uma relação igualitária entre educando e educador. Desse modo, é possível incorporar o empoderamento de indivíduo e comunidade, tornando-os mais

autônomos e competentes para fazer escolhas informadas (SOUSA *et al.*, 2008; LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009; BACKES *et a.*, 2009).

Nas práticas da promoção da saúde, o enfermeiro pode dispor de uma variedade de tecnologias para exercer com criatividade a arte de cuidar, dentre elas, as tecnologias educativas. Tais tecnologias devem ser utilizadas de modo a estimular a participação do sujeito no processo educativo promovendo a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos (MARTINS *et al.*, 2011).

As tecnologias educacionais são vistas como técnicas não convencionais para os cuidados de enfermagem neonatal. Quando as tecnologias são associadas ao saber científico, voltadas para as necessidades do contexto neonatal, funcionam como importantes instrumentos para a construção de um novo olhar para a promoção do cuidado (NASCIMENTO, 2012).

As tecnologias são um conjunto de ferramentas que oferecem múltiplas alternativas significativas para a condução e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem, dando respostas e enriquecendo a prática profissional do cuidar (FIGUEIROA, 2000).

Para atender com mais qualidade e eficiência as necessidades desta crescente demanda da neonatologia, cabe aos profissionais, a utilização de estratégias educacionais e utilização em diversas modalidades de artefatos tecnológicos como: cartilhas, vídeos, jogos, folder, protocolos, manuais, álbum-seriado, entre outros.

As tecnologias educativas direcionadas aos cuidados do RN prematuro devem ser construídas com a participação dos membros da equipe de saúde e dos pais tornando-se recursos a serem utilizados na programação da alta hospitalar.

A alta hospitalar do RN deve ser planejada com a participação da família. Cabe aos profissionais lançar mão de estratégias para a capacitação e o envolvimento familiar no plano de assistência do prematuro, iniciando-se na internação, tendo como metas o preparo da alta e a continuidade do cuidado domiciliar. É durante a internação que se promove o desenvolvimento de habilidades

e de conhecimentos específicos dos pais para cuidar do bebê em casa (COUTO; PRAÇA, 2012; FROTA, 2013).

O interesse de intervir na problemática do cuidado materno do prematuro em domicílio surgiu a partir de vivência da pesquisadora como enfermeira assistencial na UTIN, tendo sido evidenciado insegurança, angústia e ansiedade por parte das mães nos momentos que antecedem a alta.

A relevância deste estudo está pautada na tentativa de favorecer aos profissionais de saúde que trabalham em neonatologia, a percepção da amplitude desta temática para o aprimoramento de suas atividades assistenciais. Nesse sentido tencionou-se construir, validar e avaliar uma estratégia educativa no formato de folder a ser utilizado na orientação de cuidados domiciliares ao RN prematuro, no momento da alta, instrumentalizando os pais para a prestação de um cuidado mais seguro e eficaz.

Ao construir e validar a tecnologia educativa, na forma de folder, direcionado à mãe do prematuro na orientação dos cuidados domiciliares, a pesquisadora pretende contribuir também com a enfermagem para a melhoria da assistência prestada, favorecendo a promoção e a prevenção da saúde dos neonatos.

Ao final da pesquisa, espera-se que o folder seja utilizado pelos profissionais da equipe multidisciplinar do serviço de neonatologia como uma tecnologia educacional adequada à promoção da saúde dos recém-nascidos prematuros por ocasião da alta hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Construir e validar uma tecnologia educativa para a orientação dos cuidados ao recém-nascido prematuro no ambiente domiciliar.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mães e os recém-nascidos quanto aos aspectos pessoais, de maternidade e nascimento.
- Identificar as dúvidas apresentadas pelas mães na prestação dos cuidados domiciliares ao recém-nascido.
- Elaborar um folder para a orientação dos cuidados domiciliares do prematuro.
- Realizar validação de aparência e conteúdo do folder junto a especialistas e às mães da unidade neonatal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

O bebê prematuro é um pequenino ser que nasce inesperadamente e, juntamente com sua família, enfrenta inúmeras dificuldades para sobreviver. Nessa batalha pela vida, vivencia diversos acontecimentos indesejáveis, porém inevitáveis, provenientes da internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Dadas as circunstâncias, passa a depender dos cuidados prestados dentro da UTIN, e mais tarde, no domicílio.

O recém-nascido prematuro é considerado uma criança de alto risco que necessita, após a alta hospitalar, de cuidados especiais maternos por um longo período de tempo, tendo em vista o seu desenvolvimento neuropsicomotor e suas especificidades. Ele necessitará de atenção especial por parte dos profissionais de saúde e dos pais, especialmente das mães, para que possa se desenvolver adequadamente (TAMEZ; SILVA, 2013).

Este grupo de crianças merece atenção especial por apresentarem dificuldades na adaptação da vida extrauterina por períodos prolongados, sendo que quanto menor for a Idade Gestacional (IG), maior será o risco de morte, tempo de internação e risco de sequelas (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde classifica o recém-nascido prematuro segundo a idade gestacional e o peso ao nascer. De acordo com a idade gestacional, o recém-nascido considerado pré-termo é aquele que nasce com menos de 37 semanas; o prematuro extremo é o RN com IG menor que 32 semanas, ou seja, entre 22 e 31 semanas e seis dias; e o RN prematuro tardio, é aquele com IG entre 32 e 36 semanas de gestação (BRASIL, 2009).

Ainda de acordo com a idade gestacional, pode ser classificado como recém-nascido adequado para a idade gestacional (AIG): peso ao nascer entre o percentil 10 e o percentil 90 para curva de crescimento intrauterino; recém-nascido pequeno para a idade gestacional (PIG): peso ao nascer abaixo do percentil 10; e

recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG) peso acima do percentil 90 (BRASIL, 2009).

Em relação ao peso ao nascer, o RN pode ser classificado como de baixo peso (RNBP), quando o peso for inferior a 2.500g; de muito baixo peso (RNMBP) quando for inferior a 1.500g; e de extremo baixo peso (RNEBP) quando for inferior a 1.000g (BRASIL, 2009).

De acordo com Ramos e Cumam (2005), a etiologia do parto prematuro é multifatorial, tornando uma preocupação aos prematuros, bem como as condições perinatais que por eles repercutem.

Os RNs Pré-termo (PT) e de Baixo Peso ao Nascer (BPN) apresentam características anatomofisiológicas específicas que requerem uma adaptação complexa ao meio extrauterino, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. Assim, há necessidade de uma assistência atenta e competente, com suporte técnico e social adequado para facilitar essa adaptação, que deve ser prestada durante a hospitalização e ter continuidade após a alta hospitalar (SCOCHI *et al.*, 2002).

Trata-se de uma criança de alto risco, susceptível a uma série de problemas decorrentes da imaturidade dos sistemas nervoso central e imunológico, dos aparelhos cardiovascular, respiratório, digestivo, renal (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Os problemas relacionados a instabilidade respiratória como a síndrome do desconforto respiratório (SDR) que é um dos mais frequentes devido a imaturidade pulmonar, da caixa torácica e da deficiência de surfactante (LEITE *et al.*, 2008), é um fator de risco biológico relacionado com a maturidade pulmonar. A necessidade de procedimento de reanimação é inversamente proporcional ao peso de nascimento e idade gestacional, caracterizando o principal procedimento realizado nos recém-nascidos durante o período de internação. Assim, estima-se que no Brasil, a cada ano, 300.000 crianças requeiram ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 RN prematuros de muito baixo peso precisem de assistência ventilatória na sala de parto (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos tem sido observado um aumento das taxas de prematuridade. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) evidenciam o aumento na taxa de prematuridade de 5% em 1994, para 5,4% em 1998, 5,6% em 2000, 6,6% em 2005, 6,7% em 2008 (BRASIL, 2011). No Estado do Ceará nasceram 8.100 prematuros no ano 2010, o que corresponde a 6,4% dos nascidos vivos. Em Fortaleza, o número de recém-nascidos prematuros foi 2.664, o que equivale a 7,5% de todos os nascidos vivos no ano 2010 (DATASUS, 2010)

A prematuridade configura-se como uma causa básica ou associada de óbitos no primeiro ano de vida, bem como é responsável por uma maior morbidade na infância, caracterizando-se como um problema de saúde pública (SCOCHI *et al.*, 2002). Quando associada ao baixo peso ao nascer, acentua ainda mais o risco de morbidade infantil (VASCONCELOS; LEITE; SCOCHI, 2006).

A mortalidade neonatal responde, atualmente, pela maioria dos óbitos infantis. Estima-se que quatro milhões de recém-nascidos morram a cada ano, no mundo, até o 27º dia de vida (LAWN; COUSENS; ZUPAN, 2005).

Os neonatos prematuros representam, portanto, uma demanda crescente e muito preocupante, que requer dos serviços de saúde a realização de estratégias que viabilizem um cuidado eficiente e adequado à sobrevivência do crítico período neonatal.

3.2 A ALTA HOSPITALAR DO PREMATURO

A alta hospitalar do recém-nascido prematuro de alto risco é um momento almejado pela família, mas também estressante. Durante o período de internação, os pais sentiam-se seguros de que seu bebê estava sendo assistido por uma equipe bem treinada, apta a detectar e resolver qualquer problema. É compreensível que se sintam inseguros para desempenhar este novo papel (BALBINO, 2004; VIEIRA; MELO, 2009; TAMEZ, SILVA, 2013).

Os estudos mostram que o ambiente domiciliar favorece a recuperação do bebê prematuro, podendo ainda, influenciar positivamente no seu desenvolvimento. Geralmente a criança egressa de uma UTIN, sofre grande impacto

ao chegar em seu domicílio após a alta hospitalar, pois este raramente possui uma estrutura adequada para receber essa criança, somando-se ao fato de ser uma situação completamente nova e desconhecida para a mãe (FONSECA; MARCON, 2011).

Durante o período de internação, a mãe e familiares necessitarão de ensinamentos e de orientações para que se sintam preparados em prestar os cuidados do RN em casa, após a alta. Cabe aos profissionais de saúde a realização dessa tarefa, com o objetivo de instrumentalizá-los para o enfrentamento de possíveis intercorrências e de deixá-los tranquilos em relação ao desenvolvimento do filho (BOTÊLHO *et al.*, 2012; GAÍVA *et al.*, 2006).

A alta, deve ser planejada previamente, contando-se com a participação dos profissionais e da família, principalmente a mãe que será a principal provedora do cuidado em domicílio. Esse planejamento precisa se iniciar logo nos primeiros dias de internação. O dia da alta é marcado por momentos de alegria, mas também por estresses, pois muitas informações são repassadas, vários procedimentos da rotina burocrática são feitos, resultando em sobrecarga para todos.

Os profissionais de saúde reconhecem a importância do preparo da alta do prematuro ser planejado e realizado o mais precocemente possível, ocorrendo de modo gradativo, evitando-se fazê-lo apenas no momento da alta, que é carregado de ansiedade, no qual a mãe tem dificuldade de absorver muitas informações (AGUIAR *et al.*, 2011; COUTO, PRAÇA, 2012; FROTA, 2013).

É importante frisar que todos os profissionais devem participar do planejamento da alta. Esta tarefa não deve ser atribuída só ao enfermeiro, embora o mesmo ocupe posição estratégica, por estar mais presente e mais próximo do binômio mãe-filho no contexto da internação.

A enfermagem, ao acolher os familiares no ambiente neonatal, deve envolvê-los em um processo de educação em saúde, estimulando o acompanhamento, incentivando o vínculo afetivo, orientando quanto aos cuidados neonatais: higiene, troca de fralda, oferecimento da dieta por sonda orogástrica etc. Fornecendo às famílias orientações específicas e individualizadas de modo a suprir

as necessidades do recém-nascido e de seus cuidadores (SCHERF,2006; NASCIMENTO, 2012).

Em estudo realizado no ambulatório de seguimento do recém-nascido prematuro, que 52,4% dos RNPT de baixo peso necessitaram de reinternação no primeiro ano de vida, em decorrência principalmente de problemas respiratórios. Para prevenir ou minimizar essas complicações, são necessárias orientações adequadas ao preparo da alta hospitalar, abordando a importância da imunização, alimentação, ambientes adequados, sinais de risco de vida, hospitais de procura em caso de emergência (ONO *et al.*, 2004; FONSECA *et al.*; MARTINEZ, 2007).

A *American Academy of Pediatrics* (2008), recomenda que no planejamento da alta, alguns componentes sejam previamente avaliados. Em relação às exigências físicas, deve-se avaliar a estabilidade fisiológica do prematuro, a ausência de doença aguda, a manutenção da temperatura corporal por mais de 24 horas em berço comum. Nas exigências sociais avalia-se os cuidados pré-alta, o preparo dos pais, o plano de cuidados para problemas de saúde não resolvidos, a adequação das condições do lar, a estrutura do sistema de saúde em nível primário e secundário para suporte do recém-nascido e sua família, e a disponibilidade do programa de seguimento multiprofissional para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.

No preparo da alta hospitalar, os profissionais poderão dispor de tecnologias educativas construídas no contexto hospitalar, pelos profissionais e pelos pais do prematuro. Um estudo que teve como objetivo propor o material para ser utilizado no preparo da mãe para a alta do bebê, resultou na elaboração de uma cartilha ilustrativa, com textos em linguagem acessível direcionado para as orientações à mãe e à família, e auxiliando nas atividades de educação em saúde (FONSECA, 2002).

3.3 O CUIDADO DO RN PREMATURO

O cuidado consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significado na situação de doença, sofrimento e dor, bem como na existência (WALDOW, 2006).

O cuidar da criança, ao longo do tempo, é uma tarefa culturalmente delegada à mulher, mãe, principalmente quando se trata de uma criança prematura, que requer cuidados especiais (BALBINO; 2004).

Cuidar do prematuro, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidado específico durante o internamento e continuidade após a alta hospitalar (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

O cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados, especialmente em situações críticas da vida, onde o adequado desenvolvimento neurológico de um prematuro é o maior objetivo da equipe neonatal (ANTUNES, NASCIMENTO, 2013).

O cuidado domiciliar pode ser entendido como uma modalidade de assistência em saúde, que busca o envolvimento da família na assistência sem deixar de responsabilizar o Sistema de Saúde (LOPES; MOTA; COELHO, 2007).

Convém ressaltar que os avanços tecnológicos na área de atenção ao recém-nascido prematuro vêm contribuindo para a sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros. Assim, a crescente implementação de estratégias tecnológicas e a atualização dos recursos profissionais contribuem para a promoção do cuidado favorável ao crescimento e desenvolvimento adequados destes pequenos pacientes (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008; COUTO; PRAÇA, 2009).

O Brasil vem investindo em mudanças de paradigmas na prática do cuidado neonatal. As ações de saúde têm sido direcionadas para a atenção humanizada ao prematuro e à família. No espaço das unidades neonatais, tem-se apoiado a interação da díade mãe-bebê, valorizando-se a comunicação, a audição,

o desenvolvimento global e a adequação da alimentação (ANDRADE; GUEDES, 2005).

Nesse intuito, o Ministério da Saúde vem trabalhando na implementação de políticas públicas de atenção ao recém-nascido. No elenco dessas políticas públicas destaca-se a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, caracterizada pela mudança na forma do cuidado neonatal, com quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e sua família; respeito às singularidades; promoção do contato pele-a-pele mais precoce possível; e envolvimento da mãe nos cuidados do neonato.

O Método Mãe Canguru (MMC) foi lançado no país em dezembro de 1999. Desenvolvido em três etapas, Baseia-se nos princípios da atenção humanizada. Reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilitam maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde, a técnica mãe-canguru exige o peso mínimo de 1500g para que o RN ingresse na terceira fase do método, aquela a ser cumprida após alta hospitalar. Além desse peso mínimo, o RN deve estar em aleitamento materno exclusivo e ter ganhado ponderal diário, ter uma mãe segura, orientada, consciente e psicologicamente estável, assim como os demais membros da família, para o apoio social (BRASIL, 2011).

No método mãe-canguru, a puérperas tem a oportunidade de aprender e exercitar os cuidados básicos prestados ao bebê. Ela recebe o apoio contínuo da equipe de saúde, que lhe oferece suporte na implementação dos cuidados. Ao sair de alta, encontra-se capacitada para cuidar adequadamente de seu filho em casa.

A prática dos cuidados maternos no ambiente hospitalar contribui para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê. A mãe ao cuidar do prematuro, vai além da realização de tarefas, pois passa a conhecer e a aceitar seu filho, controlando os sentimentos negativos que permeiam a prematuridade.

O estímulo do contato mãe-bebê é importante para o crescimento e o desenvolvimento da criança saudável, em pleno equilíbrio de suas dimensões psicológica, social e espiritual (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

O cuidado com o RNPT deve ir além da tecnologia, pois a família do bebê precisa ser envolvida de forma humanizada e participativa no cuidado diário, ao receber orientações devidamente compreendidas sobre relacionamento familiar, alimentação, higiene, cuidados diários e especiais, além de lista de telefones úteis de hospitais para o caso de emergência (RABELO *et al.*; 2007; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Quando o bebê apresenta melhora de seu estado clínico, a família, representada especialmente pela mãe, começa a se preparar para estar assumindo o cuidado do bebê no domicílio. Este momento é caracterizado por um constante aprendizado, em virtude de proporcionar mais tranquilidade à experiência, visto que a mãe administra melhor seus sentimentos, quando conquista seu espaço de provedora do cuidado, pois o fato de cuidar do bebê faz com que ela se sinta mãe, como apontam outros estudos (WERNET, 2007).

Em uma pesquisa realizada em UTIN, constatou-se a relevância do diálogo e da interação do profissional de saúde com a família do RNPT. O contato direto possibilita à equipe conhecer o contexto social, cultural e econômico, além de capacitar e estimular os familiares para a realização dos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar (VIEIRA; MELLO, 2009).

A interação da família com os profissionais permite que as informações sobre o cuidado pós-alta do RN sejam passadas de forma positiva, principalmente se for oferecida aos pais a oportunidade de realizar tarefas do cuidado diário do bebê, ainda na fase de internação. Esse também é um momento para se observar as maiores dificuldades dos pais na realização do cuidado, a fim de reduzir a

ansiedade e insegurança da família e de responder a suas dúvidas, de forma que as orientações sejam compreendidas e executadas corretamente.

Sabe-se que o contexto familiar e o ambiente em que vive a criança têm uma influência marcante na sua recuperação e sobre seu processo de desenvolvimento. Em geral, a criança com necessidades especiais, que foi assistida em uma UTIN, com equipe de especialistas e equipamento sofisticado, sofre um grande impacto ao chegar em casa. Muitas vezes, o ambiente domiciliar é completamente adverso e não possui infraestrutura suficiente para receber esta criança, além de ser uma experiência completamente desconhecida para a mãe, a cuidadora principal (FONSECA; MARCON, 2011).

São escassos os estudos na literatura centrados especificamente nas orientações para o cuidado domiciliar do RNPT. Assim, a maioria das orientações sobre os cuidados maternos foram encontradas em forma de cartilha. Iniciativas de inserção dos pais no cuidado do recém-nascido prematuro para o preparo para a alta hospitalar apresentaram-se por meio de materiais educativos como cartilhas construídas com a participação de membros da equipe de saúde e dos pais de prematuros (FONSECA, 2002; FONSECA *et al.*, 2004).

Um estudo com esta finalidade teve como objetivo propor o material a ser utilizado para preparar a mãe quanto à alta hospitalar do bebê. A elaboração de uma cartilha ilustrativa, cujos textos tenham linguagem acessível à clientela, direciona as orientações a serem ministradas aos diversos sujeitos envolvidos no processo e auxilia as atividades de educação em saúde dirigidas ao familiar do prematuro, pelo profissional (FONSECA *et al.*, 2004).

3.3.1 Os cuidados com a amamentação

O leite materno exclusivo é a alimentação indicada para recém-nascido, principalmente para o prematuro, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2002, 2011).

Vale ressaltar que ainda não se dispõe de normas institucionais bem definidas, seguras e inquestionáveis para a nutrição dos RN pré-termo após a alta

hospitalar. Os prematuros apresentam amplo e heterogêneo espectro de características físicas, fisiológicas, socioeconômicas, familiares e culturais que dificultam a proposição de orientações alimentares simples. Existem propostas geradas por consenso sobre vários aspectos das necessidades nutricionais dessas crianças, em que pese à escassez de pesquisas abrangentes e recentes nessa área (BRASIL, 2011).

O leite humano, pela excelente qualidade de suas proteínas quanto à digestibilidade e incorporação, ou seja, pela sua alta biodisponibilidade, supre satisfatoriamente as necessidades dos RN pré-termo após a alta, garantindo taxas de crescimento adequadas e níveis plasmáticos de aminoácidos adequados, geralmente dispensando suplementação (BRASIL, 2009, 2011).

O leite humano é recomendação primordial na alimentação do prematuro, porque o leite produzido pela sua mãe durante o primeiro mês após o parto apresenta concentrações mais elevadas de proteínas, sódio e cloro do que o leite da mãe do recém-nascido a termo e constitui o melhor alimento para estas crianças (VINAGRE; DINIZ, 2002).

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com maior frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em AME mama de 8 a 12 vezes ao dia (BRASIL, 2011).

Dormir por períodos prolongados, uma sucção débil ou atividade motora diminuída dificulta a alimentação do bebê, sendo necessária a insistência da mãe e a dedicação por maior tempo. Esta situação pode contribuir para o aumento da ansiedade, comum a essa fase inicial de cuidados com o bebê, podendo gerar na mãe sentimento de impotência por não conseguir, por exemplo, amamentar o bebê (BRASIL, 2011).

Quanto à alimentação complementar, deve-se salientar que as fórmulas somente devem ser utilizadas para complemento do leite materno quando esse é insuficiente e nas situações em que não é possível o aleitamento materno exclusivo.

Após a alta hospitalar, o leite materno continua sendo o padrão ouro para a alimentação de lactentes nascidos antes do termo, inclusive os de muito baixo peso e de extremo baixo peso (BRASIL, 2011).

Para o sucesso do aleitamento materno após a alta hospitalar, é importante que o RN pré-termo esteja em aleitamento materno exclusivo na ocasião da alta. (SANTORO; MARTINEZ, 2007). Vale ressaltar que a maternidade onde o estudo foi realizado, um hospital credenciado na IHAC, a grande maioria dos bebês sai de alta mamando em livre demanda.

A manutenção do aleitamento materno nos RN pré-termo após a alta é um desafio que necessita ser encarado desde o nascimento da criança. Os benefícios do leite humano são inatingíveis pelos outros leites. Assim, caso não seja possível a manutenção do aleitamento materno, seja qual for o leite a ser utilizado, haverá perdas (BRASIL, 2011).

Para apoiar a amamentação após a alta, é necessário que as nutrizes sejam apoiadas pelas políticas públicas de aleitamento, pelos profissionais de saúde, pela família e pela sociedade para vivenciarem a amamentação como uma experiência positiva, prazerosa e não obrigatória (FARIA, 2010).

Vale lembrar a importância de oferecer à mãe uma rede de apoio social operante e presente no dia a dia para dar suporte no enfrentamento das dificuldades próprias da lactação.

3.3.2 Os cuidados com o banho

O banho do recém-nascido é um dos cuidados que gera dúvidas e temores por parte das mães. As dúvidas estão relacionadas com a frequência, o produto de higiene (marca do sabonete) recomendado. Os temores são medo de quedas e de entrada de água no canal auditivo.

O banho é uma atividade de vida diária que visa a limpeza e a proteção do revestimento externo do corpo, estimulando a circulação geral da pele, proporcionando sensação de conforto e bem-estar.

Para o Ministério da Saúde, o banho acarreta intensa manipulação do bebê podendo produzir diversas reações no RN. Desta forma, o banho deverá ser realizado levando em consideração o estado e as pistas fisiológicas e/ou comportamentais que o bebê apresenta (BRASIL, 2002; 2009),

Por esta razão foi preconizado no MMC (Método Mãe Canguru), o procedimento de banho humanizado, como sendo o mais indicado na assistência ao RN de baixo peso, no qual o RN é imerso em água morna até o pescoço, sem exposição à corrente de ar, e com contenção do padrão flexor através do enrolamento com toalha-fralda, de modo a evitar o estresse, a desorganização motora e o gasto energético e proporcionar relaxamento e prazer ao bebê (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

Embora o banho seja considerado um procedimento com alto nível de manipulação, a proposta do banho humanizado por imersão induz a minimização dos efeitos deletérios nos sistemas fisiológicos, comportamentais e de interação dos bebês (BRASIL, 2002, 2009).

O banho realizado por imersão contribui do ponto de vista do desenvolvimento para o bebê, promovendo um balanço comportamental e fisiológico, causando menos perda de calor, não aumentando o índice de infecção, além de proporcionar relaxamento ao neonato (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

A imersão em água morna juntamente com a contenção do padrão flexor reduz a desorganização neuropsicomotora, promovendo melhor ajuste do RN ao meio, e tornando mínimo o estresse sobre os bebês, proporcionando relaxamento e atenção individualizada, respeitando as peculiaridades dos RN, para que ele seja capaz de interagir com o ambiente tolerando a intervenção sem que esta interfira nas suas funções fisiológicas, comportamentais e interacionais (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010)

O momento do banho é muito propício para a interação entre mãe e filho e deve ser prazeroso para ambas as partes. A mãe deve aproveitar para conversar e acariciar seu bebê (FONSECA; SCOCHI. 2005). .

Diante do exposto, sugere-se que o banho humanizado seja o mais adequado para os neonatos prematuros, pois proporciona melhor resposta adaptativa ao ambiente, promovendo organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao meio, com benefícios para o desenvolvimento saudável dos mesmos.

3.3.3 Os cuidados com engasgo

O engasgo costuma ser uma das preocupações bastante citadas pelas mães dos recém-nascidos. Elas temem que seu bebê se engasgue com o leite e pare de respirar. No hospital, frequentemente perguntam aos profissionais o que devem fazer para socorrer o bebê caso passem por esta situação em casa.

O bebê prematuro pode se engasgar, pois não coordena muito bem a sucção, deglutição e respiração. O engasgo também pode ser pela quantidade de leite na boca do bebê, maior que sua capacidade de engolir (FONSECA; SCOCHI, 2005).

No caso de engasgo, mantenha a cabecinha do bebê na posição lateral, pois ajuda a drenar o alimento para fora da boca, evitando que o alimento vá para o pulmão (FONSECA; SCOCHI).

Para prevenir à ocorrência de engasgos a mãe precisa alimentar o bebê com calma, fazendo pequenas pausas, e ao final colocar na posição para arrotar.

A manobra para socorrer o bebê engasgado consiste em colocá-lo de bruços, apoiando seu corpo no braço, com a cabeça mais baixa que o corpo, dar cinco tapas firmes nas costas, sem exagerar na força. Caso o bebê não melhore, a mãe deve procurar uma unidade de atendimento de urgência imediatamente (BRASIL, 2009).

3.3.4 Os cuidados com a troca de fralda

A troca de fraldas é um dos cuidados mais comuns prestados ao bebê. É um ato indispensável na higienização, proporcionando conforto e prevenindo problemas com assaduras. No entanto, a maioria das pessoas faz essa atividade de modo incorreto.

A posição recomendada para a troca de fralda, é em decúbito elevado (posição antirrefluxo), rolar lateralmente o corpo de um lado para o outro, retirando a fralda e fazendo a higiene. Não elevar as pernas do RN, para não aumentar a pressão abdominal, que provoca refluxo e broncoaspiração (BRASIL, 2011).

Com relação à higiene da criança (banho, troca de fraldas, limpeza das partes do corpo), seguem-se praticamente as recomendações da literatura, exceto a indicação da rotação lateral para manipular o bebê durante a mesma, visto que a posição utilizada é exclusivamente o decúbito dorsal (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

É importante secar bem a região (pele do bebê) e ajustar a fralda de forma que não fique muito apertada, pois pode causar incômodo e desconforto (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Convém lembrar que no caso das meninas, a limpeza da região genital deve ser feita no sentido da frente para trás, evitando levar contaminação para a região peri-vaginal.

3.3.5 Os cuidados com as visitas

Recomenda-se que as visitas sejam controladas nos primeiros dias após a chegada do bebê em casa. É preciso evitar o contato do RN com microrganismos que venham causar agravos, visto que sua imunidade é deficiente.

A restrição de visitas é uma medida que contribui para prevenção de infecções. Assim, os pais devem evitar que o bebê tenha contato com pessoas resfriadas ou gripadas, e justificar às visitas que o bebê estando em casa terá muito

tempo para recebê-las, não sendo necessário aglomeração de pessoas (FONSECA; 2004).

Convém deixar claro que as visitas não são proibidas, precisam apenas ser controladas, usando-se do bom senso. Elas são importantes fontes de estímulo e socialização do bebê e no auxílio à mãe, caso precise. O apoio da família e amigos é sempre positivo, educativo e encorajador (FONSECA; SCOCHI, 2005).

As medidas que ajudam a evitar problemas com visitas são: deixar a casa bem arejada, com portas e janelas abertas; pedir que lavem as mãos antes de pegar o bebê; evitar o excesso de pessoas ao mesmo tempo (FONSECA; SCOCHI, 2005).

3.3.6 Os cuidados com o ambiente

O ambiente no qual o bebê prematuro vai viver após sair do hospital precisa ser planejado e organizado para favorecer a manutenção da saúde desse ser frágil e susceptível a doenças. O RNPT necessita de um ambiente tranquilo e acolhedor, livre de situações geradoras de estresses.

As recomendações relativas ao ambiente são; manter a casa limpa e arejada; evitar o excesso de luz e de barulho; não permitir que fumem dentro de casa (FONSECA; SCOCHI, 2005).

3.3.7 Cuidados gerais

Outros cuidados prestados ao RNPT são: passeio, administração de medicamentos e lavagem das roupas.

Quanto aos passeios, recomenda-se evitá-los nos primeiros dias, para não expor o RN a infecções.

Logo após a alta hospitalar, o bebê prematuro está se familiarizando com os germes da casa, da família e dos amigos. Melhor seria, neste período, evitar locais fechados onde se encontram amontoados de pessoas, como igrejas, escola, supermercados, shopping, dentre outros (FONSECA; SCOCHI, 2005).

Vale recomendar que a mãe coloque o bebê para repousar e dormir no berço e nunca na cama com ela, devido aos riscos como queda, sufocamento, etc.

Um cuidado muito freqüente é a administração de medicamentos. Só é recomendado dar ao bebê a medicação prescrita pelo médico, com a devida atenção quanto à dosagem, via de administração, horário, etc.

É muito arriscado a mãe tentar medicar seu filho por conta própria. Os riscos para a criança são decorrentes de erros de dosagem e na escolha do medicamento. Os analgésicos e antitérmicos são os remédios mais utilizados pelas mães, mas vale lembrar que eles podem causar danos sérios à saúde do bebê (FONSECA; SCOCHI. 2005).

A lavagem das roupas do bebê é também um cuidado importante para a manutenção da higiene. Recomenda-se o uso de sabão neutro. Deve-se evitar o uso de alvejantes e amaciantes, pois contém alto teor de produtos químicos que podem provocar alergias (FONSECA; SCOCHI, 2005).

3.4 A EDUCAÇÃO E TECNOLOGIA EM SAÚDE

As atividades de educação em saúde estabelecidas por meio de material impresso visam instrumentalizar os pais para sua inserção no processo assistencial e no desenvolvimento de habilidades para o cuidado domiciliar da criança (COUTO; PRAÇA, 2012).

Os profissionais da saúde podem com a educação e a comunicação prevenir diversos problemas. Ao transmitir informações de forma clara e de fácil compreensão, proporciona conhecimento, tornam as pessoas mais conscientes sobre os benefícios do aprendizado, bem como favorecem a mudança de comportamento, aumentando a procura pelos serviços disponíveis e, com isso, conduzem a promoção da saúde.

Tecnologia é o estudo dos procedimentos técnicos, naquilo que eles têm de geral e nas suas relações com o desenvolvimento da civilização. É o conhecimento voltado para a prática, para o saber fazer; conhecimento esse,

adquirido e organizado em relação a uma determinada área de intervenção do indivíduo na realidade que o cerca (DOMINGUES, 2011).

As tecnologias em saúde abrangem os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, programas e protocolos assistenciais, através dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são oferecidos á população (BRASIL, 2011).

Na enfermagem, a tecnologia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos (científicos e empíricos) sistematizados, em constante processo de inovação, os quais são aplicados pelos profissionais da área em seu processo de trabalho, para o alcance de um objetivo específico (KOERICH *et al.*, 2006).

A enfermagem e as demais áreas da saúde, utilizam as tecnologias nas atividades assistenciais, promovendo a autonomia e a independência da clientela, dentro das instituições, na educação em saúde e em outros ambientes (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

A criação de tecnologias educativas para o cuidado serve de incentivo aos profissionais de saúde , devido principalmente à modificação da visão tradicionalista do ensino-aprendizagem, como uma mera difusão de informações (DODT, 2011).

A tecnologia como fundamento do cuidado neonatal, demanda uma reflexão de todas as relações entre bebês, profissionais e família, na adequação de sua utilização a vários saberes, ofertando um cuidado individualizado, seguro, ético e humano.

A utilização das tecnologias na assistência neonatal não deve ficar restrita ao simples uso dos equipamentos, nem limitar-se apenas aos aspectos técnicos, e nem a realização de tarefas ou procedimentos. Precisa incluir atitudes que possibilitem atender o RN e sua família com dignidade. No contexto da neonatologia, a tecnologia do cuidado é considerada como um conjunto de técnicas, ferramentas e saberes científicos aplicados nas ações de enfermagem (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

O enfermeiro como membro da equipe multiprofissional, ao desempenhar a função de educador e promotor da saúde, utiliza as tecnologias para promoção, manutenção e recuperação da saúde, exercendo com criatividade e competência a arte do cuidar. Deve, portanto, participar da criação, desenvolvimento e avaliação de materiais educativos. Deve também incentivar os demais membros da equipe de enfermagem a elaborar tecnologias educativas no intuito de promover e de agilizar o trabalho, com o conhecimento originado em sua prática (MARTINS *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As atividades de educação em saúde realizadas com a utilização de materiais impressos instrumentalizam os pais para os cuidados domiciliares do recém-nascido. Assim, a educação em saúde, além de prática pedagógica, é também prática social, pois favorece a reflexão do papel do indivíduo na sociedade (COUTO; PRAÇA, 2012).

Define-se material educativo impresso por folhetos, panfletos, folder, livreto aqueles que têm por finalidade dar informações sobre a promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (BERNIER, 1996).

O material educativo impresso é utilizado para veicular mensagem de saúde e para facilitar o processo de ensino-aprendizagem e deve ser adequadamente planejado, avaliado, produzido para atender a uma necessidade do paciente e apresentado de forma adequada às características do mesmo (Moreira, Nóbrega e Silva, 2003).

O material impresso facilita a aquisição, o aproveitamento e o aprofundamento dos conhecimentos, bem como o domínio das habilidades. Tem as funções de reforçar as informações dadas e as discussões orais; de poder ser utilizado como guia de orientações para esclarecer dúvidas posteriores, além de auxiliar na tomada de decisão (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Na construção de materiais educativos, é preciso se pensar na clientela com baixa escolaridade ou analfabeta. Nesse sentido, o material educativo deve conter recursos de imagem ou ilustrações, a fim de que possam ser reduzidas as

barreiras oriundas da não compreensão da mensagem. Desta forma, os analfabetos poderão usufruir do material informativo (BUENO, 2007).

As tecnologias impressas: folder, cartaz, cartilha, manual, álbum-seriado, apostila, protocolo, guia, precisam ser produzidos e aplicados após a validação junto a especialistas e ao público-alvo. Recomenda-se observar com cuidado se as tecnologias impressas que circulam no contexto da educação em saúde foram previamente testadas e validadas antes de serem distribuídas para uso (TEIXEIRA, 2010). A avaliação de tecnologias em saúde consiste em um processo de verificação das consequências da utilização das tecnologias em saúde, podendo considerar os aspectos clínicos, econômicos e sociais (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

3.4.1 O folder

De acordo com o Dicionário Houaiss da língua portuguesa, folder é um impresso de pequeno porte, constituído de uma só folha de papel com uma ou mais dobras, e que apresenta conteúdo informativo ou publicitário. Para a palavra folder, de origem inglesa, aparecem referências como “folheto dobrado”, “o que dobra” ou ainda a derivação deste vocábulo do verbo *to fold*, ou seja, dobrar.

Folder é um impresso de pequeno porte, constituído de uma só folha de papel com uma ou mais dobras, e que apresenta conteúdo informativo ou publicitário (HOUAISS, 2009).

O folder comunica de forma objetiva e explicativa informações que divulgam produtos, ideias, projetos, ideologias. É dobrável, utiliza imagens, dá destaque às ideias mais importantes com quadros ou palavras em fontes maiores (maiúsculas, coloridas ou de diferentes formatos). Seu propósito é comunicar rapidamente as idéias sem cansar os leitores (COMO FAZER FOLDER, 2015).

Para sua criação é preciso lançar mão da criatividade, para que se tornem atrativos para o público ao qual se destinam. Mesmo parecendo simples, deve ser capaz de sintetizar informações, de forma original e que cativa o leitor.

Antes de ser enviado para impressão, o folder deve passar por uma revisão. A revisão de folders garante a boa e coerente apresentação do material, como também se torna uma questão de economia, já que evita a reimpressão de material por conta de erros encontrados tarde demais.

Os elementos que devem ser considerados na construção do folder são: estrutura, conteúdo, redação e ilustrações.

Quanto à estrutura o folder deve conter três partes importantes assim distribuídas: introdução (5% a 10%), desenvolvimento (80% ou mais) e conclusão (5% a 10%). A introdução deve informar ao leitor sobre o tema de que se trata e seu propósito, devendo conter elementos motivadores. O desenvolvimento é parte da estrutura em que deve constar tanto o tema principal a ser informado, como suas recomendações. É a fase de argumentação sobre a importância e vantagem da prática ou hábito recomendado. Na conclusão, devem ser destacados os aspectos mais importantes ou repetir a principal mensagem para facilitar a fixação (FERREIRA; SILVA JR, 1986; DOAK; DOAK; ROOT, 1996). .

Para a elaboração do conteúdo, a informação a ser fornecida deve ser clara, útil e relevante às pessoas a que são direcionadas, evitando explicações pesadas. Deve apresentar uma ordem lógica e progressiva, ser atrativa, compreensível e sem ambiguidade. Não deve contradizer nenhum dos conteúdos que atrapalhe a intervenção educativa.

Quanto à redação, deve ser simples, na voz ativa, com o uso de palavras curtas, de preferência. Empregar vocabulário apropriado, evitando frases longas e palavras técnicas e científicas. Caso estas sejam indispensáveis, devem ser explicadas e com exemplos. Usar tipo de letra para leitura fácil, com tamanhos e contrastes adequados. A fonte deve ser simples e proporcional à distância a que o material deverá ser lido, com cerca de 30 cm de distância e letras fonte 14. Tamanhos e fontes diferentes usados em uma mesma página podem confundir o leitor e deixar o foco incerto. Devem ser sugeridos o negrito e o tipo de fonte, cor e tamanho distintos para pontos fundamentais (FERREIRA; SILVA JR, 1986; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

As ilustrações devem adequar-se ao tema tratado, ajudar na compreensão e recordação mais fáceis do texto. As imagens devem estar relacionadas com a mensagem e ajudar a clarificar e reforçar a informação. Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento. O número de ilustrações deve ser limitado, para não sobrecarregar o material.

A imagem é um fator decisivo para a decisão de ler ou não um impresso. Deve ser amigável, chamar a atenção do público alvo e retratar com clareza o objetivo do material. As ilustrações devem mostrar as mensagens fundamentais, sem causar distrações e localizar-se na página adjacente ao texto relacionado. A cor é também um detalhe importante na comunicação visual gráfica, pois desperta a atenção do espectador (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo desenvolveu uma pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, que permitiu construir e validar uma tecnologia educativa na forma de um folder, para orientar a mãe e a família de recém-nascidos prematuros, contribuindo na melhoria dos conhecimentos a respeito dos cuidados domiciliares após a alta hospitalar.

A pesquisa metodológica é utilizada para aperfeiçoar métodos usados em investigações, destinadas ao desenvolvimento ou melhoramento de instrumentos já existentes. Desenvolve instrumentos e envolve métodos complexos e sofisticados. Refere-se à investigação dos métodos de obtenção e organização de dados na condução de pesquisas rigorosas. Tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

No estudo metodológico o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores e outras pessoas. Esse estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou a saúde dos indivíduos, tal qual ocorre na pesquisa de enfermagem (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A validação é um processo no qual se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos. “Validar mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e deve ser repetido inúmeras vezes para o mesmo instrumento” (RAYMUNDOS, 2009). A validade pode ser avaliada por meio de dois aspectos que serão considerados neste estudo: a validação de conteúdo de um instrumento e a validação aparente (PASQUALLY, 1997).

Validar conteúdo refere-se à análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com objetivo de verificar se os itens propostos constituem uma amostra

representativa do assunto que se tenciona medir. Os instrumentos são submetidos à apreciação de especialistas no assunto, os quais podem sugerir corrigir, acrescentar ou modificar os itens (POLIT; BECK, 2004; PERROCA; GAIDZINSK, 2003).

A validação de aparência ou semântica ou de face, indica se o instrumento parece, à primeira vista, medir o construto apropriado (LOBIONDO-WOOD, 2001). A finalidade é saber como o público-alvo compreende os itens ou se fariam algumas modificações.

A validação é necessária para favorecer a busca da excelência do produto a ser construído, contando-se para tanto com a avaliação de pessoas habilitadas e competentes no assunto e pela população alvo (ANDRADE *et al.*, 2012).

Um instrumento passa a ser validado quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma única questão de pesquisa. Quanto maior o número de convergência de resultados, após a utilização de várias técnicas, proporciona-se maior confiabilidade e validade nos resultados do estudo. O valor da concordância entre os especialistas será considerado de 0,78%, tendo como referência os valores empregados em outros estudos (TELES, 2011; DODT, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na unidade neonatal (UTIN e UCINCo) de uma maternidade pública de grande porte, de referência terciária na assistência perinatal e neonatal, integrante de uma universidade federal, vinculada ao Sistema Único de saúde (SUS), situada no bairro Rodolfo Teófilo, em Fortaleza-CE. Ao compor o complexo universitário da Universidade Federal do Ceará, tem por missão a formação de recursos humanos, em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, priorizando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. A instituição atende a uma demanda expressiva, que atinge uma média de 545 partos de recém-nascidos prematuros por ano. Mantém o título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e está integrada à Rede Cegonha.

A maternidade dispõe de 225 leitos de internação, distribuídos nas especialidades ginecológica e obstétrica, neonatal e cirúrgica (ginecologia /

obstetrícia). Dispõe de centro cirúrgico, UTI materna e neonatal, ambulatório, banco de leite humano, sala de parto humanizado, entre outros.

A Unidade Neonatal dispõe de duas UTINs: a 3ª com 12 leitos e a 3B com 9 leitos, totalizando 21 leitos de alto risco. Dispõe de duas unidades de médio risco (UCINCo I E II), com 15 leitos cada uma, totalizando 30 leitos. Em relação à estrutura física, conta-se com ambiente climatizado, iluminação por luzes fluorescentes, com vidraças, sistema de tubulação de gases nobres (oxigênio, ar comprimido), respiradores, CPAPs nasais, Oxi-Hood, oxímetros de pulso, monitores cardíacos, umidificadores, aquecedores, incubadoras, berços aquecidos, carro de medicamentos, carro de urgência e balanças. Dispõe de ante-sala para preparo de medicações, lactário, sala de amamentação, sala de estudos, secretaria de Enfermagem, unidade de atendimento de *follow-up*, secretaria médica, repouso para os profissionais, copa, banheiros, almoxarifado e expurgo. Conta ainda com setores e serviços de apoio: enfermaria canguru, laboratório, radiologia, banco de leite, lavanderia, farmácia, banco de sangue, raios-X, ecocardiograma e ultra-som no leito. Estando ainda munida de aparelhos e equipamentos modernos, tais como: respiradores, CPAPs nasais, Oxi-Hood, oxímetros de pulso, monitores cardíacos, umidificadores, aquecedores, incubadoras, berços de calor radiante e aquecidos, bilitrons e bilispot carro de medicamentos, carro de urgência e balanças.

A equipe multiprofissional é composta por pediatras neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, nutricionistas, farmacêutico e técnicos de enfermagem. Conta-se também com os residentes, nas áreas da medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia e farmácia. Os recém-nascidos assistidos são provenientes da capital, do interior e de outros estados do Nordeste. Em sua maioria, são oriundos de famílias de baixa renda, atendidas pelo SUS. São admitidos por meio da demanda espontânea e referenciada.

A equipe de enfermagem da UTIN é composta por 25 enfermeiros e 75 técnicos de enfermagem e 05 auxiliares de enfermagem, distribuídos conforme vínculos empregatícios distintos: Universidade Federal do Ceará (UFC), Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Atuam de forma ininterrupta nas 24

horas e desenvolvem seu processo de trabalho pautado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Em relação aos pais e parentes, o fluxo na unidade ocorre da seguinte forma: não há restrição quanto ao horário de visitas dos pais, de acordo com as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que, em seu artigo 12, admite e resguarda o direito do acompanhante quando da hospitalização da criança (BRASIL, 1990), ao passo que as visitas de avós ou de outros parentes são permitidas em horários preestabelecidos. As mães contam com uma sala de amamentação, localizada fora da UTIN, em outro andar, onde ocorrem ações de apoio e orientação e ordenha do leite, quando necessário. As atividades educativas são realizadas no hall da UTIN e em espaços de outras unidades utilizados para as relações interpessoais (UCINCa, banco de leite, sala da psicologia).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por mães cujos filhos prematuros encontravam-se internados na unidade neonatal, durante o período de coleta de dado.

A amostra foi do tipo censo, na qual abordou-se 60 mães de RNPTs internados no período da coleta de dados. Com 30 mães aplicou-se o roteiro de entrevista obtendo-se um diagnóstico situacional. Com mais 30 mães realizou-se a avaliação da tecnologia construída. Vale ressaltar o longo período de permanência dos recém-nascidos prematuros, limitando a ampliação do tamanho amostral.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: puérperas adultas e adolescentes, com idade a partir de 12 anos, levando-se em conta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) da lei nº 8.069/90 (BRASIL, 1990), que considera a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos. Mães internadas ou de alta, cujos filhos permaneciam internados na unidade neonatal.

Os critérios de exclusão foram: desistência da puérpera ou do responsável legal de participar da pesquisa após o início da coleta de dados e falecimento da participante ou do RN prematuro durante o transcorrer do estudo,

usuárias de drogas ilícitas (pelo risco do vínculo prejudicado), puérperas com intercorrências clínicas ou obstétricas que impossibilitem a entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, contendo na primeira parte os dados de identificação das mães e dos recém-nascidos, na segunda parte questões abertas sobre os cuidados após a alta hospitalar. A entrevista seguiu um breve roteiro com identificação socioeconômica da entrevistada, antecedentes obstétricos, dados da gestação atual, parto e puerpério. A segunda parte do instrumento traz questões sobre as dúvidas das mães em relação aos cuidados com o bebê após a alta hospitalar. A pesquisadora inicialmente abordou as mães dentro da unidade e fez o convite para que participassem do estudo. As que aceitaram foram levadas para uma área de convivência dentro da maternidade para a realização da entrevista.

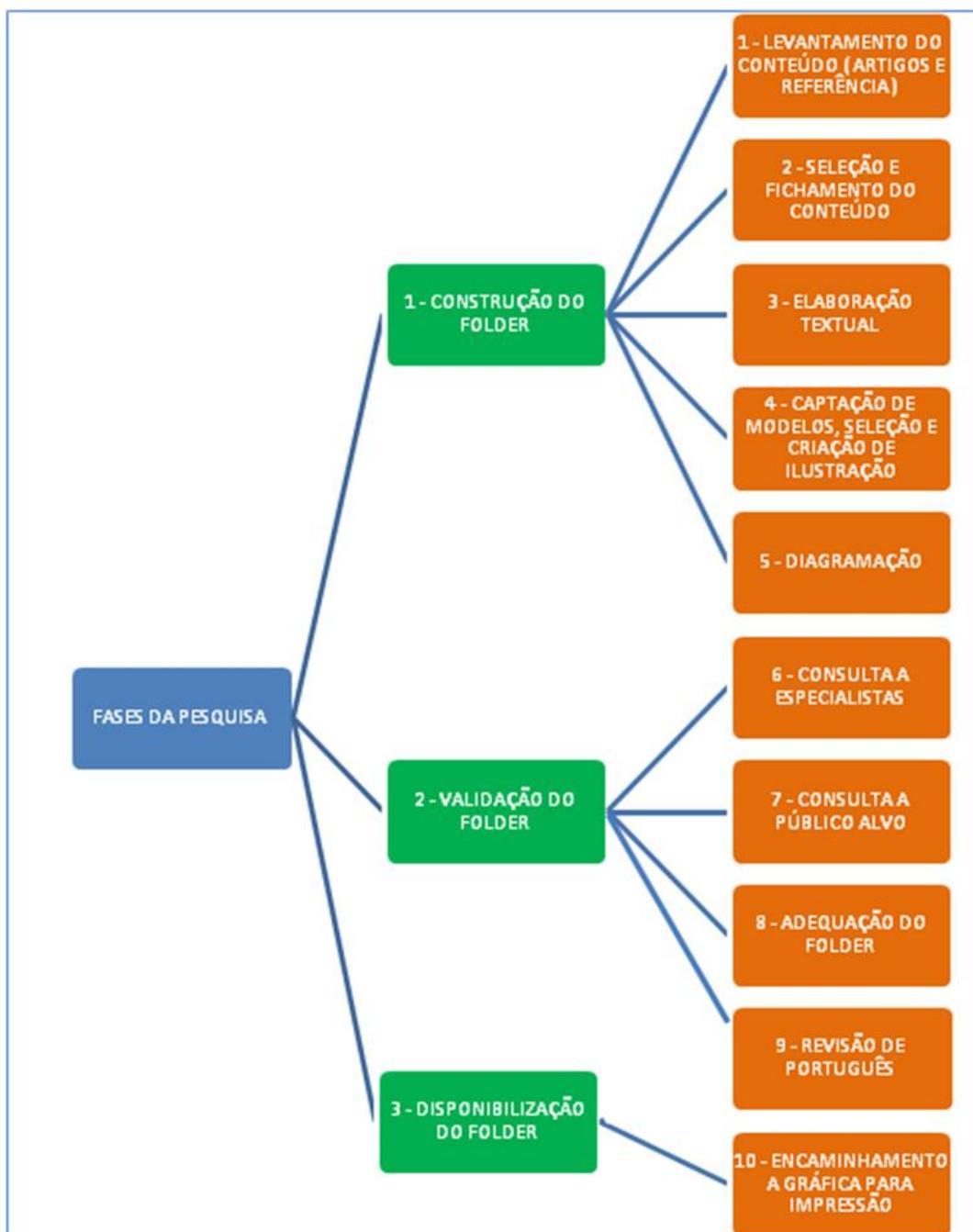
A entrevista com roteiro semiestruturado é utilizada para valorizar a presença do investigador e oferecer todas as perspectivas possíveis para que as informantes alcancem a liberdade e a espontaneidade necessárias ao enriquecimento da investigação (TRIVINOS, 2007).

O período de coleta de dados foi de maio a junho de 2015 com as mães entrevistadas, julho a agosto com os especialistas e setembro a outubro com as mães que avaliaram o folder,. A entrevista é uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada pelo pesquisador, tendo o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. O roteiro semiestruturado que combina perguntas fechadas e abertas, para que o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se perder da indagação formulada (MINAYO, 2010).

4.5 PERÍODO E FASES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no ano de 2015, direcionado pelas fases e etapas representadas na Figura 1.

Figura 1 – Fases de pesquisa



Fonte: dados da pesquisa

4.5.1 Fase 1- Construção do folder

Para a descrição das características observadas na construção do folder, foram seguidas as recomendações de Ferreira e Silva (1986), Zimmerman e Newton *et al.* (1996); Moreira, Nóbrega e Silva (2003); Doak, Doak, Root (1996).

A construção do folder se deu com o seguimento de 05 etapas que serão descritas a seguir.

Etapa 1: *Levantamento do conteúdo*

Com o propósito de conhecer o contexto acerca dos cuidados domiciliares do recém-nascido prematuro com aporte na educação em saúde, realizou-se o levantamento dos artigos e utilizou-se as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *PubMed (Public/Publish Medline)*, *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, biblioteca digital da USP, mediante os seguintes descritores: enfermagem neonatal, recém-nascido prematuro, UTI neonatal, alta hospitalar, cuidados domiciliares e estudos de validação, sendo estes intercalados diferentemente. A busca foi realizada nos meses de março e abril de 2015.

Depois da seleção de artigos, dissertações e teses pertinentes a este estudo, buscou-se o aprofundamento do tema para elucidar conceitos e direcionar o processo da revisão, a partir de livros clássicos e manuais do Ministério da Saúde. Foi usado, também, para complementação deste material de estudo outras fontes, retiradas das referências bibliográficas dos artigos selecionados. Após este processo foram selecionados selecionado 85 artigos, 12 livros, 7 dissertações e 6 teses, que foram lidos e fichados. As informações foram organizadas para a composição da tecnologia.

Paralelamente ao fichamento do material para revisão de literatura, foi realizado um diagnóstico situacional junto a 30 mães sobre as orientações que gostariam de receber relativas aos cuidados domiciliares de bebês prematuros após a alta hospitalar. Utilizou-se o roteiro de entrevista que continha a seguinte questão: *Que dúvidas você tem para cuidar do seu bebê em casa, ao sair de alta hospitalar?*

Ao se dispor dos resultados desse levantamento, procedeu-se a seleção dos conteúdos a serem abordados no folder.

Etapa 2: *Seleção e fichamento do conteúdo*

Ao final da leitura das referências pesquisadas, foram selecionados e fichados os assuntos que correspondessem às demandas de conhecimento das mães dos prematuros pertinentes aos cuidados domiciliares.

Com o material devidamente fichado, foi realizada a organização cronológica do conteúdo que iria constar nos tópicos do folder.

Inicialmente foram organizados os tópicos a serem abordados no folder contemplando-se os seguintes pontos: banho, amamentação, engasgo, visitas, troca de fraldas, ambiente, cuidados gerais, encaminhamentos e sinais de perigo.

A abordagem dos tópicos teve o intuito de oferecer orientações às mães, respondendo suas dúvidas, preenchendo suas lacunas de conhecimento quanto aos cuidados domiciliares dos prematuros.

Compreende-se por conhecimento deficiente a ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (NANDA I, 2015).

Etapa 3: *Elaboração textual*

Após a seleção do conteúdo de cada tópico, seguiu-se a elaboração textual. Cada tópico fichado continha uma variedade de informações científicas com linguagem técnica, que dificultaria a compreensão por parte do público-alvo. As informações consideradas importantes foram devidamente parafraseadas. Foi prezada a riqueza de conteúdo, associada com objetividade, linguagem acessível, fácil compreensão e atratividade (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Etapa 4: *Captação de modelos, seleção e criação de ilustrações*

Após a organização dos conteúdos a elaboração das ilustrações baseadas na leitura reflexiva do referencial bibliográfico e nos principais assuntos da temática, foram contratados os serviços de um designer gráfico que procedeu ao

desenho das ilustrações seguindo as seguintes características: atratividade, de fácil compreensão, representatividade da realidade e embasamento na literatura pertinente. A pesquisadora manteve contatos com o designer gráfico, dando suas opiniões nas ilustrações, preocupando-se com a representatividade e com a clareza dos desenhos.

Recomenda-se que as ilustrações devem ser adequadas ao tema tratado, no intuito de facilitar a compreensão e recordação mais fácil do texto, clarificando e reforçando a informação (GONÇALVES, 2007). Desta forma, as ilustrações foram editadas com a localização o mais próximo possível do conteúdo ao qual representa.

Foram criados dois personagens, a mãe e o bebê prematuro exclusivos para o folder, contemplando a trajetória dos cuidados domiciliares a serem prestados pelas mães após a alta. A manutenção da aparência desses personagens nas ilustrações facilita a compreensão do leitor, fazendo com que crie um filme das situações expostas, o que favorece a recordação futura das informações. Além disso o leitor pode se identificar com a personagem e se imaginar vivenciando os eventos relatados no folder.

As ilustrações foram criadas pelo designer gráfico a partir de figuras pesquisadas na internet. No total, o folder foi composto por sete ilustrações, desenhadas utilizando imagens já publicadas como modelo.

Etapa 5: Diagramação

Após a finalização dos desenhos das ilustrações, partiu-se para a formatação e configuração das páginas. O designer gráfico utilizou as ferramentas do programa *Adobe Photoshop CS4* para realizar a diagramação. O folder foi formatado com um total de 06 páginas, com 3 dobraduras, em papel A4.

A capa (primeira página ou folha de rosto) foi composta pelo título, uma ilustração de um recém-nascido prematuro e de uma frase relativa à prematuridade. Os demais conteúdos foram divididos nos seguintes tópicos: amamentação, banho, troca de fraldas, engasgo, ambiente, visitas, cuidados gerais, sinais de perigo e encaminhamentos. Para a ordem de sequência dos tópicos, foram seguidas as

sugestões dos especialistas. Finalizou-se com a identificação dos autores do material educativo: orientanda, orientadora e designer gráfico.

4.5.2 Fase 2: Validação do folder por especialistas

Após a construção do folder foi realizada a validação de aparência e conteúdo. A validação de aparência pode ser considerada como uma forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento relativo à clareza e compreensão. Na validade de conteúdo, verifica-se o quanto os conceitos estão representados de forma adequada e se estes são capazes de capturar todo o domínio do conteúdo (POLIT; BECK, 2011).

A validação foi desenvolvida em quatro momentos (etapas 6, 7, 8 e 9), que serão descritas a seguir.

Etapa 6: Consulta a especialistas

Os especialistas foram convidados a participar da validação através de uma carta convite (APÊNDICE F), concordando em participar, por meio da assinatura de um TCLE (APÊNDICE G).

A recomendação para a seleção dos especialistas diverge em relação à quantidade mínima, sendo um total de seis para Pasquali (1997) e de três especialistas para Viana (1982). Sugere-se um número ímpar para evitar o empate de opiniões (VIANNA, 1982).

No presente estudo optou-se por seguir as recomendações de Vianna (1982) consultando um número ímpar de especialistas num total de 11. Os especialistas foram consultados no período de julho a agosto de 2015, com a seguinte distribuição: duas médicas, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta e sete enfermeiras.

Os especialistas foram selecionados por meio da amostragem bola de neve, na qual ao identificar um sujeito que se encaixe nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo, é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Após a indicação foi realizado consulta no currículo

Lattes para verificar a adequação dos especialistas aos critérios de seleção para esse estudo. Os especialistas foram escolhidos de acordo com os critérios adaptados de Fehring (1987) (QUADRO 1), devendo obter pontuação mínima de cinco pontos.

Quadro 1 – Critérios de seleção para especialistas da validação de conteúdo e aparência do *folder*

ESPECIALISTAS	PONTUAÇÃO
Ser doutor	4 pontos
Possuir tese na área de interesse*	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Possuir dissertação na área de interesse*	2 pontos
Ser especialista na área de interesse*	1 ponto
Possuir Artigo publicado em periódico indexado sobre a área de interesse do constructo	1 ponto/trabalho
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na área de interesse do constructo	2 pontos/ ano
Ser especialista em área relacionada ao constructo	2 pontos

Fonte: (FEHRING, 1987; JOVENTINO, 2010).

Área de interesse: Enfermagem neonatal. Critérios de seleção

Os profissionais que preencheram os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Foi enviada uma carta convite (APÊNDICE F) entregue em mãos, a qual trouxe os objetivos da pesquisa. Após a aceitação cada especialista recebeu e assinou um TCLE (APÊNDICE G).

Após a anuência do TCLE, foi entregue o questionário de avaliação (APÊNDICE H) e cópia do folder. Aos especialistas foram dadas as seguintes instruções:

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional. Em seguida analise o instrumento educativo marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião de acordo com a valoração que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1 – Totalmente adequado

2 – Adequado

3 – Parcialmente adequado

4 – Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item. Não existem respostas corretas ou incorretas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

Após a avaliação do folder pelos especialistas foi calculado o índice de validade de conteúdo que deverá apresentar valor maior ou igual a 0,78. Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (APÊNDICE G) (POLIT; BECK, 2011). O índice é calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “1” e “2” pelos especialistas divididos pelo total de respostas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Fórmula para o cálculo do IVC:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 1 ou 2}}{\text{Número total de respostas}}$$

O instrumento direcionado aos especialistas, foi adaptado do instrumento utilizado por Nascimento (2012), da cartilha educativa para o acolhimento de familiares de bebês internados em enfermaria canguru de unidades neonatais e do trabalho de Teles (2011) que validou um manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. O instrumento é dividido em duas partes: a primeira contém informações sobre o avaliador/especialista (titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área e produção científica); a segunda contém itens avaliativos do folder (objetivos, estrutura, apresentação e relevância da estratégia implementada).

As respostas às questões foram apresentadas sob a forma de Likert, onde: 1. Totalmente adequado; 2. Adequado; 3. Parcialmente Adequado; 4. Inadequado.

Etapa 7: Consulta ao público-alvo

Para consulta do público-alvo foi realizada a avaliação do folder junto a 30 mães de bebês prematuros internados na unidade neonatal (UTIN e médio risco).

Procedeu-se a avaliação em três momentos, ao final de três sessões educativas realizadas pela pesquisadora. Essas sessões educativas ocorrem de rotina na maternidade em estudo, semanalmente, nos dias de quarta-feira, com a denominação de “entrelaços”. A pesquisadora aproveitou o momento das referidas sessões educativas para aplicar o instrumento de avaliação do público alvo. Durante as estratégias educativas, primeiramente foi explicado o objetivo do folder e a importância da avaliação das mães para a melhoria do material educativo. Foi feita a leitura do TCLE (APÊNDICE D) e solicitado que as mães realizassem a avaliação do mesmo. Logo depois foram dadas as orientações sobre o instrumento de avaliação do folder (APÊNDICE I). No momento seguinte, procedeu-se a leitura conjunta da TE. Ao final da leitura as mães responderam ao instrumento de avaliação. Nas três sessões educativas a pesquisadora demonstrou dois cuidados realizados com o bebê: o banho e a troca de fralda, utilizando dois bonecos, ficou à disposição das mães, respondendo a perguntas que surgiram após a demonstração dos cuidados.

Etapa 8: *Adequação do folder às sugestões dos especialistas e público-alvo*

Tendo em mãos as sugestões feitas pelos especialistas e por representantes do público-alvo, procedeu-se com o registro das sugestões, separação das sugestões inerentes a legibilidade e ilustrações, adequação da linguagem e contratação de designer gráfico para adequação das ilustrações e posterior diagramação, conforme necessidade.

Etapa 9: *Revisão de português*

Ao finalizar todas as etapas supracitadas, incluindo a adequação do folder às sugestões dos especialistas e representantes do público-alvo, o folder foi encaminhado para a revisão de português junto ao profissional especializado.

4.5.3 Fase 3: disponibilização do folder

Etapa 10: *Encaminhamento à gráfica para impressão*

Após a validação das mães e do parecer técnico dos profissionais especialistas, o material educativo seguiu para a gráfica que ficou responsável por sua reprodução.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a coleta os dados foram organizados e analisados de acordo com o SPSS versão 20.0 licença 10101131007, apresentada em tabelas, gráficos e quadros. Foi realizada análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas, além das medidas de tendência central (média) e da dispersão (desvio padrão).

Os dados emitidos pelos especialistas relativos á validação do folder foram minuciosamente analisados, considerando-se o IVC de 0,78.

A validade de conteúdo do instrumento baseia-se necessariamente em julgamento. Não existem métodos totalmente objetivos que garantam a cobertura adequada do conteúdo do instrumento, no entanto, tem sido cada vez mais comum o uso de um grupo de especialistas independentes para avaliar a validade do conteúdo e aparência de instrumentos novos. Os pesquisadores calculam o índice de validade do conteúdo (IVC), que indica em que medida as opiniões dos especialistas são congruentes.

Os dados contidos nos formulários preenchidos pelos especialistas e as observações sugeridas e acatadas foram compiladas em quadros.

Foram considerados validados os itens que tiveram nível de concordância mínimo de 0,78 nas respostas positivas (sim e em parte). A validação do folder foi minuciosamente analisados considerando-se o IVC (índice de validade do conteúdo).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, que encaminhou para o Comitê de Ética em Pesquisa. Desta forma, os princípios éticos da Resolução nº 466 de dezembro de 2012, publicado em maio de 2013 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos foram resguardados neste estudo. O número de parecer de aprovação 1.052.985 de 07.12.2015.

Após aprovação do projeto, as mães foram abordadas e convidadas a participarem do estudo, sendo oferecidas informações gerais do propósito do estudo, da metodologia e importância da sua participação. Este contato se deu na certeza de resguardar a confiabilidade dos dados quanto à manutenção do anonimato e sigilo referente a não identificação das informações fornecidas. Para comprovar o consentimento das mães foi solicitado que assinassem um termo de consentimento pós-esclarecimento (TCLE) em duas vias, formalizando a participação dos sujeitos na pesquisa. Foi garantido o direito de exclusão da pesquisa a qualquer momento, se assegurado a inexistência de riscos para as mesmas, se assim o desejassem.

“A pesquisa que envolve seres humanos requer uma análise especial dos procedimentos a serem utilizados de modo a proteger os direitos dos sujeitos” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). As participantes adultas formalizaram sua aceitação em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido e as adolescentes o termo de assentimento.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis constrangimentos durante a entrevista. Se a mãe não se sentisse bem, a pesquisadora interromperia a entrevista, retornando em outro momento. Os dados do estudo foram usados exclusivamente com fins científicos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DAS MÃES

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães participantes do estudo. Fortaleza-CE. 2015

Variáveis maternas	n	%	ME±DP
Idade materna (anos)			
14-19	6	20,0	26,33±7,66
20 – 35	20	66,7	
> 35	4	13,3	
Estado civil			
Solteira	12	40,0	
Casada	10	33,3	
União consensual	8	26,7	
Anos de estudo			
1-7	3	10,0	11,23±2,44
8-11	17	53,4	
≥ 12	10	36,6	
Ocupação			
Do lar	08	26,6	
Assalariada	05	16,6	
Autônoma	04	13,3	
Agricultora	07	23,3	
Estudante	06	20,0	
Procedência			
Capital	12	40,0	
Interior	14	46,7	
Região metropolitana	04	13,3	

Fonte: dados da pesquisa

Das 30 (100%) mães participantes do estudo, 06 (20%) tinham idade entre 14 e 19 anos, 20 (66,7%) entre 20 e 35 anos, e 4 (13,3%) mais de 35 anos. A idade média das mães é 26 anos. Observou-se que a maioria das participantes do estudo encontrava-se em idade reprodutiva.

Estudo realizado em um ambulatório com puérperas verificou que a maioria das mulheres (59,6%), estava na faixa etária entre 20 e 35 anos, e as demais se dividiam entre adolescentes e mulheres em idade materna superior a 35 anos. A idade

média verificada foi de 27 anos. Os dados desse estudo se aproximam dos resultados encontrados na pesquisa (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Na pesquisa, observou-se a participação de puérperas adolescentes num percentual bem expressivo (66,7%). Os achados desse estudo em relação às puérperas adolescentes parecem refletir a realidade nacional, pois a gravidez na adolescência é considerada um sério problema de saúde pública no Brasil, por ser um problema que oferece riscos ao desenvolvimento da criança, bem como riscos para a própria gestante, sendo então na maioria das vezes, não planejada (ARAÚJO *et al.*, 2015).

As adolescentes grávidas correm grandes riscos de parto prematuro e de outros problemas, tais como os piores resultados perinatais, nos quais os fatores biológicos ligados à imaturidade estão associados às maiores taxas de baixo peso, prematuridade e mortalidade infantil (SIMÕES *et al.*, 2003).

Sabe-se que a gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção cefalopélvica, pré-eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer e Apgar baixo no quinto minuto (GOLDENBERG; FIGUEREDO, 2005).

O fato de ser filho de mãe adolescente já caracteriza a criança como sendo de risco para o Ministério da Saúde. Assim, o binômio mãe adolescente-bebê de risco torna-se alvo de atenção profissional, inclusive com políticas públicas de saúde. Se cuidar de um bebê de risco já necessita de visão profissional diferenciada, com envolvimento da família sendo de fundamental importância no desenvolvimento e sucesso desse cuidado, maior ainda deve ser a atenção quando a mãe é adolescente, pois se depara com outra população de risco para a saúde (SILVA; OLIVEIRA, 2007).

No que diz respeito à situação conjugal, 12 (40%) das entrevistadas eram solteiras, 10 (33,3%) informaram que eram casadas, e 8 (26,7%) tinham união estável. Esses dados refletem a realidade brasileira, o relatório Anual Socioeconômico da Mulher (2015) mostra que 42,7% das famílias são compostas por mulheres que vivem sem cônjuge. As mães solteiras, não tem apoio de um companheiro, portanto, não

tem com quem dividir ou compartilhar suas dificuldades e responsabilidades. Essa realidade evidencia as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais, não apresentando na atualidade, em sua maioria, uma composição paternalista.

Independentemente de sua estrutura e composição, deve-se considerar a importância do envolvimento da família na promoção à saúde e cuidado a seus membros. Em estudo correlacionando a relação marital da mãe, a mortalidade infantil e aspectos socioeconômicos demonstraram que a taxa de mortalidade infantil é maior para crianças de mães solteiras (KOZU *et al.*, 2006).

Os dados relativos à união estável, obtidos nos resultados, foram inferiores ao verificado no país, pois segundo o censo demográfico de 2000/2010, 36,4% das pessoas declararam viver em união consensual (IBGE, 2010).

Em relação à escolaridade, os resultados mostraram que três (10%) das participantes do estudo relataram ter frequentado a escola durante sete anos, 17 (53,4%) estudaram por 11 anos e dez (36,6%) ultrapassaram 12 anos de estudo. Observa-se que 10% das mães não conseguiram concluir o ensino fundamental (tempo de estudo igual ou menor que sete anos), e 53,4% com ensino médio incompleto (tempo de estudo menor que 12 anos). Das 30 puérperas só uma relatou possuir nível superior. No geral, os resultados mostram que a escolaridade das mães não é satisfatória, a maioria sequer concluiu o ensino médio.

Evidências mostram que a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. O nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas. A educação dos pais, principalmente das mães, influencia na saúde das crianças, já que pais mais educados entendem melhor a necessidade de hábitos saudáveis e de higiene de seus filhos (SANTOS; TEJADA; EWERLING, 2012).

Os dados referentes à ocupação mostraram que oito (26,6%) das participantes trabalham no lar, cinco (16,6%) vivem como assalariadas, quatro (13,3%) são autônomas (costureiras, cabeleireiras e vendedoras), sete (23,3%) trabalham na lavoura e seis (20%) são estudantes. Apenas 16,6% têm trabalho remunerado e recebem os direitos trabalhistas. Dessa forma, as mulheres participantes deste estudo se caracterizaram como um grupo heterogêneo no que se refere ao trabalho. As ocupações exercidas pelas mães evidenciam que as famílias possuem no geral, baixa renda familiar.

O ser humano está exposto aos riscos inerentes às posições ocupadas no espaço social; saúde-doença é também consequência do acesso aos bens capitais. Baixos níveis de renda estão associados a piores condições de saúde (REIS, 2012).

Em relação à procedência das mães, constatou-se 12 (40%) residem na capital, 14 (46,7%) moram em cidades do interior e quatro (13,3%) são procedentes da região metropolitana. As 14 mães que residem em cidades do interior mais as quatro que moram na periferia (região metropolitana), representam a parte da amostra que enfrenta dificuldades relacionadas com o acesso aos bens e serviços. Estes resultados estão bem próximos da realidade do país onde, cerca de 52% da população reside nas capitais, ao passo que 48% mora nas áreas rurais (BRASIL, 2015).

Os fatores ambientais podem ser determinantes da taxa de morbimortalidade infantil. Uma pesquisa realizada observou que as crianças nascidas no meio urbano apresentaram menor coeficiente de mortalidade infantil em relação àquelas que nasceram no meio rural. A ausência de saneamento básico e a poluição excessiva do ar podem também ser responsáveis pelo aumento desse indicador (PARKER; SCHOENDORF; KIELY, 2001).

Tabela 2 – Condições da gestação e parto dos prematuros. Fortaleza-CE. 2015

Variáveis maternas	n	%	ME±DP
Duração da gestação (semanas)			
≤ 31	13	43,3	
32 a 34	14	46,7	33,33±11,97
35 a 36	3	10,0	
Tipo de gravidez			
Única	26	86,7	
Múltipla	4	13,3	
Consulta Pré-natal			
Até 6	23	76,7	5,0±2,0
Mais de 6	7	23,3	
Tipo de parto			
Normal	12	40,0	
Cesáreo	18	60,0	
Local do Pré-natal			
UBS	21	70,0	
Hospital	08	26,6	
Outros	01	3,3	
Problemas na gestação			
HAS	11	36,6	
ITU	7	23,3	
Sangramento	3	10,0	
Amniorrex	1	3,3	
Sem alterações	08	26,6	

Fonte: dados da pesquisa

No que se refere à história obstétrica das participantes, em relação à idade gestacional, 13 (43,3%) das puérperas tiveram seus bebês com até 31 semanas, 14 (46,7%) entre 32-34 semanas e três (10%) entre 35-36 semanas. A idade gestacional média foi de 33 semanas e três dias.

Dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde apontam o nascimento de 40 prematuros por hora no Brasil, ou

931 por dia. A taxa de prematuridade nacional é de 12,4%. (PINOTTI, 2014). Anualmente, 20% de bebês nascem prematuros em todo mundo (BRASIL, 2002).

Estima-se que atualmente no mundo 13 milhões de crianças nasçam prematuras e 75% das mortes neonatais estão relacionadas ao parto prematuro e aos seus agravos (SCOCHI *et al.*, 2003).

Dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde apontam o nascimento de 40 prematuros por hora no Brasil, ou 931 por dia. A taxa de prematuridade nacional é de 12,4% (PINOTTI, 2014).

O nascimento de prematuro é a principal causa de morte em recém-nascidos no mundo e a segunda causa de óbito de crianças menores de cinco anos. Estima-se que por ano, cerca de 15 milhões de crianças nascem antes de 37 semanas de gestação. Quanto menor a idade gestacional, maiores são as taxas de mortalidade e morbidade, e conseqüentemente maior a chance da criança apresentar sequelas que podem ser percebidas à medida que a criança se desenvolve (ROLNIK *et al.*, 2013).

Dados da OMS - Organização Mundial de Saúde (2012), citam que uma das causas da vulnerabilidade do recém-nascido prematuro é a imaturidade dos órgãos, que torna a criança mais susceptível ao desenvolvimento de problemas. No ano de 2010, as complicações decorrentes da prematuridade foram responsáveis por 14% das mortes de crianças menores de cinco anos. As complicações do nascimento prematuro representam a principal causa de morte (BRASIL, 2012).

No Brasil, o nascimento pré-termo têm se mantido constante nos últimos anos, cerca de 11,7% dos nascimentos são prematuros. Só em 2012 ocorreram aproximadamente 344.656 em todo o país. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros (BRASIL, 2014).

Em relação ao tipo de gravidez, 26 (86,7%) foi de feto único e quatro (13,3%) resultou em fetos múltiplos. A gemelaridade é um fator de risco para os nascimentos de bebês pré-termo e com baixo peso ao nascer, podendo ser considerada como um fator de risco para a mortalidade neonatal (PEREIRA; CUNHA; MONTENEGRO, 2009). A gestação múltipla aumenta os riscos de

complicações no período gestacional especialmente para hipertensão arterial e para parto cesáreo.

No período gestacional foi identificado que 23 (76,7%) fizeram até seis consultas pré-natais e sete (23,3%) fizeram mais de seis consultas. Os dados obtidos neste estudo em relação ao número de consultas de pré-natal, mostram que a situação das mães participantes da pesquisa é satisfatória comparando-se com a realidade nacional. O Sistema Único de Saúde (SUS) recomenda que as gestantes tenham pelo menos sete consultas de atendimento pré-natal. Em 2012, 62,4% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal; 27,3% tiveram de quatro a seis consultas; 7,3% tiveram de uma a três consultas; e, 3% não tiveram nenhuma consulta pré-natal (BRASIL, 2015).

Isto pode ser explicado pela cobertura das áreas de abrangência pelas equipes de saúde da família. Com o PSF as taxas de pré-natal aumentaram consideravelmente nos últimos anos. O programa de Saúde da Família desde sua implantação em 1994, vem obtendo expressivo aumento em termos de cobertura, até o ano de 2008 teve um crescimento de 56,8%. A ampliação das ofertas de serviços na atenção básica tem colaborado diretamente para melhorar a cobertura na assistência pré-natal (COSTA *et al.*, 2010).

Quanto ao tipo de parto, foi registrado que 12 (40%) das puérperas tiveram parto normal, e 18 (60%) foram do tipo cesariano. Quanto ao local de procedência do pré-natal, 21 (70%) foi realizado em unidades básicas de saúde (UBS), oito (26,6%) em hospitais e um (3,3%) em unidade particular.

A maior ocorrência de partos cesáreos coincide com o que ocorre no país e no mundo. O número de nascimentos por parto cesáreo é um fenômeno em escala mundial. O Brasil possui uma das maiores taxas de cesáreas no mundo (SASS; HWANG, 2009). Segundo a OMS a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos (OMS, 2015).

No tocante aos problemas ocorridos na gestação, os dados mostraram que 11 (36,6%) das mulheres apresentaram hipertensão arterial sistêmica (HAS),

sete (23,3%) tiveram infecção do trato urinário (ITU), três (10%) tiveram sangramento, oito (26,6%) amniorrex e oito (26,6%) evoluíram sem alterações.

A hipertensão arterial é a doença cardiovascular mais comum que ocorre durante a gravidez. Diferentemente dos países desenvolvidos, a hipertensão arterial na gestação permanece como a principal causa de mortes maternas no Brasil, com um percentual de 37%. De acordo com o Ministério da Saúde (2000) a infecção do trato urinário representa um problema muito comum durante a gestação. Trata-se de uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal (DUARTE *et al.*, 2008).

Tabela 3 – Descrição das variáveis em relação ao contato, amamentação e orientação das mães de recém-nascidos internados na unidade neonatal.

Fortaleza – CE. 2015

Variáveis	n	%
Amamentou anteriormente		
Não	18	60,0
Sim	12	40,0
Sente-se segura na amamentação		
Não	20	63,4
Sim	10	36,6
Momento do contato com o filho		
Troca da incubadora	14	46,6
Dentro da incubadora	7	23,2
Ao colocar ao seio	6	19,9
Troca de fralda	1	3,3
Colocado no colo	1	3,3
Não havia tocado	1	3,3
Profissional que facilitou o contato		
Técnico de Enfermagem	21	66,7
Médico	3	10,0
Fonoaudióloga	1	3,3
Nenhum	5	16,6
Orientações para alta hospitalar		
Não	18	60,0
Sim	12	40,0
Sente-se preparada para cuidar do seu filho		
Não	19	60,1
Sim	11	39,9

Fonte: dados da pesquisa

A análise dos dados permitiu visualizar que 18 (60%) das mães não amamentaram seus filhos anteriormente e 12 (40%) já haviam amamentado. Quanto

à segurança para amamentar o filho prematuro, 20 (63,4%) relataram não se sentir segura, e dez (36%) se sentem seguras.

Cabe ressaltar o padrão ineficaz de alimentação do lactente, definido como capacidade prejudicada de um lactente sugar ou de coordenar a resposta sucção/deglutição, resultando em nutrição oral inadequada para as necessidades metabólicas, relacionado à prematuridade (NANDA-I, 2015).

Experiências progressas positivas relacionadas com a amamentação aumentam a chance de a mulher vir a amamentar seus filhos no futuro, enquanto que experiências negativas diminuem (CARANDINA, 2006). Isto mostra que a população envolvida no estudo apresenta fortes riscos de insucesso no aleitamento materno, o que deve ser motivo de maior atenção pela equipe de saúde.

A mãe que informa não ter amamentado seu filho anteriormente, necessita receber apoio e incentivo do enfermeiro, para que não cometa os mesmos enganos. Deve-se oferecer orientações e esclarecimentos para a mãe e para aqueles que compõem a rede de apoio (familiares e amigos), favorecendo-se a troca de conhecimentos e de experiências (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A rede de apoio é constituída pelos suportes familiares (marido, avós, tios), não familiares (amigos, vizinhos, empregada e outros), instituições (serviços de saúde, escola, outros) e profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, dentre outros) (SIMIONI; GEIB, 2008).

Sendo assim, o aleitamento materno deve ser ensinado às mulheres/nutrizas, principalmente às mães de recém-nascidos prematuros, visto que são muitos os obstáculos presentes neste processo. O enfermeiro tem o papel de informar as famílias sobre os benefícios do leite materno, fornecer suporte e cuidado à mulher nutriz e seu filho, propor intervenções para obter uma lactação efetiva e fortalecer o vínculo familiar (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Em relação ao momento no qual se deu o primeiro contato (toque) com o bebê na unidade neonatal, 14 (46,6%) disseram que tocaram seu filho no momento da troca da incubadora para limpeza, sete (23,2%) tocaram seu bebê dentro da incubadora, seis (19,9%) quando puseram o filho no seio para mamar, um (3,3%)

quando trocaram a fralda, um (3,3%) quando colocaram o RN no colo e um (3,3%) ainda não havia tocado em seu filho.

Souza *et al.* (2010) constataram em seu estudo que por longo período, o contato materno com o filho aconteceu apenas pelo toque, pela troca de fraldas e pela higienização.

A inclusão da mãe no cuidado ao RN, durante a internação, poderá facilitar o estabelecimento de comunicação e fortalecimento do vínculo afetivo. Da mesma forma, contribuirá para que os familiares possam cuidar de seus filhos após a alta hospitalar (TRONCO *et al.*, 2010).

Para construir o apego, é necessário tocar, acariciar, enfim, conhecer o bebê e as suas reações pelo toque, sendo esta uma forma de aproximar o binômio mãe-filho durante a hospitalização (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A capacitação da mãe para o cuidado do prematuro, no domicílio, deve ocorrer durante todo o período de internação, pois é neste momento que se estabelece a possibilidade de desenvolvimento de habilidades e de conhecimentos específicos, pelos pais, para o cuidado do bebê, no domicílio.

A atenção dispensada à mãe deve ser operacionalizada durante procedimentos como troca de fralda, no incentivo ao ato de tocar e acariciar o seu filho, na ordenha do leite materno, o qual deverá ser oferecido dessa forma, quando este não tem condições de ser amamentado ao seio (DUARTE *et al.*, 2010).

Os resultados obtidos mostraram que os profissionais que facilitaram o primeiro contato do binômio mãe-filho foram: 21 (72,4%) o técnico de enfermagem, 3 (10,3%) o médico, 1 (3,4%) o fonoaudiólogo e 4 (13,9%) tocaram o bebê sozinhas sem a ajuda de nenhum profissional. Os profissionais da equipe de enfermagem são os que passam mais tempo junto aos pacientes, principalmente os de nível médio. Este fato pode explicar o dado verificado no estudo, onde os técnicos de enfermagem foram os que mais promoveram o primeiro contato entre mãe e bebê.

Nos resultados acima as mães entrevistadas não citaram o enfermeiro como facilitador do primeiro contato com o bebê. Na visão da pesquisadora esse

fato se deve ao excesso de demandas para o enfermeiro na unidade neonatal, o que dificulta sua presença em todos os momentos do primeiro contato do binômio. Vale ressaltar que, o enfermeiro participa ativamente das orientações da mãe na alta, nas atividades de educação em saúde relacionadas com os cuidados com o recém-nascido.

Em estudo realizado por Tronco *et al.* (2010), as mulheres citaram a mediação da equipe de enfermagem durante a internação como uma grande aliada para a construção dos conhecimentos referentes ao cuidado domiciliar.

O profissional de saúde nas unidades neonatais e, em especial, a equipe de enfermagem exercem o papel de acompanhar o RN e sua família, dando-lhes suporte no processo de internação e transição para a alta hospitalar (ALVES; COSTA; VIEIRA, 2009).

Quanto às orientações relacionadas com a alta hospitalar, 18 (60%) das entrevistadas relataram que não foram orientadas até o momento da entrevista e 12 (40%) disseram que já haviam recebido algumas orientações. Em relação a sentir-se preparada para cuidar do prematuro em domicílio após a alta, 19 (60,1%) das puérperas afirmaram que não se sentem preparadas e 11 (39,9%) disseram que sim.

Percebe-se nas respostas que as mães necessitam de orientações para cuidar de forma adequada do seu filho. Cabe aos profissionais de saúde que prestam assistência ao recém-nascido, oferecer as informações necessárias no preparo da alta hospitalar. A mãe na unidade recebe muitas informações por ocasião da alta e muitas vezes não conseguem apreender tudo que lhe é transmitido em um curto espaço de tempo.

Tabela 4 – Descrição das dúvidas apresentadas pelas mães na alta hospitalar. Fortaleza- CE. 2015

Dúvidas na alta hospitalar	n	%
Banho	18	60,0
Amamentação	17	56,7
Engasgo	7	23,2
Cuidados gerais	5	16,6

Postura	3	10,0
Dieta complementar	3	10,0
Limpeza da casa	3	10,0
Medicação	2	6,6
Troca de fralda	2	6,6
Bolsa de colostomia	1	3,3
Febre	1	3,3

Fonte: dados da pesquisa

Os dados coletados na pesquisa mostraram que as mães entrevistadas têm dúvidas relativas aos cuidados domiciliares do filho prematuro: 18 (60%), a maioria, gostaria de saber mais sobre o banho. As dúvidas quanto à amamentação ocuparam o segundo lugar, sendo referidas por 17 (56,7%) participantes. Sete (23,2%) citaram o engasgo. Cinco (16,6%) relataram não saber como cuidar do RNPT de um modo geral. Três (10%) informaram não saber da posição correta para colocar o bebê para dormir (postura). Três (10%) queriam ser orientadas quanto à dieta complementar. Três (10%) queriam orientações sobre a limpeza da casa. Dois (6,6%) não sabem como administrar as medicações. Dois (6,6%) queriam saber sobre a troca de fraldas. Um (3,3) não sabia como trocar a bolsa de colostomia do bebê operado e um (3,3%) não sabia o que fazer caso o RN tivesse febre.

A prematuridade é um dos fatores de risco para paternidade ou maternidade prejudicada, definido como a vulnerabilidade à incapacidade do cuidador primário de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança e que pode comprometer seu bem-estar (NANDA –I, 2015).

Os resultados evidenciados na pesquisa mostram que as dúvidas das mães quanto aos cuidados domiciliares se referem aos cuidados básicos com o RN. Estudo realizado em São Carlos, SP, identificou que as principais dificuldades encontradas pelas mães, ao assistir o prematuro egresso de uma Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal daquela região, relacionavam-se aos cuidados básicos com o bebê, quando associavam o cuidado domiciliar a sentimentos de medo e de insegurança (FONSECA, 2002).

O preparo das mães deve ocorrer durante toda a internação, na tentativa de reduzir expectativas que venham dificultar a adaptação da família com o bebê

premature (RABELO *et al.*, 2007). Na unidade neonatal o enfermeiro deve estar sensibilizado para realizar essa atividade, pois se a mãe, encontra-se segura, o bebê será cuidado com mais habilidade.

Estudo cita que a alta hospitalar planejada, seguida de plano de cuidados, faz parte de um processo complexo que deve envolver, entre outras, a equipe de enfermagem, que se caracteriza como assistência vigilante, humanizada e individualizada. Todavia, observa-se que alguns profissionais ainda não visualizam a atividade como algo essencial na promoção da saúde do prematuro (SILVA; SOUSA, PADILHA, 2010).

O enfermeiro que atua na unidade neonatal, com recém-nascidos de risco deve estar atento às atividades que envolvem o cuidado e bem estar do prematuro. A alta hospitalar é um momento importante para as famílias, pois é a concretização na maioria das vezes de um sonho para maioria das mulheres, o de ser mãe, exercendo a sua maternidade.

5.2 VALIDAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Tabela 5 – Características dos especialistas participantes. Fortaleza, CE. 2015

Características	Especialistas
Idade (anos)	
≤35	3
>35	8

Profissão	
Enfermeiro	7
Médico	2
Terapeuta ocupacional	1
Fisioterapeuta	1
Titulação	
Doutor	4
Mestre	5
Especialista	2
Tempo de Formação (anos)	
<10	3
>10	8
Local de trabalho	
Hospital	6
Unidade Básica de Saúde	1
Universidade	1
Hospital e Universidade	3
Tempo de experiência em neonatologia (anos)	
<10 anos	3
>10 anos	8
Publicação de pesquisa na temática	
Saúde do recém-nascido	4
Saúde da criança	2
Saúde da mulher	4
Validação de tecnologias	2

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à caracterização dos especialistas, três tem até 35 anos de idade e oito tem mais de 35 anos. Quanto à profissão, a maioria, ou seja, sete são enfermeiras, duas são médicas, uma é fisioterapeuta e uma é terapeuta ocupacional. Em relação à titulação, quatro são doutoras, cinco são mestres e duas são especialistas.

Quanto ao tempo de formação, três trabalham a menos de dez anos e oito há mais de dez anos. Quanto ao local de trabalho, seis trabalham em hospital, uma em unidade básica de saúde, uma em universidade e três em hospital e universidade. Com relação à experiência em neonatologia, três trabalham na área há menos de dez anos e oito há mais de dez anos.

Quanto à produção científica, quatro tem publicações na área da saúde do recém-nascido, duas na saúde da criança, quatro na saúde da mulher e duas na temática de estudos de validação.

Observa-se que os especialistas participantes do estudo possuem experiência, juntamente com cursos de pós-graduação e/ou atuação na docência, fato que favorece um processo de validação mais criterioso, podendo-se verificar a capacidade que possuem para julgarem a adequabilidade do folder.

De acordo com os critérios de seleção dos especialistas estabelecidos inicialmente, verificou-se uma variação de seis a 61 pontos. Os especialistas iniciaram a validação avaliando inicialmente os objetivos do folder, o qual se refere aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE. Essa avaliação contemplou quatro itens que estão expostos no quadro dois com suas respectivas notas.

Quadro 2 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto aos objetivos do folder, programa de pós-graduação em Enfermagem / Mestrado / UFC, 2015

ITEM	TA	A	PA	I	IVC
1.1 As informações/conteúdos da TE são ou estão coerentes com as necessidades das mães	7	3	1	-	90,9
1.2 As informações/conteúdos são importantes para o esclarecimento dos cuidados domiciliares do RNPT	8	3	-	-	100,0
1.3 Convida e/ou instiga à mudança de comportamento e atitude para o cuidado	5	5	1	-	90,9
1.4 Pode circular no meio científico da área	7	2	2	-	81,3
1.5 A TE Atende aos objetivos de educação em saúde	6	5	-	-	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Quanto aos objetivos, todos os itens foram considerados validados, pois apresentaram IVC maior que 0,78.

Ressalta-se que a maioria dos especialistas classificou os itens como totalmente adequados.

O item 1.1 foi considerado como parcialmente adequado (PA) por uma especialista, que sugeriu alterações nos tópicos da amamentação e do banho (QUADRO 4) A solicitação foi atendida fazendo-se a modificação no folder.

Apenas uma especialista classificou o item 1.3 como parcialmente adequado, referente a *convidar e/ou instigar à mudança de comportamento e atitude para o cuidado*, no entanto, não sugeriu alteração.

Os itens 1.2 e 1.5 apresentaram unanimidade de respostas positivas pelos juízes, obtendo IVC de 100.0 o que significa que as informações do folder são importantes para o esclarecimento dos cuidados domiciliares do RNPT e que a TE atende aos objetivos de educação em saúde.

Após análise e avaliação dos objetivos, foi dado seguimento com a avaliação da estrutura e apresentação do folder. Essas se referem à forma de apresentar as orientações, incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação. O quadro três mostra as avaliações dos especialistas para esse tópico.

Quadro 3 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto à estrutura e apresentação do folder, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2015

ITEM	TA	A	PA	I	IVC
2.1 O Folder é apropriada para as mães dos RNPTs	6	5	-	-	100,0
2.2 As mensagens são claras e objetivas	6	3	2	-	81,8
2.3 As informações estão cientificamente corretas	5	4	2	-	81,8
2.4 O material está apropriado ao nível sócio-cultural das mães dos RNPTs	3	7	1	-	90,9
2.5 Há uma sequência lógica de conteúdo proposto	6	5	-	-	100,0
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	5	1	6	-	54,5
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento das mães dos RNPTs	5	4	2	-	81,8
2.8 As informações são coerentes	8	3	-	-	100,0
2.9 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	7	4	-	-	100,0
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	4	7	-	-	100,0
2.11 O material (papel/impressão) está apropriado	6	4	1	-	90,9
2.12 O número de páginas está adequado	6	5	-	-	100,0

Fonte: dados da pesquisa

No quesito estrutura e apresentação, com exceção do item 2.6, o folder foi validado, visto que os demais itens atingiram um IVC maior que 0,78. O item 2.6 referente à concordância e ortografia das informações atingiu um IVC de 54,5, em que 6 especialistas consideraram parcialmente adequado (PA). Para a adequação desse item utilizou-se os serviços de um professor de português.

Novamente, mais da metade dos especialistas classificou os itens como totalmente adequados, fato que contribui para o processo de validação do folder.

O item 2.2 referente à clareza e objetividade das mensagens do folder foi considerado parcialmente adequado por duas especialistas. Sugeriram alteração no tópico da amamentação e o acréscimo de imagens para as informações mais complexas. Foram acrescentadas duas figuras para atender a esta sugestão nos tópicos amamentação (uso do copinho para oferecer leite ao bebê) e engasgo.

O item 2.3, alusivo ao respaldo científico das informações, também foi considerado parcialmente adequado por duas especialistas. Recomendaram consultar a literatura do Ministério da Saúde. Ressalta-se que todas as orientações contidas no folder foram embasadas na literatura do MS e depois nos artigos científicos.

O item 2.4 relativo à adequação do folder ao nível sócio cultural das mães foi considerado parcialmente adequado por uma especialista, que não sugeriu alteração.

O item 2.7 que verifica se o estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento das mães dos RNPTs foi considerado parcialmente adequado por duas especialistas, que sugeriram a substituição de algumas expressões.

As sugestões apresentadas ao longo das avaliações dos itens citados acima, foram acatadas e serão explicitadas mais adiante na etapa de sugestões dos especialistas (QUADRO 4).

Quadro 4 – Distribuição das avaliações dos especialistas quanto à relevância do folder, programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2015

	TA	A	PA	I	IVC
3.1 O tema retrata aspectos-chave que devem ser reforçados	10	1	-	-	100,0
3.2 O material permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos	6	5	-	-	100,0
3.3 O folder propõe à construção de conhecimento	10	1	-	-	100,0
3.4 O material aborda os assuntos necessários para o saber das mães para os cuidados do RNPT	6	5	-	-	100,0
3.5 O Folder está adequado para ser usado por qualquer mãe	4	5	2	-	81,8

Fonte: dados da pesquisa

No que diz respeito à avaliação da relevância do material educativo, verificou-se que todos os itens foram validados, com IVC maior que 0,78.

Duas especialistas recomendaram observar se as mães não alfabetizadas que utilizarão o folder posteriormente, terão como entender as orientações. Vale ressaltar que todas as mães participantes do estudo possuem escolaridade, com média de 11 anos de estudo. No geral, sabe-se que no universo da clientela atendida na maternidade onde se desenvolveu a pesquisa, existem mães analfabetas e semianalfabetas, embora representando uma minoria. Vale ressaltar que no decorrer da avaliação do folder não nos deparamos com mulheres nesta situação. Este fato revela uma limitação da TE, que para ser aprofundada necessitará de estudos posteriores.

O IVC global da tecnologia foi de 92,96% ratificando a validação de aparência e conteúdo junto a especialistas.

Assim, finalizou-se a avaliação do folder pelos especialistas na área do construto, resultando em sua validação de aparência e conteúdo.

Quadro 5 – Apresentação das modificações sugeridas pelos especialistas

ITENS	SUGESTÕES
AMAMENTAÇÃO	<p>Substituir “Amamente em horário livre, em torno de oito a 12 vezes por dia” por “amamente em horário livre”.</p> <p>Substituir “pode variar de dez a 20 min,” por “a duração da mamada depende do bebê”.</p> <p>Substituir “se ele dormir por mais de 4h, acorde-o para mamar” por “se ele dormir por mais de 3h, acorde-o para mamar”.</p> <p>Citar os hospitais que possuem banco de leite, nos quais a mãe possa doar o leite materno (MEAC, HGF, H. César Cals...).</p> <p>Acrescentar 1 figura para ilustrar a posição correta para o bebê arrotar.</p> <p>Acrescentar uma figura para ilustrar a alimentação do bebê com copinho.</p>
BANHO	<p>Substituir “Enrole o bebê num paninho (como no berçário)” por “Enrole o bebê num paninho (como na maternidade)”.</p> <p>Substituir “apoie as costas em seu braço, segurando pelo braço esquerdo” por “ apoie as costas segurando pelo braço”</p> <p>Em “não use colônias”, acrescentar “nem talco”</p>
ENGASGO	<p>Modificar toda a redação do tópico para deixar mais claro o que fazer quando o bebê engasgar, citando a manobra para engasgo de bebês.</p> <p>Acrescentar uma figura para ilustrar a manobra para engasgo em bebês.</p>
CUIDADOS GERAIS	<p>Substituir “Nos primeiros dias evite passear com seus bebês em locais fechados e com muita gente” por “Evite passear com seu bebê nos primeiros dias”.</p>
SINAIS DE PERIGO	<p>Substituir “Temperatura baixa (menos de 36°)” por “ficar muito frio (temperatura corporal menor que 36,5°)”.</p> <p>Substituir “Temperatura alta (mais de 37,5°)” por “ficar muito quente (temperatura corporal maior que 37,5°)”.</p> <p>Substituir “respiração alterada” por “Não respira bem”.</p> <p>Substituir “Falta de apetite acentuado” por “Não come nada”</p> <p>Substituir “... <i>amarelidão</i>” por “... <i>pele amarela</i>”.</p> <p>Incluir “<i>Não urina</i>”.</p>
DIAGRAMAÇÃO	<p>Trocar a cor rosa da capa por uma cor mais neutra. Foi escolhida pela pesquisadora uma cor no tom salmon alaranjado.</p> <p>Deixar as páginas internas e externas com a mesma diagramação, inclusive as cores, utilizar fundo branco.</p>

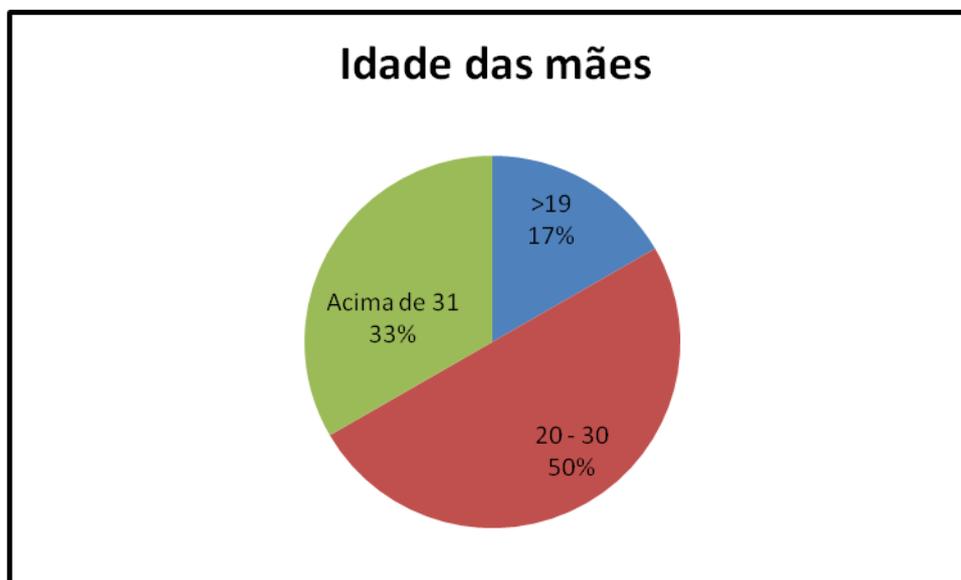
Fonte: dados da pesquisa

O quadro cinco apresenta todas as alterações que foram sugeridas pelos especialistas, prontamente acatadas para proceder a validação da tecnologia educativa construída no estudo.

5.3 AVALIAÇÃO DAS MÃES A RESPEITO DO FOLDER

No estudo, 30 mães foram convidadas para dar sua opinião em relação ao folder, que continha orientações para alta hospitalar. Constatou-se que as mães consideraram o material produzido como útil e muito bom.

Gráfico 1 – Descrição da idade materna do público alvo. Fortaleza-CE. 2015



Fonte: dados da pesquisa

Os resultados da pesquisa mostram que das 30 mães que avaliaram o folder, cinco (17%) mães são adolescentes, dez (33%) tem mais de 31 anos e 15 (50%) estão na faixa dos 20 aos 30 anos de idade.

Os dados obtidos mostram que a maioria (50%) das participantes da avaliação da tecnologia educativa estão na faixa etária de idade reprodutiva.

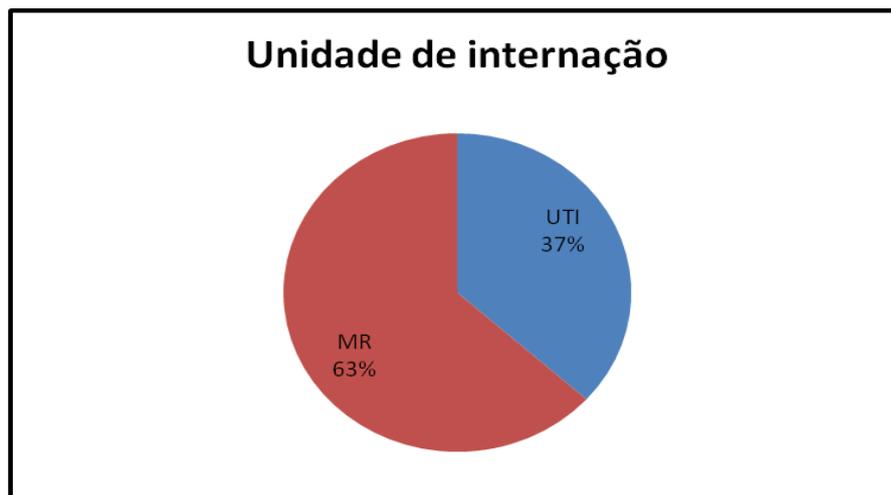
Gráfico 2 – Descrição do peso ao nascer dos RNs, Fortaleza-CE, 2015

Fonte: dados da pesquisa

A caracterização dos RNs das mães do público-alvo em relação ao peso de nascimento mostrou que dois (20%) dos bebês nasceram com menos de 1000g (extremo baixo peso), sete (23%) nasceram com peso entre 1000 a 1500g (muito baixo peso), 14 (47%) nasceram com peso entre 1501 a 2000g (baixo peso) e três (10%) acima dos 2000g.

Todos os recém-nascidos, num total de 30, nasceram com baixo peso. Existe uma relação evidente entre o baixo peso ao nascer e o risco aumentado, em até 58 vezes ou mais, de mortalidade se comparadas com crianças nascidas com peso adequado (BRASIL, 2006). O baixo peso ao nascer (<2500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Os prematuros geralmente nascem antes de atingir o peso satisfatório (BRASIL, 2011). Diante do exposto, percebe-se a importância de se trabalhar para a promoção da saúde desta parcela da população infantil, tão vulnerável aos agravos à saúde.

Gráfico 3 – Unidade de internação do RN Fortaleza-CE. 2015

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados relativos à unidade de internação dos bebês das mães participantes da avaliação da TE, mostram que a maioria (63%) estava internada na unidade de médio risco no momento da coleta, e a minoria (37%) encontrava internada na unidade de terapia intensiva neonatal. Convém ressaltar que boa parte dos bebês que estava no médio risco havia sido internada também na UTIN.

A prematuridade é a principal causa de internação nas unidades neonatais configurando-se como problema de Saúde Pública (DUARTE *et al.*, 2010)

Gráfico 4 – Tempo de permanência do RN na unidade neonatal Fortaleza-CE. 2015

Fonte: dados da pesquisa

Os dados que dizem respeito ao tempo de permanência do prematuro na unidade neonatal, evidenciam que a maioria (77%) dos bebês permaneceu internada por um período superior a 30 dias.

Silva e Silva (2009) em uma pesquisa realizada em unidade neonatal verificaram que o tempo de permanência dos neonatos variou de 24 a 113 dias, corroborando com os achados do estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos escores obtidos do folder pelo público alvo na unidade neonatal. Fortaleza-CE. 2015

Itens	Escore			Índice de validação de concordância
	Sim	EP	Não	
Informações apresentadas são importantes	30	-	-	100,0
Aprendeu informações novas	29	1	-	100,0
Mudará alguma atitude ao cuidar de seu filho	25	5	-	100,0
As informações do folder lhe ajudarão a cuidar do bebê em casa	30	-	-	100,0
Linguagem é fácil de entender	28	2	-	100,0
Todas as informações são necessárias	30	-	-	100,0
Os desenhos são interessantes	30	-	-	100,0
Letras e desenhos de tamanho adequado	30	-	-	100,0
Cores utilizadas são atrativas	30	-	-	100,0
Sentiu-se motivada a ler o folder	29	1	-	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à validação do folder pelo público alvo, obteve-se uma ótima receptividade das mães na avaliação. A maioria dos itens foi avaliada como adequado ou parcialmente adequado. Considerou-se como “adequado” os itens nos quais as mães responderam com a palavra “sim” e como parcialmente adequado os itens respondidos com a palavra “em parte”. Nenhuma das mães considerou os itens apresentados como inadequados, ou seja, não se verificou respostas negativas.

Quadro 6 – Descrição das impressões e sugestões em relação ao folder

Aspectos positivos do folder
“É útil e muito bom”.
“Linguagem clara e objetiva. Fácil de entender. Bem explicativo”.
“Contribui para orientar a mãe nos cuidados do bebê prematuro em casa”.
“Informa detalhes importantes que as mães desconheciam: posição correta para troca de fraldas, o banho com o bebê enroladinho, posição do bebê no berço”.
Sugestões para o folder
Inserção do tópico alimentação complementar

Fonte: dados da pesquisa

As mães foram unânimes em considerar o folder útil, adequado e importante para orientar nos cuidados do bebê prematuro em casa. Muitas delas já queriam levar a tecnologia para casa. As primíparas, ou seja, “as mães de primeira viagem” como se denominaram, acharam as informações muito interessantes, pois informaram não saber de certos detalhes contidos nos tópicos. Nesse sentido, o estudo ofereceu às mães recomendações sobre os cuidados a serem prestados ao recém-nascido após alta hospitalar.

Tecnologias educativas são ferramentas a serem utilizadas nos serviços de saúde como estratégia educativa, pois poderão melhorar o conhecimento em relação aos cuidados a serem prestados ao recém-nascido.

O folder validado poderá ser utilizado pelos enfermeiros e por outros profissionais da neonatologia, como um instrumento que facilitará a transmissão das informações sobre os cuidados do bebê prematuro em domicílio.

Como limitações do estudo, teve-se a escassez de estudos direcionados especificamente para os cuidados domiciliares do recém-nascido prematuro. A outra limitação, refere-se a avaliação da aplicação do folder à mães analfabetas, visto que não participaram da amostra, este fato demanda a necessidade de um estudo futuro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a identificação das principais dúvidas apresentadas pelas mães que se encontram na unidade neonatal. O banho destacou-se como um dos pontos mais citados pelas mães, seguido da amamentação, pois boa parte dos RNs encontrava-se internados na UTIN, sem terem tido a oportunidade para mamar ao seio materno. A construção da tecnologia educativa, no formato de um folder, se deu a partir das dúvidas das mães, coletadas com a entrevista.

A tecnologia educativa do tipo folder foi validada segundo conteúdo e aparência, com um IVC global de 92,96%. O processo de validação incluiu profissionais de saúde (especialistas) e as mães dos recém-nascidos. As contribuições dos juízes foram consideradas até a versão final.

O folder, validado, poderá ser aplicado pela equipe de saúde, em especial pelos enfermeiros, instrumentalizando as práticas educativas, nas orientações maternas dos cuidados domiciliares do RNPT em domicílio. Poderá ser amplamente utilizado pelas mães como reforço dos conhecimentos obtidos, como também no esclarecimento de possíveis dúvidas.

7 RECOMENDAÇÕES

Considerando-se os achados da pesquisa, recomenda-se que para melhorar a assistência prestada às mães/família e conseqüentemente aos RNs prematuros internados em unidades neonatais:

Para a equipe de neonatologia:

- Criar protocolo de alta para favorecer a padronização de condutas.
- Incluir a família no planejamento da alta o mais precocemente possível.
- Inserir as mães/família no processo de cuidar, favorecendo a participação nos cuidados básicos do bebê.
- Promover a criação e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê, acompanhando e orientando a participação nos cuidados básicos do RN na unidade neonatal.
- Estimular a formação de grupos de apoio à mãe do prematuro.
- Investir na construção e validação de tecnologias educativas.
- Utilizar os materiais educativos para instrumentalizar as atividades de educação em saúde.

Para os gestores de saúde:

- Instituir programa de aperfeiçoamento da equipe multidisciplinar.
- Oferecer apoio material para a permanência das mães como acompanhantes dos RNs no hospital (estrutura física, alimentação, materiais educativos, etc.).
- Oferecer apoio logístico para a construção de tecnologias educativas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.; M.; C, COLUCI, M.; Z.; O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. UNICAMP, SP. **Ciência e S. Colet.**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALVES, V. H.; COSTA, S. F.; VIEIRA, B. D. G. A permanência da família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: imaginário coletivo dos enfermeiros. **Cienc. Cuid Saúde.**, v. 8, n. 2, p. 250-256, 2009.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committe on fetus and newborn. hospital discharge of thehigh-riskneonate: proposed guidelines. **Pediatrics**, v.122, p.1119-1126, 2008.
- ANDRADE, I. S. N.; GUEDES, Z. C. F. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru Com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 1, p. 61-69, jan. / mar., 2005.
- ANDRADE, L. Z. C.; FREITAS, D. T.; HOLANDA, G. F.; SILVA, V. M.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Desenvolvimento e validação de jogo educativo: medida da pressão arterial. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2012.
- ANTUNES, J. C. P.; NASCIMENTO, M. A. L. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 5, p. 663 - 667, set./out. 2013.
- ARAÚJO, B. B. M. **Vivenciando a internação do filho prematuro na UTIN: (re)conhecendo as perspectivas maternas diante das demandas neonatais.** Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Rev Enferm UERJ**, v. 16, n. 2, p. 180-186, 2008.
- ARAÚJO, R. L. D.; NÓBREGA, A. L.; NÓBREGA, J. Y. L.; SILVA, G.; SOUSA, K. M. O., COELHO, D. C.; BORGES, H. E. Gravidez na adolescência: conseqüências voltadas para a mulher. **INTESA, Pombal - PB**, Brasil, v. 9, n. 1, p.15-22, jan./jun, 2015.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; DAL SASSO, G. T. M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-85, abr./jun. 2010.
- BALBINO, F. S. **Preocupações dos pais de recém-nascidos prematuros com a proximidade da alta da unidade de terapia intensiva neonatal.** Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2004.

BAPTISTA, S. S.; ALVES, V. H.; SOUZA, R. M. P.; RODRIGUES, D. P.; CRUZ, A. F. N.; BRANCO, M. B. R. L. Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2015.

BLOMQVIST, Y. T.; NYQVIST, K. H. Swedish mothers' experience of continuous Kangaroo Mother Care. **J. Clin. Nurs.**, v. 20, p. 1472-80, 2011.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 263-269, abr./jun. 2012.

BOTELHO, S. M.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, W. S.; PINTO, L. S.; RIBEIRO, V. M.; MACHADO, J. C. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde**. Brasília 2011. Disponível em; <http://portal.saude.gov/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29084&janela=1>. Acesso em 16 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e neonatal**. 2. ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Relatório anual socioeconômico da mulher**. Brasília, março, 2015. 181p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. **Guia para os Profissionais de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, v. 4. Brasília: MS, 2011.

_____. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: MS, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico**. Brasília: MS, 2002.

_____. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: MS; 2010.

_____. **Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos do Ministério da Saúde/OPS Série A Normas e Manuais Técnico**, n.107, Brasília: MS, 2002.

_____. **Lei 11265 de 03 de janeiro de 2006**. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também de produtos de puericulturacorrelatos. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96062/lei-11265-06>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. **Manual da gestação de alto risco.** Brasília, 2000.

_____. **Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS, 2009

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde – Brasília: 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** mortalidade perinatal. Brasília: MS; 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil.** Brasília: MS, 2006.

_____. Secretaria de atenção à Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. **Guia para os Profissionais de Saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, v. 1. Brasília: MS, 2011.

_____. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. **Nascim p/resid. mãe por Duração de gestação segundo Unidade da Federação.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>2014 Acesso em: 10 jun. 2015.

BUARQUE, V.; LIMA, M. C.; SCOTT, R. P.; VASCONCELOS, M. G. L. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. **J Pediatr (Rio J)**, v. 82, n. 4, p. 295-301, 2006.

CAMPOS, A. C. S.; ODÍSIO, M. H. R.; OLIVEIRA, M. M. C.; ESTECHE, C. M. G. C. E. O recém-nascido na unidade de internação neonatal: o olhar da mãe. **Rev. Rede Enferm. Nordeste**, Fortaleza, v.9, n.1, p. 52-59, jan./mar. 2008.

CARMONA, E. V.; VALE, I. N.; OHARA, C. V. S.; ABRÃO, A. C. F. V. Diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” em mães de recém-nascidos hospitalizados. **Rev. Latino Am. Enferm**, v. 21, n. 2, mar./abr. 2013.

CARTAXO, L. S.; TORQUATO, J.A.; AGRA, G.; FERNANDES, M. A.; PLATEL, I. C. S.; FREIRE, M. E. M. **Rev Bras enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 551-557. jul./ago. 2004.

COCKCROFT, S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? **J. Neonat. Nurs.**, v. 18, p. 105-110, 2012.

COMO FAZER FOLDER. Disponível em: http://www.portal.santos.sp.gov.br/seduc/e107_files/downloads/formacoes/folders.pdf. Acesso em: 15 ago. 2015.

COSTA, G. R. C.; CHEIN, M. B. C.; GAMA, M. E. A.; COELHO, L. S. C.; COSTA, A. S. V.; CUNHA, C. L. F.; BRITO, L. M. O. Caracterização da cobertura do pré-natal no estado do Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.6, n. 63, 2010.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 1, p.19-26, jan-fev, 2012.

CUSTÓDIO, N.; ABREU, F. C. P.; MARSKI, B. S. L.; MELLO, D. F.; WERNET, M. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em Domicílio:revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 984-991, out./dez., 2013.

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

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para a autoeficácia da amamentação**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- Ceará, 2011, 166p.

DOMINGUES, A. **Tecnologia (uma definição)**. Disponível em: <<http://www.tecnologiasinformação.com>>. Acesso em: 12 set. 2014.

DUARTE, A. S.; SANTOS, W. S.; SILVA, L. D. B.; OLIVEIRA, J. D.; SAMPAIO, K. J. A. J. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set. 2010

DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

EHRENKRANZ, R. A. Growth out com es of very low-birth weight infants in the new born intensive care unit. **Clin Perinatol.**, v. 27, n. 2, p. 325-45, 2000.

ELEUTÉRIO, F. R. R.; ROLIM, K. M. C.; CAMPOS, A. C. S.; FROTA, M. A.; OLIVEIRA, M. M. C. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe-canguru. **Ciênc. cuid. saúde.**, v.7, n. 4, p. 439-446, 2008.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 14 ago. 2014.

FARIA, C. M. R. **O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

FEHRING, R. J. Methods to validad nursing diagnoses, **Heart and Lung.**, v. 16, n. 6, p. 625-9, nov. 1987.

FERECINI, G. M.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; DARÉ, M. F.; ASSIS, C.F.; SCOCHI, C. G. S. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um Programa educativo. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2009.

FIGUEIROA. A técnica y bioética em enfermagem: um desafio permanente. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 9, n.1, p. 9-24, jan./abr., 2000.

FONSECA, E. L.; MARCON, S. S. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 1, p. 11-7, jan./fev. 2011.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro**: cartilha educativa para orientação materna. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP; Ribeirão Preto 2002.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M.; LEITE, A. M. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

FREIRE, C. M. V.; TEDOLDI, C. L. Hipertensão arterial na gestação. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, supl. 1, dec. 2009.

FROTA, M, A. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Anna Nery Rev. Enf.**, v. 17, p. 227-283, 2013.

GAÍVA, M. A. M.; NEVES, A. Q.; SILVEIRA, A. O.; SIQUEIRA, P. M. G. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectivas da equipe de saúde e familiares. **Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 387-392, out./dez. 2006.

GAÍVA, M. A. M.; FERRIANI, M. G. C. Prematuridade: vivências de crianças e familiares. **Acta Paul Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 17-27, 2001.

GAÍVA, M. A. M.; NEVES, A. Q.; SILVEIRA, A. O.; SIQUEIRA, F. M. G. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **REME: Rev Min Enferm**, v. 10, n. 4, p. 387-92, out./dez. 2006.

GARDNER, M. R.; DEATRICK, J. A. Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. **Issues Compr Pediatr Nurs.**, v. 29, p. 25-44, 2006.

GOLDENBER, G. P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**; v. 21, n. 4, p. 1077 - 1085, jul./ago. 2005.

HERDMAN, T. H. **Nanda-i nursing diagnoses**: definitions & classification, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde- PNDS**. 2006. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/pesquisa-nacional-sobre-demografia-e-saude-pnds>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Relación madre-hijo**: impacto de la separación e perdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Medica Panamericana, 1978.

KOZU KT, GODINHO LT, MUNIZ MVF, CHIARIONI P. **Mortalidade infantil**: causas e fatores de risco-um estudo bibliográfico. Homepage do Medstudents [on-line] 2006. Disponível em: <<http://www.medstudents.com.br/original/original/mortinf/mortinf.htm>> Acesso em: 10 ago. 2015.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LAWN, J. E.; COUSENS, S.; ZUPAN, J. Lancet Neonatal Survival Steering Team – 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? **Lancet.**, v. 365, n. 9462, p. 891-900, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LOPES, E. M.; ANJOS, S. J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil, **Rev. Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. p.273-277, abr./jun.; 2009.

LOPES, G. L.; ANDERSON, K. H.; FEUTCHINGER, J. Transition of premature infants from hospital to home life. **Neonatal Netw.**, v. 31, p. 207-14, 2012.

LOPES, T. C.; MOTA, J. A. C.; COELHO, S. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no Sistema Único de Saúde. **Rev Latinoam Enfermagem.**, v. 15, n. 4, p. 543-48, jul./ago. 2007.

LUMLEY, J. Defining the problem: the epidemiology of preterm birth. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 110, Supl. 20, p. 3-7, 2003.

MARTINEZ, J. G.; FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C.G.S. Participação das mães / pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. 2, p. 239-246, mar./abr. 2007.

MARTINS, A. K. L.; NUNES, J. M.; NÓBREGA, M. F. B.; PINHEIRO, P. N. C.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C.; FERNANDES, A. F. C. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, p. 324-29, 2011.

MARTINS, E. M. C. S. **Avaliação da informação oral e escrita como intervenção educativa no conhecimento da mãe sobre o cuidado do recém-nascido prematuro**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2012.

MARTINS, L.; OLIVEIRA, E. A. Percepções da mãe diante dos cuidados de saúde oferecidos ao binômio mãe/recém-nascido na internação neonatal. **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 2, p. 107-116, 2010.

MEHRY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.

MELLO, D. F.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; LIMA, R. A. G. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. **Neonatal Netw.**, v. 21, n. 1, p. 30-34, 2002.

MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a Enfermagem neonatal. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 219- 226, abr./jun. 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: vozes, 2010.

MORAIS, A.C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta paul. Enferm**, vol.22, n.1, p.24-30, 2009.

MOREIRA, F. M.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, p. p. 184-8, 2003.

NASCIMENTO, M. H. M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**. 2012, 172p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém, Pará, 2012.

OLIVEIRA, K. K. D.; FERNANDES, A. P; H. S.; FERNANDES, A. P. N. L.; SOLANO, L. C.; SANTOS, A. L. D.; MONTEIRO, A. I. Assistência de enfermagem aos pais e ao recém-nascido de risco em uma uti neonatal. **Rev enferm UFPE online**. Recife, v. 7, n. 6, p. 4452-4458, jun., 2013

OLIVEIRA, L. M. P.; ASSIS, A. M.; GOMES, G. S. S.; PRADO, M. S.; BARRETO, M. L. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1515-1530, 2005.

OLIVEIRA, M. S; FERNANDESA. F. C; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 115-23, 2008.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev. Esc. Enferm. USP.**; v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Acesso: 10 jun. de 2015. www.who.int/reproductivehealth.

PARKER, J. D.; SCHOENDORF, K. C.; KIELY, J. L. A comparison of recent trends in infant mortality among twins and singletons. **Pediatr Perin Epidemiol**, v. 15, n. 1 p. 12-18, jan. 2001.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: UnB; 1997.

PEREIRA, M. N.; CUNHA, A. A.; MONTENEGRO, C. A. B. Considerações sobre o parto na gestação gemelar diamniótica. **FEMINA.**, v. 37, .n. 8, ago. 2009. Disponível em <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n8p437-42.pdf>> Acesso em 12 ago. 2015.

PERROCA, M. G; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes. Coeficiente de Kappa. **Rev.Esc. Enf. Usp**, v. 37, 2003.

PINOTTII, J. A. Uma radiografia da prematuridade. **Jornal da UNICAMP**, Campinas São Paulo, 640, out. 2015, n.. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/ju/640/uma-radiografia-da-prematuridade>> Acesso em: 12 ago. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** - métodos, avaliação e utilização. 7. ed, Porto Alegre: Art Médica, 2011.

PRIDHAM, K. A.; KROLIKOWSKI, M. M.; LIMBO, R. K.; PARADOWSKI, J. B.; RUDD, N.; MEURER, J. R. Guiding Mother's management of health problems of very Low birth-weight infants. **Public Health Nursing**, v. 23, n. 3, p. 205-215, 2006.

RABELO, M. Z. S.; CHAVES, E. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SHERLOCK, M. S. M. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm.**, v.; 20, n. 3, p. 333-337, 2007.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF.**, v. 16, n. 2, p. 215-225, maio/ago. 2011.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

REIS, M.; CRESPO, A. **O impacto da renda domiciliar sobre a saúde infantil no Brasil**. Secretaria de Assuntos Estratégicos. Rio de Janeiro. Fev. 2009. Instituto de

Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Disponível em <www.ipeec.gov.br/portal/index.php?option=com-ontent&view=article&id=4715> acesso em set/15.

ROCHA, D. K. L.; FERREIRA, H. C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n.1, p. 24-28, 2013.

ROLNIK, D. L; BITTAR, R. L; CARVALHO, M. H. B; ZUGAIB, M; FRANCISMO, R. P. V. Predição do parto prematuro: avaliação sequencial do colo uterino e do teste para proteína-1 fosforila da ligada ao fator de crescimento insulina-símile. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 9, set. 2013.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto, Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-7, abr./jun. 2010.

SANTORO JUNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 83, p. 541–546, 2007.

SANTOS, A. M. A.; TEJADA, C. A. O.; EWERLING, F. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural. **RESR**, Piracicaba-SP, v. 50, n. 3, p. 473-492, jul./set. 2012.

SANTOS, L. M.; SILVA, C. L. S.; SANTANA, R. C. B.; SANTOS.; V. E. P. Vivências Paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 5, p. 788-794, set./out. 2012.

SASS, N. HWANG, S. M. dados Epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diag. Tratamento.**, v. 14, n. 4, p. p. 133-37, 2009.

SCHERF, R. F.; REID, K. W. Going home: what NICU nurses need toknow about homecare. **Neonatal Netw**, v. 25, n. 6, p. 421-25, nov./dez. 2006.

SCHIMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar o recém-nascido prematuro. **Rev. Min. Enferm.**,v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro:** bases teóricas para o cuidado de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev Latinoam Enferm.**, v.11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SILVA, M. C. M.; SOUSA, R. M. C.; PADILHA, K. G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 224-232, mar./abr. 2010.

SILVA, V. G.; OLIVEIRA, L. N. Orientações de enfermagem na alta do recém-nascido prematuro. **Rev. Enferm. UNISA**, n. 8, p. 78-81, 2007.

SILVA, V. R.; SILVA, I. A.; A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 108-115, jan./mar., 2009.

SIMIONI, A. S.; GEIB, L. T. C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, 2008; v. 61, n. 5, p. 645-651, set./out. 2008.

SIMÕES, V. M. F.; SILVA, A. A. M.; BETTIOL, H.; LAMY-FILHO, F; TONIAL, S. R, MOCHEL, E. G. gravidez na adolescência: características de grávidas na adolescência em São Luís do Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan./mar. 2011.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C.; JÚNIOR, H. A. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. **Rev. Min. Enferm.**; v. 14, n. 2, p. 159-165, abr./jun. 2010.

SOUZA, N. L.; PINHEIRO-FERNANDES, A. C.; CLARA-COSTA, I. C.; CRUZ-ENDERS, B. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Rev. Salud Publica**, v. 12, p. 356-67, 2010.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

TAVARES, L. A. M. **Uma declaração universal dos direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 12, n. 4, out./dez.2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12470>>. Acesso em: 12 set. 2014.

TELES, L. M. R. **Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto**. 110p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** São Paulo: Atlas, 2007.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Rev Gaucha Enferm**, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007.

TRONCO, C. S.; PADOIN, S. M. M.; NEVES, E. T.; LANDERDAH, M. C. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.108-113, jan./mar. 2010.

UNICEF. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade de Pelotas. **A prematuridade e suas possíveis causas.** Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.universidadede.pelotas.gov.br.pdf>>.. Acesso em: 20 ago. 2014.

VASCONCELOS, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio para mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/ PE.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCHI, C. G. S. Significado atribuídos a vivência materna com acompanhantes do recém-nascido pré-termo de baixo peso. **Rev Bras Saúde Matern Infantil**, v. 6, n. 1, p. 47-57, 2006.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18 n. 1, p. 74-82, jan./mar. 2009.

VINAGRE, R. D.; DINIZ, E. M. A. **O leite humano e sua importância na nutrição do recém-nascido prematuro.** São Paulo: Atheneu, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2006.

WERNET, M. **Experiência de tornar-se mãe na unidade de cuidados intensivos neonatal.** Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ZIMMERMAN, M.; NEWTON, N.; FRUMIN, L.; WITLET, S. **Developing health and family planning materials for low literature audience: a guide.** Washington (DC): PATH; 1996. 64p.

ZVEITER, M.; PROGIANTI, J. M. A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém-nascido. **Rev enferm UERJ.**, v. 14, p. 593-598, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 Dados de Identificação da mãe – Nº _____

1.1. Idade: _____

1.2. Estado Civil:

1. () Solteira 2. () Casada 3. () Viúva 4. () Sep. Judicialmente/divorciada
5. () União consensual

1.3. Escolaridade: _____

1.4. Ocupação Habitual: _____

1.5. Nº de filhos nascidos vivos: _____

1.6. Duração da gestação: _____

1.7. Nº de consultas de pré-natal da última gestação: _____

1.8. Apresentou algum problema de saúde: Não () Sim ()

1. () Diabetes 2. () Hipertensão Arterial 3. () Ansiedade 4. () Depressão
5. () Doença Cardíaca 6. () Sífilis 7. () Outros _____

1.9. Local de realização do pré-natal. () UBS () Hospital () Clínica Particular
() não realizou pré-natal

2 Dados do recém-nascido/lactente

2.1. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino 3. () Ignorado

2.2. Peso ao nascer: _____

2.3. Peso atual: _____

2.4. Idade gestacional: _____

2.5. Idade da criança (dias) no momento da coleta: _____

2.6. Tipo de parto: () vaginal () cesáreo

2.7 Motivo da internação

() Prematuridade () SDR () INN () Sífilis () Outros _____

Data da admissão: ___/___/____ Alta ___/___/____

3. Amamentou anteriormente? Por quanto tempo? _____

4. Sente-se segura para amamentar seu filho? _____

5. Em que momento teve contato físico (pegou) com seu filho na unidade neonatal?

6. Qual profissional estimulou / facilitou este primeiro contato?

7. Durante a sua permanência na unidade com seu filho quais os cuidados que você realizou? _____

8. Você recebeu alguma orientação sobre o preparo para alta hospitalar do seu filho? Em que momento? _____

9. Você se sente preparada para cuidar do seu filho em casa?

10. Que dúvidas você tem para cuidar do seu bebê em casa, ao sair de alta hospitalar?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

TÍTULO DO ESTUDO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

Prezada senhora

Sou enfermeira e estou cursando o Mestrado Profissional em Saúde da criança e do adolescente, na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Estou convidando a senhora a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, onde pretendo identificar as principais dúvidas das mães nos cuidados domiciliares dos recém-nascidos prematuros, para depois construir um folder que conterá orientações sobre os cuidados do prematuro após a alta hospitalar. Contarei com a orientação da Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves vinculada ao referido Curso. Caso a senhora concorde em participar do estudo, eu realizarei uma entrevista durante a sua permanência na maternidade aplicando um roteiro de entrevista que contém perguntas sobre identificação, dados socioeconômicos, antecedentes obstétricos, dados da gravidez atual/parto, dados do seu bebê, entre outras perguntas. Os riscos da pesquisa serão mínimos, tais como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pela entrevistadora. Asseguro-lhe total sigilo dos dados coletados e o direito de retirar-se da pesquisa, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Os benefícios desse estudo é proporcionar a senhora e às outras mães orientações que ajudarão nos cuidados do bebê em casa, após sair de alta. Os dados do estudo serão usados exclusivamente com fins científicos. A senhora não será paga nem terá despesas para participar desse estudo. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível melhorar a qualidade da nossa assistência. Este Termo de Consentimento Livre e esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada). Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Glaucia Maria Nóbrega Rocha pelo telefone (85) 32836538. O Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone (85) 33668569.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

TÍTULO DO ESTUDO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA O CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

Prezada senhora

Sou enfermeira e estou cursando o Mestrado Profissional em Saúde da criança e do adolescente, na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Estou convidando a senhora a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade, onde pretendo identificar as principais dúvidas das mães nos cuidados domiciliares dos recém-nascidos prematuros, para depois construir um folder que conterá orientações sobre os cuidados do prematuro após a alta hospitalar. Contarei com a orientação da Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves vinculada ao referido Curso. Caso à senhora concorde em participar do estudo, eu solicitarei que faça a avaliação de uma tecnologia educativa no formato de folder, construído nesta pesquisa. A senhora responderá a um questionário com dez perguntas referentes às características do material educativo. Os riscos da pesquisa serão mínimos, tais como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pela entrevistadora. Asseguro-lhe total sigilo dos dados coletados e o direito de retirar-se da pesquisa, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Os benefícios desse estudo é proporcionar à senhora e às outras mães orientações que ajudarão nos cuidados do bebê em casa, após sair de alta. Os dados do estudo serão usados exclusivamente com fins científicos. A senhora não será paga nem terá despesas para participar desse estudo. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível melhorar a qualidade da nossa assistência. Este Termo de Consentimento Livre e esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistada). Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Glaucia Maria Nóbrega Rocha pelo telefone (85) 32836538. O Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone (85) 33668569.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que meu filho será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA AS MÃES ADOLESCENTES

Você está sendo convidado, com autorização de seus pais/cuidadores, a participar de uma pesquisa intitulada “Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro”. Essa pesquisa será realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand onde seu bebê encontra-se internado. Você responderá a um questionário e a perguntas feitas pela pesquisadora que irão ajudar na construção de um material educativo para orientar os cuidados domiciliares dos bebês prematuros ao sair de alta hospitalar. Os riscos em participar serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pelo o entrevistador. Asseguro-lhe total sigilo dos dados coletados e o direito de retirar desse estudo, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você nem para o seu filho. Você não terá despesas e não receberá dinheiro para participar do estudo. Os benefícios desse estudo é proporcionar a você e outras mães orientações que ajudarão nos cuidados dos bebês em casa, após a alta hospitalar. Os resultados da pesquisa serão divulgados em uma dissertação de mestrado, em revistas científicas na área de enfermagem e eventos científicos. Este termo de consentimento será elaborado para você em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Este Termo de Assentimento será impresso em duas vias, sendo que uma ficará com a pesquisadora e a outra com você. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Glaucia Maria Nóbrega Rochapelo telefone (85) 32836538 / 86967338. O Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone (85) 33668569.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE E
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

N. _____

1 IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Instituição onde se graduou: _____

Ano de conclusão da graduação: _____

Local de trabalho: _____

Experiência em Enfermagem neonatal (em anos): _____

2 QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Formação _____ Ano _____

Especialização _____ Ano _____

1

Especialização _____ Ano _____

2

Mestrado em _____ Ano _____

Doutorado em _____ Ano _____

APÊNDICE F

CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES

Ilmo (a)Sr(a),

Estou desenvolvendo um estudo intitulado “*Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro*”. Para alcançar os objetivos propostos no estudo, faz-se necessário elaborar e validar um folder.

Portanto, reconhecendo sua experiência profissional e certa de sua valiosa contribuição nessa etapa do estudo, venho convidá-lo(a) para emitir seu julgamento sobre o conteúdo do folder respondendo ao questionário em anexo.

Solicito sua contribuição nas atividades abaixo:

1. Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
2. Preencher os dados de caracterização dos juízes;
3. Apreciação e análise do folder por meio do Formulário de Validação de Conteúdo;
4. Comentários, críticas e sugestões sobre o folder.

Para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito por gentileza, a devolução do material em até 10 (dez) dias.

Desde já agradeço sua disponibilidade para contribuir com esse estudo e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Gláucia Maria Nóbrega Rocha

Telefone: (85) 32838538

E-mail: glauciamnrocha@yahoo.com.br

Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves (Orientadora)

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Rua Cel. Nunes de Melo s/n Rodolfo Teófilo

CEP 60.430-270

Telefone: (85) 85 33668500

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)

O(a)Sr(a). está sendo convidado(a) a participar, na qualidade de juiz, de uma pesquisa intitulada “*Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro*”; a ser desenvolvida por Glaucia Maria Nóbrega Rocha, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Edna Maria Camelo Chaves vinculada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE); cujos objetivos são identificar as dificuldades das mães nos cuidados domiciliares do recém-nascido prematuro, elaborar e validar um folder para orientações dos cuidados domiciliares do prematuro. Nessa perspectiva, foi elaborado um folder com roteiro e figuras para promoção do cuidado domiciliar dos prematuros. Logo, esse material precisa ser submetido a um processo de avaliação denominado validade de conteúdo, de modo a conferir maior credibilidade ao mesmo. O(a)Sr(a) receberá um questionário de caracterização dos juízes e uma versão do material elaborado, bem como um formulário contendo os critérios que deverão ser analisados no material. Os riscos da pesquisa serão mínimos como: desconforto, constrangimentos que serão amenizados pelo o entrevistador. Asseguro-lhe total sigilo dos dados coletados e o direito de retirar da pesquisa, em qualquer momento se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você. Os benefícios do estudo serão indiretos, pois as informações coletadas serão utilizadas para a construção de um folder com orientações sobre cuidados do recém-nascido prematuro após a alta hospitalar. Os dados desse estudo serão usados exclusivamente com fins científicos. O(a) Sr(a) não será pago nem terá despesas para participar deste estudo. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível melhorar a qualidade da nossa assistência às mães adolescentes. Este termo de consentimento será elaborado para você em duas vias, uma para você e outra para os arquivos do projeto. Caso tenha dúvidas entre em contato com a pesquisadora Glaucia Maria Nóbrega Rocha pelo telefone (85) 32836538 / 86967338. O Comitê de Ética e pesquisada Maternidade Escola Assis Chateaubriand encontra-se disponíveis para maiores esclarecimentos pelo telefone: (85) 33668569.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) compreendi para que serve o estudo e qual o procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE H

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (ESPECIALISTAS)

Data: ____/____/____

Nome da Tecnologia Educativa: Folder “Construção e Validação de Tecnologia Educativa Para o Cuidado Domiciliar do Recém-Nascido Prematuro.

Parte1-IDENTIFICAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Código/Pseudônimo:____Idade: ____ Sexo:()M ()F

Área de formação__Tempo de formação_____

Função/cargo_____Tempo de trabalho:_____

Titulação:

Especialização ()Mestrado ()Doutorado ()

Especificara área: _____

PARTEII-INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a Tecnologia Educacional.Em seguida analise o instrumento educativo marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê a sua opinião d acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração

1-Totalmente adequado

2-Adequado

3-Parcialmente adequado

4-Inadequado

Para as opções 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado após o item .Não existem respostas corretas ou incorretas..O que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

OBJETIVOS – Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da Tecnologia Educativa (TE)

1.1 As informações/conteúdos são ou estão coerentes com as necessidades das mães	1	2	3	4
1.2 As informações/conteúdos são importantes para o esclarecimento dos cuidados domiciliares do RNPT	1	2	3	4
1.3 A TE Convida e /ou instiga à mudança de comportamento e atitude para o cuidado domiciliar do prematuro	1	2	3	4
1.4 A TE Pode circular no meio científico da área	1	2	3	4
1.5 A TE atende aos objetivos de educação em saúde	1	2	3	4

2-ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral ,estrutura ,estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O Folder é apropriado para as mães dos RNPTs	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas	1	2	3	4
2.4 O material está apropriado ao nível sócio-cultural das mães dos RNPTs	1	2	3	4
2.5 Há uma seqüência lógica do conteúdo proposto	1	2	3	4
2.6 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia	1	2	3	4
2.7 O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento das mães dos RNPTs	1	2	3	4
2.8 As informações são coerentes	1	2	3	4
2.9 O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	1	2	3	4
2.10 As ilustrações estão expressivas e suficientes	1	2	3	4
2.11 O material (papel/impressão) está apropriado	1	2	3	4
2.12 O número de páginas está adequado	1	2	3	4

3 – RELEVÂNCIA – Refere-se as características que avalia o grau de significação do material educativo apresentado.

3.1 O tema retrata aspectos-chave que devem ser reforçados	1	2	3	4
3.2 O material permite a transferência e generalização do aprendizado a diferentes contextos	1	2	3	4
3.3 O folder propõe à construção de conhecimento	1	2	3	4
3.4 O material aborda os assuntos necessários para o saber das mães para os cuidados do RNPT	1	2	3	4
3.5 O Folder está adequado para ser usado por qualquer mãe	1	2	3	4

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES (Pode utilizar o verso da folha)

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADEQUABILIDADE DE MATERIAL EDUCATIVO A SER APLICADO ÀS MÃES -

DATA: ___/___/___

Olá prezadas mães! Vamos ajudar a avaliar o folder Cuidados Domiciliares do Recém-Nascido Prematuro?

Leia atentamente o folder e depois, responda a cada questão. Lembre: Não existem respostas corretas ou erradas, o que importa é a sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

Nome Completo:		Idade:		
Unid. do RNPT		Tempo de internação		
	Itens	Sim	Em Parte	Não
1	As informações apresentadas são importantes para você?			
2	Você aprendeu informações novas?			
3	Você mudará alguma atitude ao cuidar de seu filho prematuro em casa?			
4	As informações do folder lhe ajudarão a cuidar do seu bebê em casa?			
5	A linguagem do jogo é fácil de entender?			
6	Existem informações desnecessárias no folder?			
7	Os desenhos do folder são interessantes?			
8	O tamanho das letras e dos desenhos é adequado?			
9	As cores utilizadas no folder são atrativas?			
10	Você se sentiu motivada a ler o folder até o final?			

Opiniões Pessoais:

a) O que você gostou no folder “Cuidados Domiciliares do Recém-Nascido Prematuro”?

b) Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar o folder “Cuidados Domiciliares do Recém-Nascido Prematuro”?

APÊNDICE J FOLDER COMO CUIDAR DO SEU FILHO

AMBIENTE

- Mantenha sua casa limpa e arejada.
- Evite excesso de luz e de barulho.
- Não deixe que fumem dentro de casa.

VISITAS

- Evite visitas nos primeiros dias, pois o prematuro tem poucas defesas.
- Todos devem lavar as mãos e usar álcool gel.
- Limite o tempo e o número de visitantes.
- Não receba pessoas doentes.

CUIDADOS GERAIS

- Evite passear com seu bebê nos primeiros dias.
- Não durma com o bebê na cama. É perigoso machucá-lo.
- Só lhe dê remédios se passados pelo médico.
- Lave as roupas do seu bebê com sabão neutro. Não use amaciantes nem alvejantes. Seque as roupas ao sol e passe a ferro.

SINAIS DE PERIGO

Se o bebê:

- ficar muito frio (temperatura corporal menor que 36,5°C) ou muito quente (temperatura corporal maior que 37,5°C).
- tiver dificuldade para respirar.
- não beber e/ou não comer nada.
- apresentar tremores, choro fraco, gemência, sonolência, pele roxa, palidez, convulsão, vômitos, barriga inchada e pele amarela.
- parar de urinar.

➤ *Procure o Serviço de Saúde com Urgência*

ENCAMINHAMENTOS

- Compareça às consultas marcadas (3ª etapa, triagem auditiva, etc.)
- Quando o bebê pesar 2 kg vá ao posto de saúde para aplicar a vacina BCG. Mantenha todas as vacinas em dia.

IMPORTANTE:

- Se o bebê adoecer após a alta num intervalo de até 5 dias, procure atendimento na maternidade. Se for preciso, ele poderá ser reinternado.



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente
Pós-Graduada: Gláucia Ma. Nóbrega Rocha
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Edna Ma. Camelo Chaves
Ilustração e Design: David Arrado Mourão
davidilustr@outlook.com

COMO CUIDAR DO BEBÊ PREMATURO EM DOMICÍLIO



“O bebê prematuro corre mais riscos de adoecer. Por isso necessita de atenção e de cuidados especiais, além de uma dose extra de amor.”

AMBIENTE

- Mantenha sua casa limpa e arejada.
- Evite excesso de luz e de barulho.
- Não deixe que fumem dentro de casa.

VISITAS

- Evite visitas nos primeiros dias, pois o prematuro tem poucas defesas.
- Todos devem lavar as mãos e usar álcool gel.
- Limite o tempo e o número de visitantes.
- Não receba pessoas doentes.

CUIDADOS GERAIS

- Evite passear com seu bebê nos primeiros dias.
- Não durma com o bebê na cama. É perigoso machucá-lo.
- Só lhe dê remédios se passados pelo médico.
- Lave as roupas do seu bebê com sabão neutro. Não use amaciantes nem alvejantes. Seque as roupas ao sol e passe a ferro.

SINAIS DE PERIGO

Se o bebê:

- ficar muito frio (temperatura corporal menor que 36,5°) ou muito quente (temperatura corporal maior que 37°).
- tiver dificuldade para respirar.
- não beber e/ou não comer nada.
- apresentar tremores, choro fraco, gemência, sonolência, pele roxa, palidez, convulsão, vômitos, barriga inchada e pele amarela.
- parar de urinar.

➤ *Procure o Serviço de Saúde com Urgência*

ENCAMINHAMENTOS

- Compareça às consultas marcadas (3ª etapa, triagem auditiva, etc.)
- Quando o bebê pesar 2 kg vá ao posto de saúde para aplicar a vacina BCG. Mantenha todas as vacinas em dia.

IMPORTANTE

- Se o bebê adoecer após a alta num intervalo de até 5 dias, procure atendimento na maternidade. Se for preciso, ele poderá ser reinternado.



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Pós Graduada: Gláucia M. Nóbrega Rocha
Orientadora: Profª Drª Edna Ma. Camelo Claves
Ilustração e Design
David Arruda Mourão
davidilustra@gmail.com

COMO CUIDAR DO BEBÊ PREMATURO EM DOMICÍLIO



“O bebê prematuro corre mais riscos de adoecer. Por isso necessita de atenção e de cuidados especiais, além de uma dose extra de amor.”

ANEXOS

ANEXO A

EBSERH
HOSPITALS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



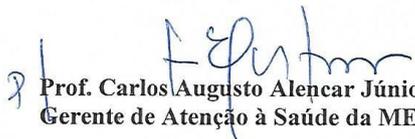
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - GAS

MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
TECNOLOGIAS EDUCATIVAS PARA O CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-
NASCIDO PREMATURO a ser realizada
na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelos(as) Pesquisadores(as)
GLAUCIA M^ª NOBREGA ROCHA e EDNA M^ª CAUETO CHAVES no
período de MAIO E JUNHO / 2015.

Fortaleza, 29 de 04 de 2015.


Prof. Carlos Augusto Alencar Júnior
Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC

ANEXO B

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 1.052.985

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante por contribuir com os cuidadores, com a finalidade de multiplicar o conhecimento dos pais na prática do cuidar do filho prematuro, no domicílio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de obrigação (carta de anuência, folha de rosto) atendem ao recomendado

Recomendações:

Acrescentar ao TCLE das mães (apêndice A), que será elaborado em duas vias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo bem elaborado, contudo, sugere-se acrescentar no TCLE que será elaborado em duas vias.

Situação do Parecer:

Aprovado

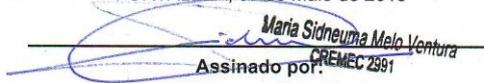
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

FORTALEZA, 07 de Maio de 2015


Assinado por: **Maria Sidneuma Melo Ventura**
CREMEC 2991
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br